

Universidade do Porto
Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar
XIII Mestrado em Ciências de Enfermagem

***Articulação de cuidados de enfermagem entre Hospital e
Centro de Saúde no âmbito dos Cuidados Continuados***

Helena Margarida Correia Vicente Tavares

Porto, 2008

Universidade do Porto
Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar

Articulação de cuidados de enfermagem entre Hospital e
Centro de Saúde no âmbito dos Cuidados Continuados

Dissertação de candidatura ao Grau de Mestre
em Ciências de Enfermagem submetida ao
Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar,
sob orientação da Professora Doutora Maria
Arminda da Silva Mendes Carneiro da Costa

Helena Margarida Correia Vicente Tavares

Porto, 2008

O meu objectivo é aprender, aperfeiçoar os meus conhecimentos pessoais e profissionais, e crescer juntamente com os demais!

Autor desconhecido

Aos clientes dependentes e seus
cuidadores (formais e informais)

Agradecimentos

Agradeço aos enfermeiros que participaram no estudo, pela sua disponibilidade e empenho.

Agradeço à Professora Doutora Arminda Costa, minha orientadora, pelos ensinamentos, orientação e disponibilidade e principalmente por me fazer acreditar em mim e nas minhas capacidades.

Agradeço às colegas do Mestrado, pela amizade e companheirismo dispensado.

Agradeço ao Márcio, pelo incentivo e companheirismo.

Abreviaturas

Enf. – Enfermeiros

Nº – Número

Pág. – Página

P. – Página

Siglas

ADSE – Assistência na Doença dos Servidores do estado

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

CSPD – Centro de Saúde de Ponta Delgada

EC – Entrevista aos enfermeiros do Centro de Saúde de Ponta Delgada

EH – Entrevista aos enfermeiros do Hospital do Divino Espírito Santo

et al – *et allium*

HDES – Hospital do Divino Espírito Santo

INE – Instituto Nacional de Estatística

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

OPSS – Observatório Português do Sistema de Saúde

SNS – Sistema Nacional de Saúde

USF – Unidades de Saúde Familiar

Resumo

A diminuição das taxas de natalidade e do aumento da longevidade da população, têm sido dois fenómenos demográficos responsáveis pelo envelhecimento da população portuguesa. A prevalência de doenças crónico-degenerativas, incapacitantes e dependentes, consequência directa do aumento da esperança média de vida, têm vindo, também, a assumir um papel preponderante nos problemas que se colocam ao sistema de saúde e de protecção social, constituindo-se um desafio no que concerne ao desenvolvimento de políticas capazes de dar respostas a estas novas situações. É neste contexto que surgem os Cuidados Continuados como forma de proporcionar cuidados com qualidade ao cliente/família e promover a continuidade técnica e social imprescindível para a prestação de cuidados.

Nesta linha de pensamento, este estudo visa reflectir sobre a importância atribuída pelos enfermeiros à articulação dos cuidados de enfermagem entre hospital e centro de saúde, bem como ao seu papel na promoção desta articulação. Para tal, recorreu-se a uma metodologia qualitativa, de tipo exploratório descritivo. Os dados foram colhidos junto dos enfermeiros dos serviços de medicina do HDES e na Unidade de cuidados domiciliários continuados do CSPD, sendo que se recorreu à entrevista semi-estruturada para colhê-los.

As principais conclusões a reter são de que os enfermeiros reconhecem a importância que assumem na articulação de cuidados no interface entre hospital e centro de saúde, desenvolvem acções que garantam a continuidade de cuidados, adoptando estratégias que garantam que esta articulação seja norma e não apenas uma casualidade. Por outro lado, reconhecem que, como gestores de caso, têm a responsabilidade de garantir que a continuidade de cuidados seja uma realidade, sendo que conhecer os factores que facilitam e que inibem essa relação, em muito contribui para a organização de medidas capazes de garantir a satisfação desse objectivo.

O trabalho em parceria, em cuidados de saúde, implica a responsabilização de cada um dos intervenientes pela sua qualidade de vida e a responsabilização de todos pela qualidade de vida de cada um, sendo a comunicação entre todos os elementos o vector primordial nessa relação. Assim, parece-nos de extrema importância repensar novas formas de comunicação e articulação entre enfermeiros de instituições diferentes de forma a melhorar a continuidade dos cuidados, garantindo que a informação mais pertinente seja partilhada por todos os profissionais directamente envolvidos no plano terapêutico do cliente.

Abstract

The reduction of birthrate and the increase of population's life expectancy have been two of the demographic phenomenon responsible for the aging of the Portuguese population. With a direct connection to the growth of life expectancy, illnesses such as chronic-degenerative with disable and/or dependence features have assumed an essential role on health systems and social well-fare problems. Therefore, they become a prior challenge to be answered in what politics are concerned. It is in such a context that Continuous Cares is meaningful as they provide and uphold a quality taking-care-of not only to the patient but also to his/her family, promoting technical and social improvements in the caring system.

Having this in mind, this study aimed to reflect on the importance of the must-have nursing connections between hospitals and day care centers. We have developed a qualitative, exploratory and descriptive study in which the data gathered are semi-structured interviews to the HDES's nurses and CSPD's domiciliary-continuous care unit.

The outcome of this study shows that nursing staff do recognize the magnitude that they themselves assume in articulating the health care among hospital and care centers' strategically done so it wont merely be a single act but, in fact, a continuous one. On the other hand, they also recognize their responsibility in safeguarding the continuance of cares knowing, naturally, the factors which facilitates and debilitates the relationship mentioned above.

A partnership in healthcare implies responsibilities of each part involved in the matter of each own and other's quality of life, never undermining the primal importance of communication. Being so, in our point of view, it is of extreme importance to rethink new ways of communicating and connecting nursing staff from all kinds of care institutions in order to improve the continuance of care. Clinical history, thus, should be enabled to run through all health professionals involved with a same.

SUMÁRIO

| | |
|-------------------------|----|
| INTRODUÇÃO | 20 |
|-------------------------|----|

PRIMEIRA PARTE

ARTICULAÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO ÂMBITO DOS CUIDADOS CONTINUADOS: REFERENCIAL TEÓRICO

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| CAPÍTULO I – SAÚDE: UM CONCEITO EM CONSTANTE EVOLUÇÃO | 28 |
| 1 - A ENFERMAGEM E A SAÚDE | 32 |
| CAPÍTULO II – A ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE EM PORTUGAL .. | 38 |
| 1– PROGRAMAS ESTRATÉGICOS PARA O SÉCULO XXI | 44 |
| 1.1– <i>A enfermagem no actual sistema de saúde</i> | 48 |
| CAPÍTULO III – CUIDADOS CONTINUADOS: UM DESAFIO PARA OS CUIDADOS DE SAÚDE | 52 |
| 1 – A ENFERMAGEM E A CONTINUIDADE DE CUIDADOS | 56 |
| 1.1 – <i>Do Planeamento da Alta aos Cuidados Domiciliários</i> | 58 |
| 1.2 – <i>Sistemas de Partilha de Informação em Enfermagem</i> | 63 |
| 2 – ARTICULAÇÃO DE CUIDADOS | 66 |

SEGUNDA PARTE

ARTICULAÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO ÂMBITO DOS CUIDADOS CONTINUADOS: ESTUDO EMPÍRICO

| | |
|-----------------------------------------------------|----|
| CAPÍTULO I – PROCEDIMENTO METODOLÓGICO | 74 |
| 1 – JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO | 74 |
| 2– OPÇÕES METODOLÓGICAS..... | 77 |

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 2.1 – Tipo de estudo | 77 |
| 2.2 – Contexto e participantes do estudo | 79 |
| 2.3 – Procedimentos para a colheita de dados | 81 |
| 2.4 – Procedimentos para o tratamento e análise de dados | 83 |
| 2.5 – Previsão dos procedimentos éticos | 88 |
| | |
| CAPÍTULO II – ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS..... | 90 |
| 1 – ACÇÕES AUTÓNOMAS DOS ENFERMEIROS PROMOTORAS DA CONTINUIDADE DE CUIDADOS | 93 |
| 1.1 - Avaliação das necessidades | 95 |
| 1.2 - Educar para a saúde | 97 |
| 1.3 - Envolvimento da família nos cuidados | 98 |
| 1.4 - Colheita de dados | 100 |
| 1.5 - Encaminhamento da família | 112 |
| 1.6 - Envolvimento de outros profissionais | 114 |
| 1.7 - Advogar o cliente/família | 115 |
| 2 – ACÇÕES INTERDEPENDENTES DOS ENFERMEIROS PROMOTORAS DA CONTINUIDADE DE CUIDADOS | 118 |
| 2.1 – Trabalho em equipa..... | 118 |
| 3 – ESTRATÉGIAS UTILIZADAS NA ARTICULAÇÃO | 121 |
| 3.1 - Recurso à Família | 122 |
| 3.2 - Informação escrita | 123 |
| 3.3 - Contacto telefónico..... | 125 |
| 4 – GESTOR DE CASO | 127 |
| 4.1 - Elo de ligação..... | 128 |
| 4.2 - Mobilizador de recursos | 130 |
| 5 – CONDIÇÕES INTERVENIENTES DA CONTINUIDADE DE CUIDADOS | 131 |
| 5.1 - Factores facilitadores | 133 |
| 5.2 - Factores inibidores | 142 |

TERCEIRA PARTE
SÍNTESE E CONCLUSÕES

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| CAPÍTULO I – SÍNTESE E CONCLUSÕES | 158 |
| CAPÍTULO II – SUGESTÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 168 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 172 |
| ANEXOS..... | 192 |
| Anexo I - Guião de entrevista para os enfermeiros do HDES | 194 |
| Anexo II - Guião de entrevista para os enfermeiros do CSPD | 198 |
| Anexo III - Exemplo de entrevistas transcritas realizadas a um enfermeiro do Hospital do Divino Espírito Santo e do Centro de Saúde de Ponta Delgada | 202 |
| Anexo IV - Pedido de autorização aos Conselhos de Administração do HDES e do CSPD, para a colheita de dados | 224 |
| Anexo V - Autorização dos Conselhos de Administração do HDES e do CSPD para a realização do estudo | 230 |
| Anexo VI – Consentimento informado escrito | 234 |

ÍNDICE DE FÍGURAS

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Figura 1: Exemplo da transcrição das entrevistas e respectiva codificação | 85 |
| Figura 2: Exemplo da codificação axial | 86 |
| Figura 3: Diagrama Final | 91 |
| Figura 4: Acções autónomas promotoras da continuidade de cuidados | 94 |
| Figura 5: Acções Interdependentes promotoras da continuidade de cuidados | 118 |
| Figura 6: Estratégias utilizadas na articulação | 121 |
| Figura 7: Gestor de caso | 127 |
| Figura 8: Condições intervenientes promotoras da continuidade de cuidados | 132 |

INTRODUÇÃO

Nos tempos que correm, muitas têm sido as mudanças que a sociedade, em geral, tem vindo a assistir.

Ao procurar uma definição para mudança, por certo nunca será tão complexa e complicada, quanto a sua vivência. Na verdade, qualquer que seja a mudança pressupõe, sempre, uma transformação/alteração de um estado, modelo ou situação anterior, para um estado, modelo ou situação futuros, por razões inesperadas e incontroláveis, ou por razões planeadas e premeditadas.

Um bom exemplo de uma mudança que se tem vindo a revelar incontrolável é o da diminuição da mortalidade e da natalidade que tem conduzido ao aumento progressivo do envelhecimento populacional. Segundo as projecções do INE (2001) esta tendência manter-se-á nos próximos anos, estimando-se que em 2050 Portugal será um dos países com maior número de idosos e menor percentagem de população activa. Neste sentido torna-se, assim, indispensável reflectir sobre os impactos do envelhecimento demográfico nas populações e sobre as profundas mudanças que, concomitantemente, têm vindo a ocorrer nas sociedades industriais modernas, de forma a concertar alternativas capazes de dar resposta às novas exigências societais.

As tendências demográficas demonstram que, simultaneamente ao aumento do número global de idosos, há outro fenómeno que emerge, o aumento das doenças crónicas, degenerativas e incapacitantes, o que se traduz na procura de cuidados de saúde e apoio social, particularmente por parte de pessoas idosas com diferentes níveis de dependência funcional, por pessoas com patologia crónica múltipla ou por pessoas em estágio avançado de doença incurável em fase final de vida.

O investimento nos cuidados de saúde diferenciados, em meios técnico-científicos, na informatização e na tecnologia, e no uso de equipamentos cada vez mais sofisticados, de forma a realizar tratamentos mais diferenciados, conduziu também à preocupação com os altos custos dos serviços, levando muitas vezes à racionalização de custos. Neste sentido, também os cuidados de saúde primários, vêem-se muitas vezes confrontados com problemas orçamentais levando a que o investimento acabe por ser reduzido. Face a esta situação os clientes que necessitam deste acompanhamento são muitas vezes relegados para segundo plano, uma vez que vêem-se confrontados com a dura realidade de não terem acesso a cuidados de saúde personalizados e adequados á sua situação.

Para dar resposta às necessidades desta nova realidade, os sistemas de saúde tiveram que se adaptar ao incremento desta nova procura de cuidados, sendo os cuidados continuados, um exemplo do esforço empreendido pelo Sistema de Saúde Português. Porém, existem aspectos que parecem persistir, como é o caso da falta de articulação entre as instituições de saúde. Efectivamente, as instituições ainda encontram-se de costa viradas o que se traduz em acções, que parecem não dar resposta às necessidades e às exigências actuais de um mundo globalizado e globalizante, onde a continuidade de cuidados é fundamental para se prestar cuidados de qualidade.

Todavia, as recentes mudanças na área dos Cuidados de Saúde Primários num sistema de saúde marcadamente hospitalocentrista, reconhece a articulação entre cuidados de saúde primários e cuidados diferenciados como sendo da máxima importância para o funcionamento harmonioso do sistema de saúde. A criação de parcerias entre os diferentes sectores e profissionais de saúde, torna-se imprescindível para fazer frente às determinantes da saúde. A cooperação é essencial e implica a participação de todos tendo em vista a melhoria dos cuidados prestados.

No caso dos cuidados continuados, cada um dos níveis da prestação de cuidados complementam-se, desempenhando um papel importante para a promoção da continuidade dos cuidados. Os Hospitais, devem direccionar a sua atenção para a produção de mecanismos de identificação de pré-altas, com a formação de equipas de gestão de altas, articuladas com o Centro de Saúde; os Centros de Saúde, por se encontrarem mais perto da comunidade, devem trabalhar em conjunto com as unidades hospitalares no sentido de identificarem as necessidades dos clientes e suas famílias no domicílio, de forma a oferecerem o apoio domiciliário necessário.

A cooperação entre as diferentes instituições é fundamental para a promoção da continuidade dos cuidados, uma vez que evita as quebras na prestação de cuidados, o que permite aos clientes usufruir dos seus direitos enquanto pessoas doentes. O trabalho em parceria torna-se numa prioridade para o desenvolvimento dos cuidados continuados, pois implica uma mudança de atitude por parte das instituições, dos profissionais e da sociedade em geral, pois é fundamental a responsabilização de cada um dos intervenientes pela sua qualidade de vida e a responsabilização de todos pela qualidade de vida de cada um.

De facto, a continuidade dos cuidados, é fundamental para que os clientes tenham ao seu dispor cuidados continuados, sendo indispensável para que tal aconteça, disponibilidade de informação entre os vários profissionais, permanência dos cuidados pelos profissionais, e nível de continuidade assistencial após a alta, assim como

acessibilidade aos serviços de saúde (Pereira, 2002). Apesar desta mudança implicar o envolvimento de todos os intervenientes do sistema de saúde, a força e o valor dos enfermeiros deve ser salientada, uma vez que constituem o maior grupo de prestadores de cuidados de saúde dentro do sistema de saúde.

No contexto actual, onde se fala cada vez mais da importância do cuidar em saúde, compete à Enfermagem o mais participativo dos papéis já que é uma profissão comprometida com a saúde do ser humano e da colectividade, pelo que actua na promoção, na protecção, na recuperação da saúde e na reabilitação das pessoas.

Embora o papel do enfermeiro na equipa multidisciplinar dos Cuidados Continuados, esteja praticamente omisso ao nível do plano nacional para os cuidados continuados, a verdade é que os enfermeiros só conseguirão influenciar os sistemas de saúde quando eles próprios reconhecerem a sua importância para os seus clientes e quando exercerem o poder que advém da sua actividade.

O grande desafio para a enfermagem, no panorama actual da saúde é, então, o de ocupar o seu espaço neste novo contexto de cuidados salientando o seu ideal de cuidar, aquilo que o distingue das actividades prestadas pelas outras disciplinas profissionais. Assim, considerámos que cada vez mais o reconhecimento profissional da enfermagem, passa pela valorização do seu conhecimento, das suas competências e da sua autonomia, pois só assim é que poderemos demonstrar aos demais profissionais e à população em geral que aquilo que fazemos é fundamental e imprescindível.

A mobilização de clientes entre hospital e centro de saúde (e vice-versa), constitui-se assim, como uma oportunidade excelente para demonstrar o profissionalismo dos enfermeiros. Deste modo o planeamento adequado facilitará, não só a transição do cliente para o seu domicílio, mas também constitui-se como uma possibilidade de demonstrar o papel primordial que o enfermeiro tem na articulação entre as várias instituições de saúde e na garantia da continuidade de cuidados. Para que os cuidados continuados sejam uma realidade é essencial que tanto os enfermeiros dos cuidados de saúde diferenciados como os enfermeiros dos cuidados de saúde primários promovam uma transição o mais adequada possível, fomentando uma comunicação eficaz entre todos os intervenientes.

Com base nas reflexões anteriores, acreditamos que se os profissionais de enfermagem de instituições diferentes realmente trabalharem em parceria, podem por certo melhorar e garantir a continuidade dos cuidados aquando da articulação entre o hospital e o centro de saúde, pois melhorarão a comunicação entre si, partilhando a

informação mais pertinente com todos os profissionais directamente envolvidos no plano terapêutico do cliente.

Pela natureza do exercício da profissão, os enfermeiros são fundamentais na estrutura e na implementação de uma articulação eficaz entre os dois níveis de prestação de cuidados, cabendo-lhe um papel importante e central nos processos de acompanhamento, prestação, supervisão e avaliação dos cuidados em conjunto com os outros prestadores. Neste contexto, parece-nos importante conhecer de uma forma mais abrangente o processo de articulação de cuidados de enfermagem, no sentido de conhecer que acções são desenvolvidas pelos enfermeiros para garantir a continuidade dos cuidados. Assim, a intenção do presente estudo é essencialmente, reflectir sobre a importância atribuída pelos enfermeiros à articulação dos cuidados de enfermagem entre Hospital e Centro de saúde, bem como ao seu papel na promoção desta articulação.

Neste sentido, a metodologia pela qual se optou foi a qualitativa, uma vez que esta metodologia procura compreender o fenómeno de forma holística, no seu próprio contexto, descrevendo-o e interpretando-o. Deste modo a pergunta de partida delineada foi: *Como promovem os enfermeiros a articulação de cuidados entre o Hospital e o Centro de Saúde de modo a potenciarem a continuidade de cuidados?*

Espera-se que a resposta a esta questão possa resultar numa reflexão sobre a forma como a articulação é estabelecida entre diferentes instituições pelos enfermeiros, reflectindo a importância que lhe atribuem, e contribua para melhorar a continuidade de cuidados, dando resposta a um imperativo da prestação de cuidados de enfermagem no âmbito dos cuidados continuados.

Assim, para o desenvolvimento deste estudo foram delineados os seguintes objectivos:

- Identificar as acções e as estratégias utilizadas pelos enfermeiros para promover a continuidade de Cuidados de enfermagem na interface entre o Hospital e o Centro de Saúde;
- Identificar os factores que facilitam e/ou inibem a articulação dos cuidados de Enfermagem entre o Hospital e os Centros de Saúde.

De forma a dar resposta à questão colocada, optou-se por escolher os serviços de medicina do HDES e a unidade de cuidados domiciliários continuados do CSPD para, junto dos enfermeiros desses serviços, efectuarmos a colheita de dados.

O presente trabalho encontra-se organizado em duas partes essenciais, a primeira corresponde ao enquadramento teórico, no qual é feita uma breve abordagem à

evolução do conceito de saúde e ao contributo da enfermagem para a saúde, à organização do sistema de saúde em Portugal, para além de se fazer uma abordagem aos cuidados continuados e ao papel da enfermagem nestes cuidados e na articulação entre diferentes instituições de saúde. A segunda parte inclui os objectivos pretendidos, a descrição e justificação da metodologia e tipo de estudo adoptado, referência ao contexto de implementação do estudo, assim como a apresentação, análise e discussão dos dados e, por fim, apresentamos a síntese e conclusões do estudo.

**ARTICULAÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO ÂMBITO DOS
CUIDADOS CONTINUADOS:
REFERENCIAL TEÓRICO**

Para fundamentar o nosso trabalho, baseamo-nos num referencial teórico, o qual “ (...) situa o estudo no interior de um contexto e lhe dá uma significação particular, isto é, uma forma de perceber o fenómeno em estudo.” (Fortin, 1999:93). Este serviu de orientação e suporte à nossa investigação.

CAPÍTULO I – SAÚDE: UM CONCEITO EM CONSTANTE EVOLUÇÃO

Ao reflectirmos sobre a palavra “Saúde”, chegamos facilmente à conclusão de que este é um conceito utilizado há muito no nosso quotidiano e que está presente na nossa vida, constituindo uma preocupação central, tanto para o Homem como para a sociedade em geral. A saúde e a doença pertencem à cultura dos povos. O Homem interioriza conhecimentos e habilidades sobre a saúde e a doença através de diversas fontes: meios de comunicação, tradições, profissionais de saúde, etc. Estas mensagens influenciam a sua concepção de saúde, quer a nível individual quer a nível colectivo.

Todavia de acordo com Hesbeen, com demasiada frequência o termo Saúde ainda “(...) constitui objecto de imposições normativas provenientes de uma abordagem objectiva do ‘corpo normal’ (2001:20). O conceito de saúde varia consoante o contexto sócio-cultural e histórico existente, pelo que a evolução do conceito se modificou de acordo com estes diferentes contextos. De facto os conceitos saúde e doença sofreram diversas alterações ao longo da sua história, uma história feita de “ (...) construções de significações sobre a natureza, as funções e a estrutura do corpo e ainda sobre as relações corpo-espírito e pessoa-ambiente.”¹.

Num passado ainda recente, quando se falava em saúde, falava-se daqueles que tinham saúde e daqueles que não a tinham. O conceito de saúde reportava-se então ao corpo objectivado e ao seu funcionamento. A saúde era vista como a ausência de doença e, conseqüentemente, a doença estava associada à ausência de saúde (Bolander, 1998). Estas definições, pelo carácter pouco abrangente, eram muitas vezes encaradas como pouco esclarecedoras, redutoras, descurando aspectos como factores psicológicos, sociais e biológicos, pelo que, progressivamente, foram aparecendo outras definições que consideravam outros aspectos que não apenas a versão normativa de saúde e de doença. Assim, os conceitos saúde e doença estão intimamente interligados sendo difíceis de definir. Bolander (1998) refere que a fronteira entre saúde e doença é pouco

¹ http://www.ipu.pt/millennium_25/25-27.htm consultado em 3/10/2007

clara, sendo que devem ser encarados como relativos e não como categoricamente separados.

Ribeiro (1993)² menciona que a evolução do conceito pode ser descrita por quatro grandes períodos: período cartesiano, período científico, primeira revolução da saúde e segunda revolução da saúde. O período cartesiano, que prevaleceu até meados do século XVII, visava a saúde como o equilíbrio harmonioso entre os humores corporais (sangue, bílis negra, bílis amarela e linfa). A doença resultava de um desequilíbrio destes quatro humores, devido à influência de forças exteriores. A saúde implicava corpo são em mente sã, em que a pessoa só conseguiria manter este estado se mantivesse um estilo de vida de acordo com as leis naturais.

A partir do século XVII, surgiu uma visão mecanicista e reducionista do Homem, baseada numa orientação científica que deu origem ao modelo biomédico. Neste período, o sistema de pensamento vigente era a de que o universo, incluindo o homem, era uma máquina que funcionava como um relógio. A doença era comparada a uma avaria, de um componente ou da relação entre os vários componentes do corpo humano, e a saúde o bom funcionamento de todos, entre todos, os componentes deste mesmo corpo.

A primeira revolução da saúde deu-se nos finais do século XVIII, com as alterações sofridas nos países desenvolvidos, quer ao nível dos padrões de mortalidade e morbidade, quer ao nível das várias formas de actuação para fazer face às doenças e epidemias existentes. Ribeiro (1998) refere que o início da era industrial trouxe consequências nefastas para a saúde. As migrações e a aglomeração de pessoas nas grandes cidades, com deficientes condições de salubridade conduziram a novas epidemias, que necessitavam de novas medidas de actuação. Assim, surgiu as primeiras medidas, levadas a cabo por um dos ramos do modelo biomédico, que conduziram às medidas modernas de saúde pública. Para evitar a doença, era necessário prevenir o seu aparecimento através do controle dos agentes patogénicos. Esta medida foi implementada com sucesso pelo modelo biomédico. Contudo, este modelo negligencia as representações que as pessoas fazem do seu estado de saúde, associando-se, deste modo, à definição redutora da saúde como a ausência de doença.

Em 1948, após a Segunda Guerra Mundial, a OMS, propôs uma definição de saúde revolucionária, definindo-a como um estado de bem-estar físico, mental e social, completo e não apenas a ausência de doença. Se por um lado, esta definição incluía as vertentes física, psicológica e social da saúde, por outro, Ribeiro (1996) salienta que a mesma era alvo de críticas, feitas essencialmente pelo modelo biomédico, que salientava o carácter subjectivo do conceito, que o tornava difícil de avaliar referindo tratar-se de

² http://www.ipu.pt/millennium_25/25-27.htm consultado em 03/10/2007

uma definição, como refere Bolander “ (...) imprecisa e irrealista e que a palavra “completo” estabelece expectativas quanto a um estado de perfeição tão raramente atingível (...)” (1998:34).

Ribeiro (1998) menciona que em meados do século XX surge uma nova epidemia, uma epidemia comportamental. Comportamentos como fumar, consumir álcool, consumir drogas, entre outros, foram responsáveis por várias doenças que contribuíram para o aumento da mortalidade nos países desenvolvidos. Assim, foi necessário centrar as atenções em novos princípios, que implicavam modificar comportamentos em vez de simplesmente controlar os agentes patogénicos.

A segunda revolução da saúde, surgiu em consequência desta nova atitude, que em vez de se centrar na prevenção da doença (como na primeira revolução da saúde), se centrava na saúde. Nesta revolução, salientam-se dois conceitos centrais e inovadores: a promoção da saúde e estilo de vida. Estes conceitos começaram a tomar forma, de acordo com Ricardo (1998), na década de 70 com o Relatório de Lalonde. Com efeito, este documento apontava estratégias de Saúde Pública inovadoras, que foram seguidas posteriormente, nomeadamente por Julius Richmond e pela OMS na Declaração de Alma Ata, em 1978. Estes conceitos foram publicados em 1984 no documento “ Metas da Saúde para Todos”, traduzido para português pelo Ministério da Saúde em 1986.

No mesmo ano outro documento importante foi emitido: a Carta de Otawa, que salienta a importância da promoção da saúde, descrevendo-a, como cita Ribeiro, como o “(...) processo de capacitar as pessoas para aumentarem o controlo sobre a sua saúde e para a melhorar (...)” (1996:185). O objectivo deste conceito, para o mesmo autor (1998:69) seria o de dar recursos e poder, no que diz respeito às questões da saúde, à população em geral, tendo como objectivos: melhorar a saúde e fazer com que o cidadão comum domine o processo de melhoria da saúde.

Relativamente ao estilo de vida, o autor supra citado (1998), reportando-se a Lalonde, define-o como o conjunto de escolhas individuais, sobre as quais tem algum controlo e que afectam a vida do indivíduo. A OMS definiu Estilo de Vida como um aglomerado de padrões comportamentais, intimamente relacionados, que dependem das condições económicas e sociais, da educação, da idade e de muitos outros factores. Assim, o controlo e a responsabilidade, por parte dos cidadãos, sobre o estilo de vida constituem um processo em desenvolvimento, e que tem implícita a ideia de que a saúde se pode desenvolver ao longo da vida. A sociedade deverá adoptar a responsabilidade sobre a saúde, o que implica trabalhar activamente, para melhorar o estilo de vida. De salientar que a adopção de estilos de vida saudáveis muitas vezes é contrariada por

factores externos como por exemplo, a publicidade agressiva existente na sociedade actual de consumo, que favorece a adopção de estilos de vida nocivos para a saúde.

Foi no sentido de contrariar esta tendência que a OMS criou um movimento de promoção da saúde, com o objectivo de capacitar os indivíduos para a gestão e melhoria da sua saúde. Estes conceitos foram um ponto de viragem, que contrastava com os modelos existentes anteriormente. O conceito de saúde expande-se levando a OMS a emitir em 1986, uma nova definição do conceito, definindo-a, de acordo com Ribeiro como “ (...) a extensão em que o indivíduo ou grupo é, por um lado, capaz de realizar as suas aspirações e satisfazer as suas necessidades e por outro lado, de modificar ou lidar com o meio que o envolve. A Saúde é, dizem, vista como um recurso para a vida de todos os dias, uma dimensão da nossa qualidade de vida e não o objectivo de vida.” (1998:86)

Assim, e segundo o autor (1998) atrás citado, a saúde pode ser encarada como um objectivo por si ou como um meio. Honoré (2002:30) refere-se à saúde, como uma característica fundamental na nossa vida, e que condiciona a nossa existência. A saúde não é um estado, nem a ausência de doença devendo ser entendida, como refere Hesbeen como “ (...) um atributo da dinâmica vital que permite ao ser vivo enfrentar os factos que o agredem ou que o desequilibram, adaptando a eles o seu organismo.” (2001:22)

Em 1988, na 2ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, que decorreu em Adelaide (Austrália), surge o conceito de política pública saudável que constitui o objectivo principal do projecto de Cidades Saudáveis. Em 1991 a 3ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde realizada em Sundsvall (Suécia), reiterou a importância de criar condições que garantissem o bem-estar da população. Já em 1997 a Conferência em Jakarta, Indonésia, coloca a tónica na participação das pessoas como o centro da acção da promoção da saúde, tendo surgido a Declaração de Jakarta onde os indivíduos são vistos como os responsáveis pelas suas decisões e escolhas.

Jaques (2005) menciona que o actual conceito de saúde subentende que os indivíduos se empenham na resolução dos seus problemas de saúde, ao qual se associa uma dimensão social de desenvolvimento, dos grupos e das pessoas, e se sublinha a importância da compreensão dos seus problemas na sua relação com o seu meio de vida. Heesben (2001) salienta que a saúde esta associada à capacidade de criar as suas próprias normas, ou seja, a saúde esta associada a um modo de estar na vida. Honoré (2002), menciona que a saúde questiona os nossos modos de vida e as nossas práticas, que advêm da experiência partilhada ao longo da nossa existência, e do modo como

cuidamos dela. A Saúde deve ser encarada pela positiva, caracterizando-se pela existência de determinadas características, e não pela ausência de outras.

A saúde relacionada à longevidade, associa-se actualmente a uma maior qualidade de vida. Qualidade de vida, segundo Ribeiro (1998) reportando-se a Epp, implica viver satisfatoriamente, de acordo com as suas escolhas, sendo a saúde uma via que as pessoas possuem para alterar e gerir o seu meio. Canavarro *et al*³ mencionam que apesar do termo qualidade de vida já ter sido utilizado anteriormente, só na década de 60 é que o conceito foi associado à saúde, quando Elkington efectuou uma publicação, na área das Ciências da Saúde, intitulada “Medicina e Qualidade de Vida”. A partir desta altura o termo qualidade de vida passou a fazer parte do vocabulário da literatura da saúde, bem como dos seus profissionais.

Com o desenvolvimento das Ciências Sociais e de Saúde verificadas ao longo dos últimos anos, o conceito de saúde associado à qualidade de vida tem vindo a ganhar grande relevância no contexto actual dos cuidados de saúde. O aumento da esperança média de vida e o conseqüente acréscimo de doenças crónico-degenerativas, tornaram evidente a necessidade de entender a saúde de outra forma. Quando o principal objectivo do tratamento destas enfermidades não é a cura, mas sim o controle dos sintomas desagradáveis, responsáveis pela deterioração rápida da capacidade funcional, o desafio deixa de ser a quantidade de vida que resta à pessoa para se tornar na qualidade de vida que deve permanecer até ao final.

Jaques (2005), citando o professor Caldeira da Silva, salienta que o conceito de saúde é multidisciplinar e multissetorial. O contributo das diferentes disciplinas associadas à saúde foi fundamental para a evolução do conceito de saúde, tendo tornado possível o desenvolvimento actual deste conceito. A importância que a promoção da saúde e a qualidade de vida assumiram nesta nova concepção de saúde tornou indispensável a participação da disciplina de enfermagem neste processo, uma vez que, tanto num caso como no outro, o Cuidar em Saúde adquire uma importância decisiva no êxito das acções empreendidas.

1 – A ENFERMAGEM E A SAÚDE

O conceito de Saúde, é um conceito global e complexo, pelo que não se encontra associado apenas a uma área do saber. A influência de varias disciplinas, quer da área

³ http://www.aidscongress.net/pdf/whoqol_hiv_abstract_238_comunic_270.pdf consultado em 10/10/2007

social, quer da área da saúde, tornam-se fundamentais para a sua conceitualização e consequente compreensão.

Apesar da Enfermagem apenas se ter organizado como disciplina a partir do século XIX, o seu contributo para o desenvolvimento das Ciências Sociais e de Saúde constituiu uma mais valia para o progresso do conhecimento nestas áreas.

Lopes (1999) refere que, a afirmação da Enfermagem como disciplina não foi uma tarefa fácil de conseguir, o que se deveu grandemente ao universo elitista existente, que não aceitava de ânimo leve o aparecimento de uma ciência nova que se tentava impor. Para que a disciplina de Enfermagem fosse aceite, esta teve necessariamente, que se organizar em torno de um campo de acção próprio com fronteiras, teorias e práticas e com uma forma única de olhar os fenómenos. Para conseguirmos clarificar este campo específico de acção da Enfermagem, só o poderemos fazer a partir da forma como os enfermeiros entendem e relacionam os diferentes conceitos (pessoa, saúde, ambiente, e cuidados de enfermagem) que constituem o metaparadigma de enfermagem, e que Fawcett define como conjunto de “conceitos globais que identificam os fenómenos centrais de interesse para uma disciplina, as proposições que descrevem os conceitos e as proposições globais que expressam a relação entre conceitos” (2000:4).

Ao analisarmos a evolução de enfermagem, apercebemo-nos de que a forma como estes conceitos (particularmente o conceito de saúde) são entendidos, se alteraram ao longo dos tempos, em conformidade com as convicções, teorias e filosofias dominantes. Rocha Pereira (2005) citando Newman, Sime e Corocoram-Perry identificaram três grandes períodos que contribuíram para o desenvolvimento da Enfermagem como Ciência, e que denominaram de Período Singular-determinista, Período Interactivo-integrativo e, por fim, Período Unitário-transformativo. Kérouac *et al* (1995:3) com base nesta distinção sugeriu que os paradigmas de enfermagem adoptassem a seguinte nomenclatura Categorização, Integração e Transformação.

Relativamente ao paradigma da Categorização, podemos localizá-lo por volta do século XVIII-XIX e caracteriza-se “ (...) por perspectivar os fenómenos de modo isolados não inseridos no seu contexto, e por os entender dotados de propriedades definíveis e mensuráveis” (Lopes, 1999:35). Este paradigma conduziu a Enfermagem para duas orientações distintas: para a saúde pública e para a doença. Rocha Pereira (2005), menciona que, Nightingale (1820-1910) se associa ao primeiro tipo de orientação. Refere também que as acções que desenvolveu neste período, foram as responsáveis pelo ponto de viragem na história e no desenvolvimento da disciplina de Enfermagem. Pffetscher (2004) menciona que para Nightingale, saúde era entendida como “sentir-se bem”, utilizando, para tal, todas as suas capacidades; a doença consistia num processo

reparador instituído pela natureza, e a manutenção da saúde através só era alcançada através da prevenção da doença.

Por outro lado, a orientação para a doença ganha terreno na primeira metade do século XX com o progresso a nível do conhecimento, sobre os processos patológicos e sobre os procedimentos técnicos. Segundo Rocha Pereira (2005) neste período a pessoa é entendida como a soma das suas partes, que são separadas e identificáveis, sendo a saúde vista como um equilíbrio e a doença como a ausência de saúde. Os clientes são considerados em função da doença e não da pessoa que são, passando a enfermagem a “fazer por”.

Por volta dos anos 50 e com o fim da Segunda Guerra Mundial, surgiu uma nova orientação no contexto da disciplina da Enfermagem, o paradigma de integração, caracterizado, tal como Lopes (1999) salienta, por perspectivar os fenómenos de forma multidimensional e os acontecimentos dentro de um contexto, valorizando tanto dados objectivos como subjectivos, onde as alterações são perspectivadas em função de múltiplos factores que as antecedem.

A Enfermagem orienta-se para a pessoa como um todo formado pela soma das suas partes que estão em interacção uns com os outros, surgindo a “expressão” ser bio-psico-sócio-cultural e espiritual”. A pessoa passa a ser vista como um ser que pode influenciar o contexto onde está inserida e os cuidados de enfermagem têm como objectivo manter a saúde em todas as suas dimensões, deixando de “fazer por” para “fazer com”. Kérouac *et al* (1996) salienta que perante esta orientação, saúde e doença, constituem entidades distintas, mas em interacção dinâmica. A saúde é um ideal a atingir e é influenciada pelo contexto onde a pessoa está inserida. A saúde óptima é possível quando existir ausência de doença e presença de vários elementos de saúde. Teóricas como, Hildegard Peplau , Callista Roy e Virgínia Henderson advogam esta concepção de saúde e doença. Kérouac *et al* (1996) menciona que, para Virgínia Henderson, a saúde pode ser vista como a capacidade que uma pessoa possui, para satisfazer as suas necessidades humanas básicas, de forma independente e plena, com o objectivo de manter a sua integridade.

Na década de 70 do século XX, surge o paradigma da transformação que se traduz, tal como Lopes (1999) menciona, numa nova visão do Homem e do mundo. A pessoa passa a ser percebida como um ser único, em interacção com o ambiente e os cuidados de enfermagem direccionam-se para a saúde, tal como a pessoa a define para si mesma, deixando de ser “actuar com” para ser “estar com”. A saúde é um valor e uma experiência e está relacionada com a perspectiva de cada pessoa. A doença é vista como uma experiência de saúde e o ambiente é composto por diferentes contextos.

Madelene Leininger, Rosemarie Rizzo Parse, Martha Rogers e Jean Watson, integram a saúde na vida dos indivíduos, da família e grupos sociais, que evoluem num ambiente específico. Saúde, para Jean Watson, segundo Kèrouac *et al* (1996), traduz-se, na percepção, na harmonia, do corpo, da alma e do espírito. A saúde está associada ao grau de coerência entre o percebido e o vivido. A experiência da doença faz parte da experiência da saúde e esta vai para além da ausência da doença.

Rocha Pereira (2005), salienta, que a partir deste momento, o conhecimento de Enfermagem, orienta-se para a “globalidade do Ser Humano”. As necessidades em termos de cuidados de saúde, cada vez mais deixam de ter como foco principal a doença, para passar a ser, o ajudar o indivíduo a ultrapassar os problemas de saúde. Neste sentido a Ordem dos Enfermeiros⁴ define Saúde como” (...) um estado e, simultaneamente, a representação mental da condição individual, o controlo do sofrimento, o bem-estar físico e o conforto emocional e espiritual (...) trata-se de um estado subjectivo, portanto não pode ser tido como conceito oposto ao conceito de doença”, ou seja, a saúde traduz-se num sistema dinâmico e contínuo de procura do equilíbrio.

Este olhar global, baseado numa relação interpessoal que se traduz num estar com o cliente, promove uma prestação de cuidados de enfermagem personalizada. O profissional de Enfermagem, como integrante da sociedade, deve participar nas acções que visem a satisfação das necessidades de saúde da população, respeitando a vida, a dignidade e os direitos da pessoa humana, em todo seu ciclo vital, sem discriminação de qualquer natureza. A saúde deixa de ser da inteira responsabilidade do sector da saúde, para ser assumida por todos e por cada um, exigindo estilos de vida saudáveis para se atingir o bem-estar. O objectivo dos cuidados de enfermagem passa por compartilhar com as pessoas na criação da sua própria saúde, ou seja, o centro de interesse é a tomada de decisão por parte do cliente.

De facto, para além do saber teórico, a prática constitui uma dimensão essencial da disciplina da Enfermagem, o que se traduz na utilização e divulgação deste conhecimento teórico, nos cuidados que prestam na prática. Jaques (2005), reportando-se a H. Mahler, Director Geral da OMS em 1985, menciona que se os milhões de enfermeiros espalhados por todo o mundo, unissem esforços e articulassem as mesmas ideias, poderiam funcionar como um poderoso motor de mudança no movimento da saúde para todos.

Apesar desta mudança implicar o envolvimento de todos os intervenientes do sistema de saúde, o mesmo autor (2005:6) considera que a força e o valor da disciplina

⁴ Ordem dos Enfermeiros - Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, Dezembro, 2001

profissional de Enfermagem, deve ser colocada aqui em destaque, uma vez que são os enfermeiros o maior grupo de prestadores de cuidados de saúde dentro do sistema. No contexto actual onde se fala cada vez mais da importância do cuidar em saúde, compete à Enfermagem o mais participativo dos papéis, uma vez que, embora se reconheça que o cuidar não é exclusivo da enfermagem, sabemos que constitui o imperativo moral da profissão, dando-lhe uma razão de ser e de existir.

A Enfermagem é uma profissão comprometida com a saúde do ser humano e da colectividade, pelo que actua na promoção, na protecção, na recuperação da saúde e na reabilitação das pessoas. Neste sentido Jaques (2005:8) afirma que a enfermagem deve assumir o cuidar em saúde, baseada nos desafios da saúde para todos, e isto implica aceitar que será fundamental consolidar e difundir novos modelos de valores, que permitam dar o passo de mudança e contribuir para a organização do sistema de saúde português.

CAPÍTULO II – A ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE EM PORTUGAL

Os vários governos, a nível mundial, tendo como objectivo a satisfação das necessidades de saúde e de doença dos indivíduos e populações em geral, sentiram a necessidade de implementar sistemas organizados que lhes permitisse, não só reduzir as doenças, mas também promover e proteger a saúde.

A palavra “sistema” tem sido alvo de múltiplas definições, Bolander (1998:309) remetendo-se a Bertalanffy, define sistema como “(...) conjunto que consiste em partes integrantes em interacção, funcionando estas como um todo (...)”. Ou seja, um sistema é uma totalidade, devendo ser entendido como uma orientação que integra todos os elementos que trabalham em conjunto para atingir um objectivo global. Durán (1989) também refere que os sistemas podem ser fechados ou abertos, o que os distingue é o facto dos fechados não interagirem com o exterior, levando ao seu gradual enfraquecimento. Pelo contrário, os sistemas abertos interagem com outros sistemas, havendo um intercâmbio de saídas com o meio ambiente, o que os mantêm em equilíbrio dinâmico.

Os sistemas vivos, quer sejam indivíduos, quer sejam organizações, constituem sistemas abertos uma vez que mantêm um intercâmbio contínuo de matéria, energia e informação com o meio ambiente. Neste sentido quando falamos em sistema de saúde temos necessariamente que falar de uma característica presente em todos os sistemas, designadamente a existência de uma finalidade comum, sendo esta o que a distingue de outros sistemas existentes.

Oleaga, Usategui e Keenoy (1998) definem Sistema de Saúde como o conjunto dos elementos que constituem os serviços de cuidados de saúde e outros sectores relacionados, em interacção dinâmica com uma comunidade definida, activamente integrada, e de cuja relação se espera obter um nível de saúde crescente.

O OPSS (2001) adoptando o que a OMS designou como objectivos do Sistema de Saúde, descreve-os como sendo: mais saúde, melhores serviços e maior justiça na contribuição financeira. Alvim (2002) também menciona que os Sistemas de Saúde têm como objectivo fundamental, proporcionar a todos os indivíduos, acesso aos cuidados de saúde que necessitem, sejam eles profiláticos, preventivos, curativos, de reabilitação ou de reinserção. O mesmo autor (2002) salvaguarda o facto de que o acesso a estes cuidados, deve ter em linha de conta a acessibilidade financeira dos indivíduos, devendo um sistema de saúde garantir justiça na contribuição financeira.

O sistema actual de saúde em Portugal passou por várias etapas até chegar à sua orgânica actual. Baganha, Pires e Ribeiro⁵ referem que antes do 25 de Abril a saúde em Portugal era constituída por diversas direcções sobrepostas: as Misericórdias, instituições de solidariedade social, geriam a maioria dos serviços e instituições Hospitalares; Os Hospitais centravam-se nos grandes centros urbanos; os serviços médicos sociais eram prestados apenas aos beneficiários da Caixa de Previdência; a Saúde Pública era essencialmente vocacionada para a protecção da doença e os serviços privados eram principalmente dirigidos aos estratos socio-económicos mais elevados.

Mas este sistema apresentava diversas lacunas, entre elas o facto de não incluir uma grande parte da população portuguesa nomeadamente, o mundo rural, sem peso económico, e todos os que tinham rendimentos insuficientes para usarem a medicina privada; também ficavam de fora até á criação da ADSE, os próprios trabalhadores do estado. Neste sentido, na década de 70, surgem as principais reformas a nível do sistema de saúde português. A Reforma do Sistema de Saúde e da Assistência⁶ surge com a denominada “Legislação Gonçalves Ferreira” (Decreto-Lei nº413/71 e Decreto-Lei nº 414/71) que reestruturou os serviços centrais, regionais, distritais e locais, e criou duas estruturas funcionais: Os Centros de Saúde e os Hospitais. Esta Legislação para além de reconhecer a todos os cidadãos o direito à saúde, pretendia revalorizar a prestação dos cuidados de saúde primários, através da criação dos Centros de Saúde, isto numa tentativa de libertar o sistema de um “hospitalocentrismo” que o caracterizava.

A partir de 1974, Portugal sofre várias alterações políticas que permitiram em 1979 criar o Serviço Nacional de Saúde (SNS), que tinha como propósito a universalidade, a generalidade e a gratuidade. Mas a adopção do SNS, não foi um processo fácil nem consensual⁷. O OPSS (2001) menciona que, tanto o financiamento, pelo Orçamento do Estado das despesas do SNS bem como lutas internas entre o Estado e o associativismo médico, conduziu o SNS a uma grande debilidade estrutural, mais precisamente:

- Frágil base financeira e ausência de inovação nos modelos de organização e gestão,
- Falta de transparência entre os interesses público privados;
- Dificuldade de acesso;
- Baixa eficiência dos serviços públicos.

⁵ <http://www.ces.fe.uc.pt/publicações/oficina/182/182.pdf> consultado em 12/12/2007

⁶ http://www.saudepublica.web.pt/01-Administracao/Sistema_saude_pt.htm consultado em 12/12/2007

⁷ <http://www.min-saude.pt/Portal> consultado em 21/02/2008

Nos anos 90, o sistema de saúde Português, foi regulado por dois diplomas fundamentais: a Lei de Bases da Saúde (Lei nº48/90, de 24 de Agosto) e o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde (Lei nº11/93, de 15 de Janeiro). Este novo estatuto tinha como propósito ultrapassar a dicotomia existente entre cuidados de saúde primários e diferenciados, através da criação de unidades integradas, que permitissem viabilizar a articulação entre grupos individualizados dos Centros de Saúde e Hospitais. Estas unidades seriam compostas por um Hospital Central, Hospitais Concelhios e Centros de Saúde de uma área geográfica específica em articulação com a acção social, com os municípios, as misericórdias e outras organizações governamentais e não governamentais.

Em 1990 foi instituído o regime dos Sistemas Locais de Saúde, que se traduz no conjunto dos recursos de saúde, articulados e organizados, segundo critérios geográficos-populacionais, que em conjunto com os Centros de Saúde e Hospitais, pretendem promover a saúde, a participação social e racionalizar a utilização dos recursos⁸.

O Sistema de Saúde, actualmente, em Portugal está organizado de forma descentralizada, através das denominadas Regiões de Saúde, que constituem órgãos regionais do SNS, com autonomia administrativa, financeira e património próprio, e que actuam de forma a tornar possível a ligação entre o nível local e o Ministério da Saúde.

Em Portugal Continental existem cinco Regiões de Saúde: Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve, para além destas existem nos arquipélagos da Madeira e dos Açores mais duas Regiões de Saúde. Nos Açores cabe ao Secretário Regional dos Assuntos Sociais e Segurança Social, a direcção da política de saúde, de acordo com a orientação definida pelo Governo Regional e no contexto do SNS. Cada Região assegura os cuidados de saúde, através das organizações de Saúde: Hospitais e Centros de Saúde.

Bolander menciona que as organizações de saúde podem ser descritas como “(...) unidades estruturais e funcionais de pessoas que asseguram a prestação de serviços de saúde a indivíduos, famílias, grupos e sociedade.” (1998:474). Os Centros de Saúde e os Hospitais, têm como finalidade a prestação de cuidados de saúde, sendo a sua filosofia de satisfação das necessidades de saúde o que os caracteriza.

Apesar de, tanto o Centro de Saúde como o Hospital, terem como base uma finalidade comum, a realidade é que constituem dois subsistemas dentro do SNS. A existência de Organizações de Saúde com funções, culturas e estruturas organizacionais

⁸ www.min_saude.pt/Portal consultado em 21/02/2008

distintas originou um conjunto de particularidades e interesses diferentes que as distinguem.

O Hospital é sem dúvida um elemento significativo e essencial do Serviço Nacional de Saúde, uma vez que nele se concentra meios técnicos sofisticados e profissionais especializados capazes de proporcionar cuidados de saúde diferenciados durante 24 horas por dia. A história da instituição “Hospital” remonta á história das centenárias Misericórdias, “ (...) testemunhas do primeiro esforço de concentração dos múltiplos e vários estabelecimentos de assistência a pobres, mendigos, vagabundos, e doentes, (...)” (Carapinheiro, 1993:24). A palavra Hospital deriva do latim *hospitalis* que significa “ *ser hospitaleiro*”, acolhedor⁹, utilizado no início da era cristã, para designar o lugar de doentes, o asilo de enfermos. Assim, não parece estranho que a assistência aos doentes nesta época, estar associada a um aspecto caritativo e de beneficência, a cargo das ordens religiosas que dominavam a maioria das concepções sociais da altura.

De acordo com Carapinheiro (1993), o Hospital, tal como conhecemos em Portugal, só se começou a estruturar, por volta do ano de 1479, com a reforma, que levou a junção dos pequenos hospitais de Lisboa e Região do Tejo. Esta reestruturação, deu origem ao denominado “Hospital de Todos os Santos” que, no tempo do Marquês de Pombal passa a ser conhecido por “Real Hospital de S.José”, cujas instalações estavam situadas num dos conventos expropriados às ordens religiosas.

No século XVI deu-se a instituição das Misericórdias que assumiram a maior parte da organização e da gestão dos Hospitais, nomeadamente do Hospital de Todos os Santos¹⁰. Nos séculos a seguir, Portugal entra num período de mais estabilidade o que influenciou a criação de uma série de Hospitais, que se transformaram em instituições estritamente médicas, utilizando uma abordagem essencialmente científica.

No século XIX, a passo com a industrialização e a degradação económica e financeira assiste-se a um aumento progressivo das doenças infecto-contagiosas, levando a um acréscimo da mortalidade nos hospitais. Numa tentativa de aumentar o complexo Hospitalar e fazer face às precárias condições dos hospitais foram-se anexando novos conventos, expropriados às ordens religiosas, passando o Hospital de Todos os Santos a denominar-se “Hospital de S.José e Anexos”, que, e com a implantação da República passa a denominar-se de “Hospitais Civis de Lisboa”.

No século XX o Hospital sofre uma mudança decisiva, transformando-se gradualmente numa instituição onde a especialização assume uma grande importância e onde novas técnicas de diagnóstico e terapêutica estão disponíveis para todas as

⁹ <http://www.ensp.unl.pt/lgraca/textos113.html> consultado em 21/02/2008

¹⁰ <http://www.hospital-br.com.br/index.asp> consultado em 21/02/2008

peças (Ministério da Saúde, 1998). Carapinheiro (1993) menciona que no fim da Segunda Guerra Mundial o sistema de saúde em Portugal é hospitalocêntrico, ocupando o Hospital a peça principal do sistema de saúde, situação que se prolonga até meados dos anos 60, onde o Hospital passa a ser encarado como uma parte superior, mas não central do sistema. Esta mudança deveu-se ao surgimento do paradigma emergente que influenciou a saúde e a sua relação com o Hospital. Neste paradigma a saúde está intimamente ligada à qualidade da relação dos indivíduos com o meio, o que levou à emergência de novos contextos de produção de cuidados. O Hospital passa ser um elo fundamental do sistema de cuidados de saúde, capaz de garantir às populações, cuidados de saúde diferenciados.

De facto o desenvolvimento do Hospital em Portugal, acompanhou as correntes que foram surgindo na Europa. A procura cada vez maior por cuidados de saúde diferenciados, levou ao aumento do número de instituições e, conseqüentemente, ao aumento dos recursos humanos, iniciando-se por volta dos anos 50 um ciclo de desenvolvimento das especialidades. Em 1968 é publicado um documento que influenciou a organização Hospitalar durante vários anos; o Estatuto Hospitalar (Decreto-Lei, de 27 de Abril); que lhe conferia autonomia financeira e administrativa. Após o 25 de Abril, com a Revolução dos Cravos, os Hospitais sofreram a influência das opções políticas da época (Ministério da Saúde, 1998).

O Hospital passa a ser visto como o espaço onde se centraliza tecnologias sofisticadas e múltiplos profissionais de diversas especialidades de forma a produzir cuidados de saúde especializados. Contudo o Hospital não é sinónimo de superioridade, os cuidados de saúde são na sua essência, produto de um trabalho multidisciplinar, onde o hospital não faz qualquer sentido se não for visto segundo uma perspectiva global e integradora (Ministério da Saúde, 1998).

As transformações políticas da altura, valorizam a filosofia da prevenção e promoção da saúde dos cuidados de saúde primários e surge assim um novo contexto de cuidados de saúde: os Centros de Saúde. Kahssay (2000:33) menciona que o termo Centro de Saúde designa “ (...) um estabelecimento de primeira linha encarregado de promover e de proteger a saúde, e de fornecer cuidados e serviços terapêuticos no seio de um sistema de saúde local ou distrital possuindo um certo grau de autonomia.”

O Centro de Saúde como organização surge em 1971, com os denominados Centros de Saúde de “primeira geração”. Segundo Branco e Ramos (2001), estes Centros de Saúde estavam relacionados à noção de saúde pública, e tinham como perfil de actuação a prevenção e o acompanhamento de alguns grupos de risco,

nomeadamente, a vigilância de saúde da grávida, da criança, a saúde escolar, a vacinação, actividade de carácter sanitário, entre outras.

Em 1983 surge os Centros de Saúde de “segunda geração” que integrava os Centros de Saúde de primeira geração com os postos dos Serviços Médicos-Sociais e os Hospitais Concelhios, tendo como objectivo a maximização dos recursos. Este novo modelo de Centro de Saúde, tal como os autores atrás citados mencionam (2001), apesar de ter permitido a afirmação de variadas linhas profissionais, cedo se mostrou desajustado relativamente às expectativas e necessidades dos utentes e conseqüentemente das comunidades. Desde então que a discussão e as críticas sobre a reorganização e reorientação dos Centros de Saúde têm sido uma constante. A partir de 1996 o debate sobre o futuro dos cuidados de saúde primários foi relançado na sociedade, conjuntamente com vários projectos experimentais no âmbito da reorganização da prestação dos cuidados de saúde primários.

O Decreto-lei nº 157/99 de 10 de Maio surge de forma a dotar os Centros de Saúde de uma base legal que lhes permitisse criar um nível de gestão local, com base numa matriz organizacional flexível e funcional, e com uma hierarquia técnica efectiva. Este Decreto-Lei também tornou possível aos Centros de Saúde desenvolver uma autoridade jurídica que lhes possibilita interacções e diálogos mais equilibrados aquando do processo de interacção interinstitucional. Surge, assim, os Centros de Saúde de “terceira geração” que na sua essência combinam diversas abordagens: a mais personalizada privilegia a liberdade de escolha, as restantes facilitam o conhecimento e a intervenção no terreno, de forma a reduzir as desigualdades.

Nos Açores, apesar de também terem surgido novas disposições no que diz respeito ao funcionamento dos serviços de saúde, nomeadamente com o Decreto Legislativo Regional nº28799/A de 31 de Julho, onde o novo Estatuto do Serviço Regional de Saúde dos Açores está descrito, na sua maioria, estas disposições ainda não foram postas em prática. A Unidade de Saúde de Ilha, descrita no Artigo 6º, nº1, deste mesmo Estatuto como uma “estrutura de planeamento, coordenação e prestação de cuidados integrados de saúde, assumindo a natureza de sistema local de saúde.”, é uma orientação proposta pelo Serviço de Saúde Regional, para tentar aproximar as disposições nacionais no que diz respeito a saúde, com a realidade geográfica e insular das ilhas açorianas.

Apesar desta vontade política a implementação das unidades de ilha apenas teve aplicabilidade na ilha do Pico, tendo melhorado significativamente a acessibilidade aos cuidados e racionalizado os recursos de saúde nesta ilha. Nas restantes ilhas, o arranque destas unidades parece estar para breve nomeadamente na ilha de S.Jorge com o

arranque ainda no ano de 2008. Estas medidas do Governo Regional dos Açores, integradas no seu plano governamental, procuram dar resposta às necessidades em matéria de saúde e procuram cumprir as metas de saúde para o século XXI.

1 – PROGRAMAS ESTRATÉGICOS PARA O SÉCULO XXI

Quase 30 anos se passaram desde que a OMS, e os seus países membros, assumiram como campo de batalha uma estratégia global e comum de saúde mundial. A Declaração de Alma Ata¹¹ foi um dos primeiros documentos onde está expresso o reconhecimento de que a saúde é um objectivo social essencial, sendo fundamental o esforço e envolvimento conjunto para alcançar a saúde mundial.

Em 1986 a conferência internacional sobre a Promoção da Saúde em Ottawa originou a publicação da Carta de Ottawa, que desde esta altura, tem servido de inspiração, para os programas de promoção da saúde. Este documento explicita e enfatiza a importância de fazer com que todos os sectores envolvidos assumam a saúde como um objectivo e compreendam as implicações que as suas acções possam ter na saúde das populações.

A 4ª Conferência Internacional sobre a Promoção de Saúde realizada em Jacarta em 1997 surge no sentido de responder aos desafios para a Promoção da Saúde no século XXI¹². A mesma para além de reiterar os princípios mencionados nas anteriores conferências, explicita que a saúde é um direito humano fundamental e essencial para o desenvolvimento social e económico.

Novas questões colocam-se à sociedade do século XXI que se traduzem em novos problemas para a saúde das populações mundiais, nomeadamente: a tendência crescente de urbanização, o sedentarismo crescente, o aumento do nº de pessoas idosas e a prevalência das doenças crónicas, a resistência aos medicamentos, as doenças infecciosas emergentes, o aumento dos problemas de saúde mental e o consumo abusivo de estupefacientes. Torna-se fundamental, que os governos de todo o mundo, desenvolvam novas acções para fazer face às ameaças emergentes à saúde, no próximo século. Esta situação implica que a política de saúde se redireccione no sentido de mais e melhor saúde ou melhor que favoreça os “ganhos em saúde”.

¹¹ http://www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec_Adelaide.htm consultado em 20/03/2008

¹² <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Jacarta.pdf> consultado em 01/02/2008

O Ministério da Saúde define “ganhos em saúde” como sendo os ganhos que se manifestam por anos de vida, pela diminuição de episódios de doença ou diminuição da sua duração, pela redução de situações de incapacidade temporária ou permanente devido à doença, pelo aumento da funcionalidade física e psicossocial e ainda pela diminuição do sofrimento, que se pode evitar, através da melhoria da qualidade de vida relacionada com a saúde¹³.

Os sistemas de saúde devem ser reorganizados de forma a colocar o cidadão no centro da sua orientação. O SNS é considerado um bem público que deve ser gerido no sentido de garantir, por um lado a sua sustentabilidade financeira e por outro que todos os cidadãos tenham acesso a cuidados de saúde.

O rumo seguido por cada governo no que diz respeito ao sector da saúde é feito através da aplicação do Plano Nacional de Saúde. O Plano Nacional de Saúde, segundo o Ministério da Saúde¹⁴, é um instrumento fundamental do SNS, podendo ser visto no seu conjunto como um fio condutor de orientação estratégica, tanto para as instituições e organismos do sector da saúde, bem como para outros sectores de actividade, no sentido da aquisição de “ganhos em saúde”. Assim o actual Plano Nacional de Saúde 2004-2010 define como objectivos estratégicos:

- Obter ganhos em saúde, aumentando o nível de saúde nas diferentes fases do ciclo de vida e reduzindo o peso da doença;
- Utilizar os instrumentos necessários, num contexto organizacional adequado, nomeadamente centrando a mudança no cidadão, capacitando o sistema de saúde para a inovação e reorientando o sistema prestador de cuidados;
- Garantir os mecanismos adequados para a efectivação do Plano, através de uma cativação de recursos adequada, promovendo o diálogo intersectorial, adequando o quadro de referência legal e criando mecanismos de acompanhamento e actualização do Plano.

De forma a cumprir estes objectivos, foram programadas um conjunto de acções a executar ao longo da vigência do Plano. Entre elas destacamos a abordagem centrada na família e no ciclo de vida e a abordagem à gestão integrada da doença, estratégias que visam a obtenção de mais saúde para todos. Deste modo ao analisarmos as grandes

¹³ <http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/politica+da+saude/programa+operacional+saude+xxi/oqueeposxi.htm> consultado em 21/02/2008

¹⁴ Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos. - Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2004. http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/vol2_1.html

opções do plano do governo¹⁵ para 2005-2009 verificamos que as prioridades nacionais se orientam para aspectos específicos da saúde da população, nomeadamente:

- Criar condições para envelhecer com saúde, especificamente através da implementação de um modelo de cuidados adaptados às pessoas idosas e as pessoas com dependência, em parceria com o sector social e privado;
- Reforçar o trabalho da Rede Nacional das Escolas Promotoras de saúde;
- Incrementar uma estratégia nacional de combate à droga e à toxicodependência.

Já em 2006-2007 a acção governativa tomou várias medidas tendo em conta as políticas de Saúde: de melhoria da rede nacional de prestação de cuidados, de melhoria do acesso e do reforço da qualidade e de melhoria dos serviços de proximidade.

Quanto à melhoria, tanto da rede de prestação de cuidados, como do acesso e reforço da qualidade, várias foram as acções implementadas. Destacamos: a reestruturação da Rede de Blocos de Partos; a requalificação da Rede Nacional de Urgência Geral; e o alargamento dos Centros de Orientação de Doentes Urgentes (CODU). Relativamente à Rede de Serviços de Proximidade as medidas centraram-se essencialmente por um lado na reforma dos cuidados de Saúde Primários, e por outro na criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados.

Os Cuidados de Saúde Primários, para o actual programa governamental, constituem o pilar central do sistema de saúde, sendo os Centros de Saúde a base institucional destes mesmos cuidados, pelo que se torna essencial que o modelo de prestação de cuidados seja alterado de forma a torná-lo mais acessível e adequado às necessidades emergentes deste novo século¹⁶.

A reestruturação organizacional dos Centros de Saúde, na sua fase inicial passa pela criação das Unidades de Saúde Familiar (USF)¹⁵ que não são mais do que equipas pequenas formadas por três a oito médicos de família, com igual número de enfermeiros de família, e pessoal administrativo em número variável e que abrangem uma população de quatro mil a catorze mil indivíduos. As USF constituem serviços de proximidade de pequenas dimensões, que devido a sua proximidade com a comunidade, poderão oferecer cuidados personalizados, de fácil acesso, e que visam a continuidade dos cuidados.

¹⁵ <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/politica+da+saude/grandes+opcoes+do+plano+para+a+saude/gop.htm> consultado em 01/02/2008

¹⁶ <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/politica+da+saude/grandes+opcoes+do+plano+para+a+saude/reforma+csp.htm> consultado em 01/02/2008

No que diz respeito aos Cuidados Continuados, o seu desenvolvimento constitui uma medida para colmatar uma das mais graves lacunas do Serviço Nacional de Saúde. É do conhecimento de todos o drama de muitos idosos doentes, que por um lado não reúnem critérios para serem hospitalizados, e que, por outro, não são acolhidos no seu meio sócio-familiar. Esta rede de cuidados¹⁷ destina-se a prestar cuidados de saúde a pessoas idosas doentes e a cidadãos em situação de dependência, independentemente da causa ou idade, sendo organizada em dois níveis de operacionalização: regional e local. Os Cuidados Continuados são constituídos por unidades e equipas de cuidados continuados de saúde, apoio social, cuidados e acções paliativas, com origem nos serviços comunitários de proximidade, abarcando hospitais, centros de saúde, serviços distritais e locais da segurança social, a rede solidária e as autarquias locais.

Assim, tal como Guerreiro refere¹⁸, é notório a diversidade de cuidados que os Cuidados Continuados abrangem. O mesmo autor, salienta três linhas de internamento distintas que os Cuidados Continuados podem oferecer. Em primeiro lugar temos os clientes em fase aguda e pós-aguda, acompanhados em unidades hospitalares, ou em unidades de convalescença, que têm como objectivo o tratamento e a supervisão clínica e de enfermagem de forma continuada e intensiva, com uma duração de internamento não superior a 30 dias. O cliente também poderá ser seguido em unidades de média duração e reabilitação, que tem uma duração de internamento não superior a 90 dias e que destinam-se à reabilitação das pessoas, de forma a que o cliente se torne mais autónomo para poder regressar o mais precocemente possível para o domicílio. Nos casos do cliente com demências e grandes dependências que não têm condições de continuar no domicílio, temos as denominadas Unidades de Longa Duração e manutenção, para períodos de internamento superiores a 90 dias. Deste modo, os Cuidados Continuados compreendem os cuidados de natureza preventiva e recuperadora, constituindo um novo nível intermédio de cuidados de saúde e de apoio entre o internamento hospitalar e os cuidados de base comunitária.

Outra vertente de cuidados, que Cabete (1999) inclui nos Cuidados Continuados, é os Cuidados Paliativos. Estes distinguem-se como sendo uma resposta activa aos problemas decorrentes da doença prolongada, incurável e progressiva, na tentativa de prevenir o sofrimento que ela gera e proporcionar a máxima qualidade de vida possível aos doentes em fase final de vida e suas famílias¹⁹. Devido à especificidade dos Cuidados Paliativos, a inclusão destes nos Cuidados Continuados poderá não reunir o consenso de todos, pois muitas vezes é defendido que os Cuidados Paliativos devem

¹⁷ <http://www.portugal.gov.pt/Portal/Print.aspx?guid={9BC4B16B-9CFD-4D02-BF1> consultado em 01/02/2008

¹⁸ www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal consultado em 01/02/2008

¹⁹ www.ancp.pt/index.php?cod=1&e=p8 consultado em 01/02/2008

constituir uma modalidade distinta da prestação de cuidados. É da nossa opinião que, independentemente de constituir uma modalidade distinta ou fazer parte integrante dos Cuidados Continuados, os Cuidados Paliativos constituem actualmente uma resposta indispensável aos problemas do final da vida, pelo que torná-los realidade deverá ser uma prioridade.

Acreditamos que o esforço desenvolvido pelos governos de todo o mundo e especificamente o esforço do governo Português, em promover uma reforma no SNS, é uma prioridade inevitável para se conseguir enfrentar os desafios que se colocam à Saúde no século XXI. Existe uma manifesta necessidade em derrubar fronteiras dentro das organizações governamentais e não governamentais, pois o maior desafio para os anos futuros será demonstrar o potencial que muitos sectores da sociedade, nomeadamente comunidades e famílias, possuem, para promover a saúde e a qualidade de vida.

A criação de parcerias entre os diferentes sectores e profissionais de saúde, torna-se imprescindível para fazer frente às determinantes da saúde. A cooperação é essencial e implica a participação de todos tendo em vista a melhoria dos cuidados prestados, nomeadamente dos enfermeiros que poderão desempenhar, pela natureza da sua profissão um papel fundamental na implementação de um sistema de saúde adequado às novas necessidades da população portuguesa.

1.1 – A enfermagem no actual sistema de saúde

Os problemas de saúde e os cuidados prestados à população, sempre foram uma preocupação da enfermagem. No contexto actual de saúde, as alterações sociais, humanas e tecnológicas, levaram ao aumento do número de pessoas que necessitam de cuidados cada vez mais complexos. A necessidade de um cuidado continuado centrado na visão integral do Homem, afirma-se como um desafio para a disciplina profissional que a enfermagem constitui. Neste sentido o grande desafio para a enfermagem, no panorama actual da saúde, é o de ocupar o seu espaço neste novo contexto de cuidados.

Silva (2007) menciona que o cuidado de enfermagem tem de ser e parecer diferente das actividades prestadas pelas outras disciplinas profissionais, uma vez que os cuidados de saúde são cada vez mais um conjunto de actividades interdisciplinares, implicando, tal como Salgueiro (1994) refere, um método de comunicação complexo centrado na globalidade da pessoa. Acrescenta ainda que a “contribuição do enfermeiro

para os cuidados de saúde será determinada pela sua capacidade para transmitir o seu ideal de cuidar na prática.” (2007:73).

A acção de Enfermagem tem como principal objectivo o prestar cuidados de enfermagem à pessoa sã ou doente, no decurso do seu ciclo vital, e aos grupos sociais em que está integrado, de forma que mantenham, melhorem e readquiram a saúde, auxiliando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional o mais rapidamente possível. A ênfase colocada à enfermagem como uma profissão que visa a satisfação das necessidades no âmbito da doença e da saúde do Homem no seu todo, acentua a necessidade de clarificar o que constitui a função de cuidar em enfermagem, que segundo Salgueiro reportando-se a Collière “(...) gera a função de gestão de cuidados (...)” (2002:9).

Para Collière “(...) cuidar, prestar cuidados, tomar conta, é, primeiro que tudo um acto de vida (...)” (2002:235), que se torna universal e de todos os tempos, pois existe desde o início da vida. O conceito actual de cuidar, de acordo com Brunner e Suddarth (1994) teve o seu início com Florence Nightingale através das suas acções na Guerra da Criméia, sendo um período marcado pela subserviência da enfermeira para com os médicos. Na década de 50 há uma notória desvalorização social do cuidar, pois a ênfase é dada ao desenvolvimento técnico-científico, cujo objectivo principal era a cura. A partir da década de 60, surge uma mudança na forma de pensar o cuidar, dando-se ênfase ao cuidar holístico, técnico e relacional, que valoriza a pessoa no seu todo. Nesta perspectiva, é fundamental, tal como Gameiro menciona, “Uma abordagem do somático que integre não só o que é objectivamente real, mas que também inclua a subjectividade do doente, tal como a experiência do corpo vivido” (2003:9).

Das várias autoras que analisaram o conceito de cuidar, destacamos Jean Watson e Madeline Leininger, pela ênfase que colocaram no cuidar em Enfermagem.

Neil (2004) refere que para Watson a enfermagem está interessada em compreender a doença, a saúde e a experiência humana. O cuidar baseia-se numa relação humana, sendo o cuidar o que define a natureza dos cuidados de enfermagem. Leininger, segundo Welch (2004) defende que o cuidar é a característica essencial que distingue e unifica a enfermagem, referindo também que cuidar é um termo complexo, e que depende da estrutura social e cultural dos indivíduos. Daí que concebeu a Teoria do Cuidar Cultural, que se baseia na crença de que as pessoas de culturas diferentes, devem orientar os profissionais para os cuidados que desejam e que necessitam que lhes sejam prestados. Esta teoria centra-se na perspectiva holística da vida e da existência humana, onde inclui a história de vida, os valores culturais, o contexto ambiental o enquadramento social, ou seja, tudo o que influencia o cliente enquanto pessoa que é.

Por sua vez, Gameiro (2003) refere que centrar a prática de enfermagem no cuidar permite que esta se distancie do tratar, uma vez que lhe permitiu desenvolver um corpo de conhecimentos próprios, podendo afirmar-se como disciplina autónoma, sendo os enfermeiros reconhecidos como profissionais que cuidam verdadeiramente e não apenas pessoas que cuidam do corpo de outras.

Para Jaques (2005) a Enfermagem é uma profissão de exigência na competência técnica e relacional, que colabora e ajuda os indivíduos a manterem a sua saúde, o seu equilíbrio e auxilia nas perturbações da homeostasia, tendo em vista um atendimento de qualidade, que o cidadão actual exige. Acreditamos, deste modo, que a Enfermagem apesar de não ser a única profissão que cuida, possui um corpo de conhecimentos que lhe permite participar em qualquer programa desenvolvido pelo Estado, uma vez que a enfermagem é uma profissão social, que interage com o indivíduo, em relação dinâmica com o seu meio.

Os enfermeiros actualmente constituem um grupo profissional e científico de grande relevância para o funcionamento do Sistema de Saúde e para a garantia da qualidade e acesso aos cuidados de que este mesmo sistema fornece. De facto, os enfermeiros são os principais prestadores de cuidados de saúde, constituindo deste modo, tal como Salgueiro (1994) menciona, o profissional que pela sua proximidade com o cliente, consegue estabelecer uma verdadeira relação de cuidado.

Torna-se evidente que a enfermagem ocupa um papel fundamental, nos programas de saúde governamentais. Desde as Unidade de Saúde familiar (com os enfermeiros de família), à implementação dos Cuidados Continuados (nas equipas de gestão de altas e enfermeiros de referência), passando pelos programas de combate à toxicoddependência e à promoção de estilos de vida saudáveis (na saúde escolar e educação para a saúde). Os enfermeiros, pelo seu papel privilegiado de suporte, de educador e de mobilizador de recursos, poderá constituir o elo de ligação entre o cliente e os profissionais de saúde.

Mas, apesar da melhoria da saúde, da prevenção da doença e da promoção da qualidade de vida constituírem áreas de especial interesse dos profissionais de enfermagem, o papel do enfermeiro encontra-se muitas vezes disfarçado ao nível do plano nacional de saúde. É o caso do papel do enfermeiro na equipa multidisciplinar dos Cuidados Continuados²⁰, que se encontra praticamente omissa ao nível do plano nacional para os cuidados continuados.

Silva (2007) menciona que os enfermeiros só conseguirão influenciar os sistemas de saúde quando eles próprios reconhecerem a importância que os seus conhecimentos

²⁰ www.ordemenfermeiros.pt/imagens,contents/reloaded/fileacores/PDF1.pdf consultado em 01/02/2008

têm para os seus clientes e quando exercerem o poder que advém da sua actividade. Assim, considerámos que cada vez mais o reconhecimento profissional da profissão, passa pelo reconhecimento de nós próprios, do nosso conhecimento, das nossas competências e da nossa autonomia, pois só assim é que poderemos demonstrar aos sistemas de saúde e à população em geral que aquilo que fazemos é fundamental para as pessoas. Neste contexto, vários são os desafios com os quais os enfermeiros se deparam na actualidade, sendo que os cuidados continuados são um bom exemplo disso, pois constituem um desafio não só para os sistemas de saúde de uma forma global, mas também para os enfermeiros de uma forma particular.

CAPÍTULO III – CUIDADOS CONTINUADOS: UM DESAFIO PARA OS CUIDADOS DE SAÚDE

Nos últimos anos a população mundial tem sofrido várias alterações, levando à transformação da sociedade quer em termos sociais, quer em termos de problemas de saúde. Desde meados do século XX tem-se verificado uma melhoria constante das condições sócio-económicas da população mundial, o que se deveu grandemente aos avanços nas áreas sociais e de saúde, assistindo-se a um progressivo aumento da esperança média de vida, o que agravou sensivelmente o fenómeno do envelhecimento demográfico no século XXI.

De acordo com dados da ONU²¹, estima-se que a nível mundial a população passe nos próximos 50 anos de 6,5 milhões em 2000 para quase 9 biliões em 2050, enquanto que os idosos passam de 606 milhões para quase 2 biliões. Assim, a população com mais de 60 anos que actualmente representa cerca de 10% da população mundial, em 2050 representará cerca de 21%. Se, por um lado esta realidade é motivo de regozijo por parte da comunidade científica, por outro lado o aumento da prevalência de doenças crónicas e degenerativas, de pessoas com incapacidades adquiridas e do número de idosos com dependências várias decorrentes do envelhecimento, conduziram ao emergir de novos problemas para a sociedade.

Estas várias situações têm vindo a exercer uma pressão crescente sobre os sistemas formais de prestação de cuidados, que se vêem confrontados com a incapacidade para fazer face ao elevado número de internamentos, pela inexistência de serviços vocacionados para cuidar de pessoas em situação de doença prolongada e pela escassez de respostas organizadas, relativamente a situações de dependência e de alta hospitalar em que a componente social é fundamental (Silva, Ferreira, Formigo, 2002).

Deste modo, os sistemas social e de saúde sentiram a necessidade de desenvolver acções no sentido de poderem dar respostas a estas novas situações. De facto, muitos dos cuidados prestados às pessoas com dependências várias, são assegurados pelas famílias.

Porém, na sociedade actual as alterações que a unidade familiar tem vindo a sofrer, levam a que as mesmas apresentem mais dificuldades em desempenhar o papel de cuidador, daí que, tal como Creutzberg e Santos (2003) referem, as famílias necessitam frequentemente de recorrer aos recursos da comunidade, nomeadamente a

²¹ www.un.org/esa/population/unpophtm consultado em 10/10/2207

recursos sociais e de saúde para darem resposta quer às suas necessidades quer à das pessoas de quem cuidam, deparando-se, na maioria das vezes, com um sistema de saúde que não está preparado para prestar o apoio necessário à pessoa dependente, nem à família que dela cuida. Esta situação leva à descontinuidade dos cuidados e muitas vezes tal como Araújo e Pontes *in* Neves (2002) referem, ao abandono e isolamento de doentes crónicos e pessoas idosas ou até mesmo ao internamento indevido num Hospital ou instituição de retaguarda.

É neste contexto que surgem os Cuidados Continuados como forma de proporcionar cuidados com qualidade ao cliente/família e promover a continuidade técnica e social imprescindível para a prestação de cuidados. André (2002) neste sentido, menciona que a criação de Unidades de Cuidados Continuados, tornou-se uma necessidade para as instituições de saúde que procuram cada vez mais a humanização dos cuidados, como forma de dar respostas mais adequadas às necessidades dos clientes. Assim, torna-se crucial o investimento na estruturação dos serviços de saúde centrados nos cuidados humanizados e humanizantes, que passam pelo reconhecimento da dignidade intrínseca do ser humano como pessoa única e irrepetível, com necessidades, atributos e vontades próprias (Pacheco, 2002).

Segundo Renaud (2004), a pessoa é o fundamento da dignidade do ser humano, por sua vez, esta dignidade é o fundamento ético dos direitos do homem. Deste modo, a dignidade confere ao Homem direitos que devem ser respeitados, independentemente da sua situação. Mas no caso das pessoas doentes, devido à vulnerabilidade e fragilidade em que se encontram, os seus direitos são uma questão fundamental na prestação de cuidados, daí que os direitos e deveres dos doentes foram um marco importante para a protecção da dignidade dos clientes e conseqüente humanização dos sistemas de saúde. O conhecimento dos direitos e deveres dos doentes por parte dos profissionais e das clientes favorece a intervenção activa dos mesmos na implementação e melhoria dos cuidados, assim o conhecimento do 4º Direito²² justifica só por si a implementação dos cuidados continuados, uma vez que está expresso nestes que todos os cidadãos têm direito a uma resposta eficiente a todos os níveis da prestação de cuidados.

Neste contexto, os cuidados para além de constituírem uma necessidade para as instituições sociais e de saúde, constituem também um direito fundamental dos clientes, pelo que a sua aplicabilidade e implementação se torna uma questão urgente tanto para os clientes, que se deparam com a inoperância dos serviços, como para os profissionais, que se vêem confrontados com a insatisfação dos clientes e famílias.

²² www.ordemenfermeiros.pt/index.print.php.page consultado em 10/10/2007

No Modelo de Cuidados Continuados, o cliente está no centro da acção, tendo os cuidados prestados duas grandes finalidades: agir sobre o estado de saúde dos cidadãos, prevenindo o seu agravamento e actuar sobre a capacidade funcional, através da reabilitação e da prestação de cuidados personalizados²³.

Nos países desenvolvidos, como o Canadá e países da Europa Central, os Cuidados Continuados encontram-se em fase de implementação há já algumas décadas. André (2002), menciona como exemplo o dos Estados Unidos da América, onde desde os anos 70 há a referência a serviços, cujo objectivo era o de promover a continuidade de cuidados. Este mesmo país em 1989, já apresentava uma população de 5,9 milhões de pessoas a receberem cuidados continuados²⁴. Em Portugal os Cuidados Continuados ainda são muito recentes, tendo surgido apenas em 1996, através do Pacto de Cooperação para a solidariedade social, um quadro de colaboração, com o objectivo de implementar cuidados de saúde continuados e de apoio social.

Em Junho de 1998, surgiu, através do Despacho Conjunto nº 407/98 do Ministério da Saúde e o Ministério da Solidariedade e Segurança Social, as primeiras orientações para os cuidados que visavam criar condições que permitissem, quer à acção social quer à saúde, trabalhar em conjunto de forma a dar respostas às necessidades das pessoas com dependência física, social ou mental. Contudo só recentemente, em Março de 2006, a rede de Cuidados Continuados Integrados foi aprovada pelo Conselho de Ministros, centrando a sua acção na definição, programação e progressivo desenvolvimento de um conjunto de serviços. Estes serviços devem proporcionar cuidados personalizados que vão desde a alta hospitalar até ao domicílio do cliente, garantindo a continuidade do seu tratamento, a sua recuperação funcional e a sua reinserção em unidades de internamento alternativas ao hospital, e em casa através da criação de equipas de cuidados domiciliários nos Centros de Saúde em articulação com a Segurança Social²⁵.

Berger e Mailloux-Poirier *in* Cabete (1999), acrescentaram que os objectivos dos cuidados de longa duração (tradução da expressão Inglesa *Long Term Care*) são:

- Proteger e promover a saúde;
- Prevenir as complicações do estado patológico;
- Responder às necessidades de saúde identificadas, percebidas e expressas;
- Facilitar a manutenção da identidade e da autonomia da pessoa;
- Prevenir a desinserção social

²³ www.portugal.gov.pt/portal consultado em 01/02/2008

²⁴ www.anep.pt/uploadc/introducao_e_historia-Fz.pdf consultado em 01/02/2008

²⁵ www.portugal.gov.pt/portal consultado em 21/02/2008

- Reduzir a inactividade intelectual, física e social;
- Dar ao cliente a possibilidade de se responsabilizar por si próprio na medida das suas necessidades;
- Ajudar o cliente a desenvolver novas capacidades;
- Estimular o cliente a participar nas actividades do seu meio;
- Criar um meio que facilite a participação na vida da colectividade.

Nestes objectivos estão implícitos princípios que as mesmas autoras (1999) referem estar inerentes aos Cuidados Continuados, nomeadamente o princípio da abordagem global, da avaliação completa do estado da pessoa, da participação do cliente/família, da continuidade e da qualidade de cuidados. Estes princípios traduzem a filosofia dos Cuidados Continuados que passa por avaliar o cliente de uma forma holística, não reduzindo o corpo apenas à dimensão do corpo doente, mas sim perspectivando o corpo integrado na pessoa que é, capaz de mediar os processos de interacção social de cuidados. Assim, é imperativa uma acção global a todos os níveis da prestação de cuidados, sendo imprescindível o envolvimento do cliente e família, através de uma relação de parceria que implica necessariamente a sua participação.

Cabete (1999) caracterizou os Cuidados Continuados da seguinte forma:

- São Cuidados que proporcionam um acompanhamento integrado e contínuo das pessoas em situação de dependência física, psíquica ou social quer se trate de uma situação de início súbito ou de evolução prolongada, podendo ser transitório ou permanente;
- Não se tratando do acompanhamento da situação aguda a duração temporal dos cuidados é habitualmente longa, podendo ser vitalícia;
- Privilegiam a manutenção da pessoa no seu meio, podendo no entanto recorrer a centros, hospitais de dia (ou de noite) ou a internamento temporário ou permanente numa instituição onde o peso relativo dos cuidados de saúde e apoio social podem variar;
- Os Cuidados Continuados podem ou não ter objectivos curativos, ou podem ser Cuidados Paliativos. A prevenção primária, secundária e terciária continuam a ter sentido;
- Os Cuidados Continuados não são uma única resposta, mas uma variedade de respostas que devem estar de acordo com as necessidades de cada indivíduo;
- Os Cuidados Continuados devem garantir a continuidade de cuidados.

Seguindo uma perspectiva mais abrangente, Peixoto *et al* (2001) referem que os Cuidados Continuados consistem no atendimento ao cliente e família, quer seja na comunidade quer seja em meio hospitalar, em todo o seu processo de saúde e doença.

Os Cuidados Continuados deverão facultar um acompanhamento integrado de forma a garantir a continuidade dos cuidados e, deste modo, proporcionar cuidados de saúde de qualidade onde a enfermagem desempenha um papel primordial para a garantia desta qualidade.

1 – A ENFERMAGEM E A CONTINUIDADE DE CUIDADOS

Falar de Cuidados Continuados é falar de interdisciplinaridade, ou seja, a abordagem global dos cuidados continuados implica a intervenção de várias disciplinas do conhecimento. O processo de continuidade implica o envolvimento de toda a equipa multidisciplinar que só conseguirá atingir o seu objectivo, se cada um dos seus elementos contribuir com a sua especificidade.

Apesar da Enfermagem apenas se ter organizado como disciplina a partir do século XIX, o seu contributo para a prestação de cuidados tem constituído uma mais valia para o sistema de saúde e conseqüentemente para as pessoas que destes cuidados usufruem. A Enfermagem tem a oportunidade de fazer uma profunda diferença na vida das pessoas que necessitam de Cuidados Continuados, principalmente pelo facto da enfermagem ter como essência o cuidar o Ser Humano na sua globalidade. Este olhar global, baseado numa relação interpessoal que se traduz num estar com o cliente, promove uma prestação de cuidados de enfermagem personalizada, que favorece a continuidade de cuidados de saúde, uma vez que o cuidar garante a continuidade destes cuidados.

Sousa (2005) reportando-se ao Relatório de 1991 da Organização Mundial de Saúde sobre Cuidados Continuados em Sistemas de Cuidados de Saúde em Mudança identifica três níveis nos Cuidados Continuados:

- Primeiro nível – a continuidade significa uma relação contínua entre a pessoa cuidada e o prestador de cuidados,
- Segundo nível – a relação de continuidade estabelece-se entre uma equipa de cuidados e a pessoa que recebe cuidados, prosseguindo objectivos comuns;
- Terceiro nível – a continuidade assenta numa rede de serviços, suportados por uma referenciação que funciona bem e por um sistema de feedback, baseado numa boa comunicação entre os diferentes serviços.

De facto, o conceito Continuidade de Cuidados apresenta diferentes conotações consoante o seu contexto. Tem sido utilizado para descrever uma diversidade de relações entre os clientes e os serviços de saúde, nomeadamente: a partilha de informação entre os diferentes profissionais, a constância desses mesmos profissionais na assistência, o tipo de acompanhamento clínico após a alta e ainda o nível de acessibilidade aos serviços de saúde. Navalhas (1999) também refere que da Continuidade emergem duas noções: a da longitudinalidade da prestação de cuidados e a da personalização da relação terapêutica. A primeira refere-se ao acompanhamento dos problemas do cliente ao longo do tempo e a segunda concepção refere-se à personalização da relação entre o profissional e o cliente, como forma de melhorar a satisfação do cliente, bem como dos profissionais envolvidos.

Cabete define continuidade de cuidados como o “Conjunto de acções que visam garantir uma transição adequada de cuidados quando há mudança, de prestadores” (1999:98), ou seja, é um conjunto coordenado de actividades que envolve profissionais, clientes, famílias ou instituições, tendo como objectivo garantir que os cuidados não sejam interrompidos, aquando da mudança dos cuidadores. Luz também menciona que “(...) a continuidade dos cuidados favorece o conhecimento do utente não como elemento isolado, mas sim intimamente integrado num grupo familiar e na sua comunidade” (2003:35), pelo que é indispensável conhecer o mundo particular do cliente para que desta forma os cuidados sejam centrados nele. O conhecimento de cada uma das pessoas por quem se responsabiliza é um factor importante na postura ética do enfermeiro, uma vez que vai permitir-lhe conhecer o perfil humano daquele cliente, conhecendo-o, deste modo, de forma integral.

Esta preocupação pela humanização dos cuidados tem sido um aspecto quase sempre presente na prestação de cuidados de enfermagem pois são estes profissionais que permanecem mais tempo com o cliente, estabelecendo uma relação mais próxima com este. Neste sentido a continuidade dos cuidados é uma preocupação da profissão de enfermagem que vê descrita no artigo 83º, do seu Código Deontológico, a premissa de que no respeito pelo direito ao cuidado o enfermeiro deve assegurar a continuidade dos cuidados.

Ao debruçarmo-nos sobre os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem,²⁶ mais precisamente sobre os seus enunciados descritivos, verificamos que as categorias definidas, para além de garantirem a melhoria dos cuidados de

²⁶ Ordem dos enfermeiros. Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual, enunciados descritivos

enfermagem, contribuem também para a continuidade destes mesmos cuidados. Assim na procura permanente da excelência dos cuidados, o enfermeiro: respeita as capacidades; valores e desejos dos clientes; estabelece parcerias com o cliente; procurando envolver a família no processo dos cuidados, promove o potencial de saúde do cliente; implementa e avalia intervenções de enfermagem que contribuem para o bem-estar do cliente; suplementa e complementa actividades de vida em que o cliente é dependente; referencia situações problemáticas para outros profissionais de acordo com o mandato social de cada profissão; planeia a alta dos clientes internados, de acordo com as suas necessidades e recursos da comunidade e promove a continuidade do processo de cuidados de enfermagem.

De facto, o processo de continuidade de cuidados envolve toda a equipa multidisciplinar, porém o enfermeiro tem uma responsabilidade acrescida pelo facto de manter um contacto com os clientes privilegiado em relação aos outros profissionais de saúde no que toca à partilha de experiências e à intensidade das mesmas. A especificidade do cuidado de enfermagem, quer no planeamento da alta quer nos cuidados domiciliários, é fundamental para o processo de transição do cliente do Hospital para o Centro de Saúde, e conseqüentemente para a continuidade dos cuidados. Deste modo acreditamos ser primordial a integração dos enfermeiros nos programas de Cuidados Continuados, uma vez que favorecerá a continuidade dos mesmos, tornando a Enfermagem, uma das disciplinas que mais contributos poderão trazer para os programas de cuidados de longa duração.

1.1 – Do Planeamento da Alta aos Cuidados Domiciliários

A transição do cliente do meio hospitalar para o meio familiar e domiciliário, é um processo complexo que envolve vários factores, que poderão influenciar positivamente ou negativamente esta mudança. Assim, a forma como todo o processo de alta se desenrola influencia a continuidade ou não dos cuidados prestados no domicílio. Martins (2002) menciona que a alta hospitalar pode gerar ansiedade tanto para o cliente como para a família, o que se pode dever à falta de preparação, informação ou problemas sócio-familiares difíceis de contornar. Assim a alta do cliente Hospitalizado é uma etapa chave em todo o processo de cuidados, pelo que o seu planeamento adequado facilitará a transição do cliente para o seu domicílio. Com o plano de alta pretende-se que a transferência do cliente para o seu domicílio não seja uma surpresa, o que infelizmente acontece com muita frequência. A dura realidade é que a mudança de prestadores

normalmente é acompanhada pela falta de planeamento, o que compromete o acompanhamento contínuo destas pessoas.

Araújo e Pontes (2002), referem que no caso da alta esta situação torna-se mais grave uma vez que assiste-se frequentemente ao não planeamento atempado da mesma, levando na maioria das vezes à interrupção da prestação de cuidados. As mesmas autoras mencionam que “a falta de investimento na continuidade de cuidados após a alta hospitalar, ou seja, nos cuidados dirigidos ao cidadão no seu domicílio, pode por em causa todos os cuidados realizados na fase aguda” (2002:315), uma vez que perde-se a continuação do desenvolvimento do processo terapêutico levando muitas vezes a um retrocesso do estado de saúde do cliente. Almeida *et al* (2005:28), citando Phipps, afirma que “o planeamento da alta coordena a transição do doente, do Hospital para o domicílio e garante a continuidade absoluta dos cuidados”. Preparar atempadamente a alta, irá preparar os clientes, famílias e outros prestadores de cuidados, “ (...) para a transição do Hospital-Domicílio de forma a evitar uma organização tardia e precipitada, a que frequentemente assistimos.” (Faustino *et al*, 2002:240).

Segundo Jesus, Silva e Andrade (2005), o planeamento da alta é um procedimento centralizado, organizado e multidisciplinar, que deverá fazer parte do processo de enfermagem, de forma a assegurar ao cliente um programa de continuidade de assistência após a sua saída do hospital. Os mesmos autores (2005) reportando-se a Phipps *et al* mencionam que a identificação das necessidades do cliente e a coordenação dos profissionais envolvidos na continuidade dos cuidados, são actividades do processo de planeamento de alta.

Monteiro, citado por Almeida *et al* (2005) refere que o planeamento da alta é um processo que:

- Inicia-se com a identificação precoce das necessidades dos clientes;
- Deve incluir o cliente, a família e os cuidadores informais de forma dinâmica e interactiva;
- A colaboração e a coordenação entre os diversos profissionais envolvidos deve ser uma prioridade;
- Resulta em decisões obtidas por comum acordo, quanto às opções mais económicas e correctas, de forma a obter um cuidados continuado a logo prazo;
- Adopta o conhecimento mais recente e comprovado para apoiar as necessidades dos clientes.

Jesus, Silva e Andrade (2005) referem que o êxito do plano de alta irá depender do início do planeamento da mesma. Para que a continuidade dos cuidados seja garantida, a identificação precoce das necessidades do cliente, deve ter início no momento de admissão; onde se poderá prever precocemente a data provável da sua alta; continuando durante todo o internamento. O planeamento da alta é um processo contínuo, que segundo os mesmos autores (2005:26) atrás citados deve “ (...) respeitar as seguintes etapas: preparação da alta ao longo de todo o internamento; preparação da alta no próprio dia.”

O plano de alta para Bolander (1998:490) é “ (...) um processo de antecipação e planeamento de possíveis alterações das necessidades de cuidados do utente, à medida que este vai passando por várias fases de cuidados.” Assim, o plano de alta poderá ser alterado ao longo do internamento, consoante as necessidades do cliente e as fases por que vai passando. Os enfermeiros dos cuidados diferenciados têm a responsabilidade de prever as necessidades específicas no pós alta dos clientes e de lhes assegurar um acompanhamento apropriado à sua situação. Bolander (1998) menciona que o plano de alta cada vez mais está a deixar de ser feito para o cliente, para ser feito com o cliente, o que implica o envolvimento deste, da família ou de outras pessoas significativas no seu planeamento. O enfermeiro ao acompanhar o cliente, em conjunto com a família, durante o período de internamento, possui uma oportunidade única de exercer a sua autonomia e de garantir a articulação, a qualidade e a continuidade dos cuidados, aquando do regresso a casa. (Silva, 2007)

O envolvimento do cliente e família no plano de alta deverá indiscutivelmente passar pela transmissão de informação, reflexão e discussão aberta sobre a verdadeira situação do cliente, o que implica por parte do enfermeiro uma predisposição para todo este processo. Augusto *et al* (2002) remetendo-se a McDaniel *et al* reforça a participação da família ou do cuidador principal no planeamento da alta, salientando que apesar deste processo ter um carácter flexível, o enfermeiro deverá seguir determinados passos, nomeadamente:

- Conversar com a família o mais cedo possível após a admissão (de preferência nas 48 horas);
- Contactar a equipa dos Cuidados de Saúde primários;
- Comunicar com a família durante as visitas;
- Incentivar e permitir a presença da família na participação da prestação de cuidados ao seu familiar, aproveitando este momento para efectuar sessões educativas;

- Programar antecipadamente a alta com o cliente e família;
- Identificar os recursos da comunidade necessários e disponíveis;
- Proporcionar uma reunião com a assistente social, com o objectivo de se certificar dos recursos existentes e paralelamente com o enfermeiro receber as últimas informações sobre os cuidados e terapêutica a seguir, após a alta;
- Reunir com a família antes da alta, para assegurar que tem todas as informações necessárias e está preparada para cuidar do seu familiar no domicílio.

Silva (2007) reportando-se a Buresh e Gordon menciona que o papel do enfermeiro no planeamento da alta passa inevitavelmente pela habilitação dos clientes/famílias para o auto cuidado, tendo em vista a reinserção na comunidade o mais precocemente possível. Assim, as acções de educação para a saúde, desenvolvidas pelos enfermeiros, para além de fornecer ao cliente e família informações pertinentes sobre a situação do cliente, permite-lhes adquirirem conhecimentos que lhes poderão ser úteis aquando do regresso ao domicílio.

Jesus, Silva e Andrade (2005: 26) referem que “ Para complementar a informação oral deve proporcionar-se documentação escrita sempre que seja possível, para ser consultada quando necessário.” Neste sentido, a carta de alta de enfermagem constitui-se como um óptimo instrumento para que a informação possa acompanhar o cliente aquando da alta. A carta de alta, segundo Ramos Alfonso *et al* (1999) reportando-se a González Lopez é um meio de informação precisa e qualificada, acerca dos problemas e dos cuidados que foram prestados ao cliente ao longo do internamento.

Luz (2003) defende que a carta de alta, para além de conter as informações necessárias sobre a identificação dos clientes, das suas necessidades, do apoio familiar e dos recursos da comunidade, deverá também conter as soluções que os cliente/famílias encontraram para resolver os seus problemas. Ojeda *et al* (1998) mencionam também, que na carta de alta devem estar descritas as acções de educação para a saúde, implícitas em todo o processo de cuidados. Estes dados devem facultar aos intervenientes deste processo, cliente, família, enfermeiro dos cuidados de saúde diferenciados e enfermeiros dos cuidados de saúde primários, uma linguagem que lhes permita uma actuação e um objectivo comum, e que proporcione ao cliente melhores cuidados e uma melhor qualidade de vida. A transição do cliente do hospital para o seu meio domiciliário, ficará muito mais facilitada se informação fidedigna e adequada estiver

disponível, para que o enfermeiro dos cuidados continuados consiga efectuar uma avaliação inicial com maior eficiência. (Almeida *et al*, 2005).

A manutenção da pessoa no domicílio constitui uma característica privilegiada dos Cuidados Continuados, não só pela redução de custos a nível do sistema de saúde, mas principalmente por ir de encontro às expectativas tanto das pessoas idosas e dependentes como das suas famílias. Apesar de, desde a segunda metade do século XX, já se falar de cuidados de saúde centrados no cidadão, continuou-se a assistir à desvalorização do indivíduo como participante activo no processo de saúde, caracterizado pelas assimetrias e desigualdades onde os profissionais e o contexto tinham um papel de liderança. Mas esta perspectiva está em mudança pelo surgimento do paradigma emergente que influencia a saúde e a sua relação com o hospital. Neste paradigma a saúde está intimamente ligada à qualidade da relação dos indivíduos com o meio, o que levou à emergência de novos contextos de produção de cuidados, nomeadamente os cuidados no domicílio.

Segundo André (2002) reportando-se a Stanhope e Lancaster, os Cuidados Continuados fazem parte de um cuidado de saúde global, em que os cuidados são prestados no domicílio, tendo como principal objectivo maximizar o nível de independência enquanto se minimiza os efeitos de deficiência e doença, de forma a promover, manter ou recuperar a saúde. Prestar cuidados no domicílio, possibilita o conhecimento global de todo um contexto social e familiar onde o cliente está inserido, o que favorece o planeamento adequado dos cuidados. Assim é fundamental o envolvimento dos enfermeiros dos cuidados de saúde primários na preparação das altas, cabendo-lhes efectuar uma primeira visita domiciliária, e conseqüente avaliação da situação no domicílios, sendo essencial que os enfermeiros dos cuidados de saúde primários promovam uma transição o mais adequada possível, fomentando o envolvimento do cliente/família neste planeamento.

Faustino, Moreira e Martinho (2002) referem que a continuidade de cuidados deverá ter como condição essencial uma comunicação aberta e eficaz entre as duas áreas de actuação, pelo que a implementação de sistemas que permitam a troca de informação entre os enfermeiros das duas instituições constitui-se numa prioridade para que a continuidade desejada seja alcançada.

1.2 – Sistemas de Partilha de Informação em Enfermagem

O contexto actual de saúde, repartido por diferentes níveis de cuidados, torna muitas vezes a informação difusa e dispersa, levando à perda de informação fundamental para a prestação de um cuidado continuado de qualidade.

Sousa (2005) menciona que o sistema de informação actual se caracteriza por uma organização dos serviços de saúde dividida entre Centro de Saúde e Hospital, sendo fundamental reorganizar os serviços para que a troca de informação entre os serviços de saúde seja uma realidade. Torna-se fundamental, para o bom funcionamento do sistema de saúde, o desenvolvimento de sistemas de informação que permitem o processamento de dados, a identificação das necessidades, os ganhos em saúde bem como a qualidade dos cuidados prestados.

Imperatori citado por Figueiroa-Rego (2003) refere-se à informação como sendo um elemento da área do conhecimento que pode ser guardado, codificado, examinado ou comunicado. Actualmente parece ser consensual que a informação gerada pelos enfermeiros, nomeadamente os registos de enfermagem, constitui uma importante base de dados do sistema de saúde. Os registos de enfermagem constituem um documento essencial, para documentar diversos dados relativos ao cliente e aos cuidados prestados a este. Para além dos registos de enfermagem constituírem um relevante documento legal, a sua importância torna-se mais evidente ao observarmos os seus objectivos. Silva (2001) reportando-se a Doenges & Moorhouse salienta cinco objectivos dos registos de enfermagem:

- Fomentar a continuidade de cuidados;
- Produzir a avaliação dos cuidados;
- Fornecer uma base de documentação dos cuidados;
- Facilitar a investigação acerca dos cuidados;
- Optimizar a gestão dos cuidados.

Seguindo esta ideia Cartaxeiro *et al* (2003) mencionam que os registos de enfermagem constituem um documento importante, por um lado para avaliar a qualidade dos cuidados prestados e, por outro, para a promoção da continuidade dos cuidados.

Apesar desta evidência²⁷, observa-se que a visibilidade da profissão de enfermagem nos relatórios anuais de saúde é, na sua maioria incipiente, o que dificulta a confirmação dos ganhos em saúde, que os cuidados de enfermagem produzem. Assim é fundamental que os sistemas de informação em saúde integrem dados referentes aos cuidados de enfermagem, para que a informação produzida pelos enfermeiros, esteja disponível para ser consultada, quer pelos profissionais de enfermagem dos diferentes níveis de prestação de cuidados, quer por todos os outros profissionais de saúde que dela necessitem.

Figueiroa-Rego (2003) menciona que a procura crescente dos cuidados de saúde fase, ao envelhecimento da população, ao aumento das doenças crónico degenerativas, e a outros variados factores, levaram a que os sistemas de informação em saúde, mais precisamente os sistema de informação de enfermagem, se fossem transformando e adequando, no sentido de facilitar a partilha de informação.

Sousa (2006) também refere que para a enfermagem demonstrar o seu valor e a pertinência do seu cuidado tem necessariamente que investir no desenvolvimento de sistemas de partilha de informação em enfermagem que facilitem os fluxos de informação, entre os diferentes intervenientes do plano de cuidados de enfermagem. Imperatori, citado por Figueiroa-Rego descreve Sistema de Informação em Saúde como sendo o “ (...) mecanismo de recolha, processamento, análise e transmissão de informação necessário à organização e funcionamento dos serviços de saúde e para estudo e formação.” (2003:36).

Os Sistemas de Informação em Enfermagem são parte integrante dos sistemas de informação em saúde, devendo ser vistos como processos complexos de análise, formalização e modelação dos processos de recolha de informação, organização e transformação dos dados colhidos em informação e conhecimento. (Goossen, cit. Silva, 2001).

Silva (2001.21) refere que “Há longos anos que os enfermeiros há muito que se preocupam com a documentação resultante do processo de prestação de cuidados de enfermagem.”, persistindo desde há muitos anos, em enfermagem o suporte de registo em papel. Sousa (2005) refere que este instrumento de registo de dados, devido ao enorme conjunto de informações repetitivas, torna a gestão do recurso “informação”, ineficaz na tomada de decisão racional e objectiva dos enfermeiros. Pelo que torna-se urgente investir na modernização dos sistemas de informação em enfermagem e na conseqüente formação necessária para a sua implementação. O autor supra citado

²⁷ http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/documents/94_OrdemEnfermeiros-SIE-PrincipiosBasicosArq+RequisitosTecFunc-Abril2007.pdf consultado em 10/10/2007

acrescenta que "(...) a falta de critérios sobre o que registar, (...) traduz redundância de informação numa área e escassa ou inexistente noutras, não reflectindo a realidade do desempenho dos enfermeiros." (2005:21)

Assim, a ausência de uma linguagem própria da enfermagem dificulta a implementação dos sistemas de informação em enfermagem, tornando urgente a utilização de uma linguagem partilhada, de forma a garantir que a comunicação seja feita de forma clara e efectiva. É frequente os enfermeiros sentirem necessidade de obter informações referentes ao cliente, para poder continuar a prestar cuidados, todavia, os mesmos interpretam a informação de maneira diferente consoante o seu conceito de enfermagem, deste modo o estabelecimento de critérios, pode constituir uma mais valia para a continuidade dos cuidados e conseqüentemente para a melhoria da qualidade dos mesmos.

Luz menciona que "(...) a existência de uma linguagem comum numa área de conhecimento é uma das condições essenciais para que esse conhecimento seja considerado uma ciência e para que essa ciência seja aceite na comunidade científica" . (2003:41). Deste modo, a necessidade da utilização de uma linguagem profissional em enfermagem, foi sentida a nível global, pelo que a elaboração de um percurso que permitisse à enfermagem adoptar um vocabulário próprio tornou-se um objectivo a alcançar.

Assim, em 1989 o Conselho Internacional de Enfermeiras, reuniu um grupo de trabalho, com vários peritos de Enfermagem, sendo elaborados os primeiros trabalhos para a concepção da Classificação Internacional da Prática de Enfermagem (CIPE), que consiste, tal como Cardoso, Brito e Ribeiro mencionam, numa classificação "(...) constituída por um conjunto de conceitos, aplicáveis em todos os contextos da prática que permitem descrever os cuidados de enfermagem, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, fornecendo por esta via, um guia definidor da natureza dos cuidados de enfermagem" (2006:9).

Segundo Nóbrega e Garcia (2005) a CIPE constitui um instrumento que pode ser utilizado para tornar a prática de enfermagem mais visível nos sistemas de informação de saúde, constituindo uma base de informação, para a identificação da contribuição do trabalho de Enfermagem para os cuidados de saúde. Nesta perspectiva é da nossa opinião que a criação da CIPE constitui um marco indispensável para o desenvolvimento da Enfermagem, enquanto disciplina, contribuindo para a implementação dos sistemas de informação e conseqüentemente para a melhoria da qualidade de cuidados, uma vez que a comunicação entre enfermeiros com outros profissionais ou com o cliente, será mais facilitada e garantida.

Os sistemas de partilha de informação em enfermagem²⁸ deveram ser entendidos como sistemas que representam uma melhor acessibilidade e maior integração dos sistemas de informação, o que torna as comunicações mais efectivas e os cuidados mais acessíveis. A optimização do fluxo de informação dentro das instituições e no sistema de saúde em geral deverá ser encarado como uma estratégia fundamental para continuidade dos cuidados.

A articulação com os diferentes níveis de cuidados é um elemento essencial para o sucesso dos sistemas de informação, uma vez que se poderá reduzir os processos burocráticos que tanto dificulta o acesso à informação, conduzindo a uma melhoria significativa dos cuidados prestados à população.

2 – ARTICULAÇÃO DE CUIDADOS

Os Cuidados Continuados, devido à sua complexidade, requerem uma abordagem intersectorial o que implica necessariamente o estabelecimento de parcerias e a criação de redes sociais de apoio. O trabalho em parceria nos cuidados continuados, reveste-se de extrema importância, uma vez que, tal como Pereira (2002) salienta, só através de uma colaboração interdisciplinar efectiva, é que se poderá manter uma continuidade de cuidados de qualidade.

A parceria implica uma acção conjunta onde cada um dos parceiros mobiliza os recursos de que dispõe para alcançar um objectivo comum, que no caso dos cuidados continuados, passa por garantir a continuidade de cuidados. Esta parceria implica a cooperação inter-institucional que Cabete (1999:99) considera fundamental para atingir os objectivos dos cuidados continuados. Bilro (2004) entende a articulação de cuidados como “ (...) um sistema que admite na sua estrutura diversas instituições formais e informais, públicas e privadas, as quais se devidamente articuladas entre si concorrem cada uma com a sua especificidade, para a prestação adequada de cuidados aos utentes dos serviços de saúde.”

Cabete (1999) refere que a articulação apesar de ser um trabalho difícil de conseguir, trás várias vantagens, nomeadamente a rentabilização dos recursos existentes, uma intervenção social mais eficaz, a melhoria de respostas oferecidas, o

²⁸[http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/documents/94_OrdemEnfermeiros-SIE-Principios BasicosArq+RequisitosTecFunc-Abril2007.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/documents/94_OrdemEnfermeiros-SIE-PrincipiosBasicosArq+RequisitosTecFunc-Abril2007.pdf) consultado em 10/10/2007

enriquecimento de cada instituição e conseqüentemente a garantia da continuidade de cuidados.

De facto, o desenvolvimento tecnológico, a evolução do sistema de saúde, preocupado com a economia do sistema, a necessidade de uma maior número de especializações, bem como a evolução que o conceito de saúde sofreu ao longo dos anos, levou tal como Pinheiro, Sardo e Henriques (2004), citando Roseira, referem, a percepções incorrectas e a acomodações por parte dos profissionais e suas instituições.

A existência de dois subsistemas (Hospital - Centro de Saúde), dentro do Sistema Nacional de Saúde, com funções, culturas e estruturas organizacionais distintas originou um conjunto de particularidades e interesses diferentes. Se por um lado temos o Hospital, vertente de cuidados de saúde com uma abordagem curativa, por outro temos o Centro de Saúde com uma abordagem preventiva e de reabilitação. Foi para fazer face a esta tradicional dicotomia que a OMS e os governos dos diferentes países elaboraram diversos documentos político-legais, que fomentam a articulação entre os cuidados de saúde primários e os diferenciados, entre os quais podemos referir a Declaração de Alma-Ata em 1978, o Decreto-Lei 10/93 de 15 de Janeiro, Documento “Saúde em Portugal – Estratégia para o virar do Século, em 1996, e mais recentemente a Lei de Bases da Saúde de 24 de Agosto de 2002.

De facto, a cooperação entre Cuidados de Saúde Primários e Diferenciados encontra-se num novo caminho, as transformações sociais e a visão do Homem como um todo levou, tal como Peixoto *et al* (2002) mencionam, à integração destes dois grupos de prestação de cuidados. Augusto *et al* (2002) referem que a criação de unidades de saúde no quadro de estatuto do Serviço Nacional de Saúde (Decreto-Lei 11/93 de 15 de Janeiro), de forma a actuarem como sistemas locais, articulados com uma rede de referência hospitalar, foi uma das estratégias dos serviços de saúde em Portugal, para unir estes dois grupos de prestação de cuidados. Estas unidades seriam compostas por um Hospital Central, Hospitais Concelhios e Centros de Saúde de uma área Geográfica específica em articulação com a acção social, com os municípios, as misericórdias e outras organizações governamentais e não-governamentais.

Apesar da boa vontade, parece que a articulação destes serviços ainda está longe de ser a ideal. A não existência de estruturas de apoio para clientes, com necessidades de supervisão nas suas actividades de vida diária, a inexistência de cuidados domiciliários, as dificuldades de comunicação e a falta de responsabilização dos cidadãos pelo seu estado de saúde constituem barreiras ao desenvolvimento destas parcerias. Pinheiro, Sardo e Henriques (2004) mencionam que para ultrapassar estas situações, é fundamental o estabelecimento de objectivos e estratégias comuns. Acreditamos também

que a consciencialização dessas instituições, do papel que desempenham na rede de cuidados integrados, constitui um factor importante para o estabelecimento de uma rede de suporte social e de saúde.

Os mesmos autores (2004), reportando-se a Santos, referem que a articulação é um processo pelo qual se coloca na mesma posição dois elementos, com características e potencialidades próprias para que, cada um deles e em conjunto, consigam rentabilizar as suas potencialidades, de forma a alcançar benefícios que isoladamente não conseguiriam obter. No caso dos cuidados continuados, cada um dos níveis da prestação de cuidados complementam-se, desempenhando um papel importante para a promoção da continuidade dos cuidados. Aos Hospitais, pretende-se que se direccionem cada vez mais para o papel de mobilizadores com mecanismos de identificação de pré altas, com a criação de equipas de gestão de altas, articuladas com o Centro de Saúde, de modo a que cada cliente tenha o acompanhamento adequado à sua situação. Quanto aos Centros de Saúde, uma vez que se encontram integrados no seio da comunidade, espera-se que conheçam melhor a sua população, de forma a identificarem as suas necessidades e a oferecerem o apoio domiciliário necessário.

Bilro (2004) menciona que o Centro de Saúde devido à proximidade estratégica que tem com as populações, deve ser ele o promotor, o avaliador, o gestor e o coordenador deste sistema de rede de articulação de cuidados.

O mesmo autor refere que numa situação aguda de doença os cuidados de saúde diferenciados são chamados a intervir, podendo ocorrer o internamento hospitalar, devendo estes, ao elaborar o plano terapêutico, ter em linha de conta o projecto de vida do cliente, o seu passado, seus objectivos a sua situação de saúde, pois só assim os cuidados serão centrados nele. Quando terminada esta etapa (de curta ou de longa duração), o cliente retorna ao domicílio, onde o Centro de Saúde devidamente informado de toda a sua situação reassume o seu papel na intervenção directa, bem como na mobilização dos recursos da comunidade.

No que respeita ao Serviço Social, exige-se que a sua intervenção seja no sentido de proporcionar aos clientes e famílias medidas adaptativas à nova condição de saúde, de acordo com as necessidades apresentadas. São exemplos dessas medidas o fornecimento de equipamento hospitalar, o serviço de apoio domiciliário, os lares e centros de dia, entre outros.

Um exemplo de uma articulação bem sucedida, divulgada por Silva, Ferreira e Formigo (2002:64) é o caso da parceria entre Centro de Saúde e Hospital de Santarém que em muito tem contribuído para estabelecer um circuito de referenciação e encaminhamento dos clientes, partindo do pressuposto que a informação é que deve

circular e não o cliente. Os mesmos autores salientam o contributo desta parceria para a aquisição de formas de comunicação que aproximam os profissionais e promovem a melhoria dos cuidados prestados. Assim, poderemos dizer que a parceria de cuidados tem que ter por base uma comunicação aberta e eficaz para que seja possível a recolha e o registo de toda a informação no que diz respeito ao cliente e família. A necessidade de articular os dois níveis de prestação de cuidados de saúde exige a existência de um documento escrito, que permita a troca de informação.

Ojeda *et al* (1998:18) referem que tendo em conta que um doente permanece 24 horas por dia no Hospital sob a responsabilidade directa dos enfermeiros, existem aspectos que devem ser registados para que informações importantes não se percam aquando da alta hospitalar. Por outro lado, os enfermeiros dos Centros de Saúde possuem informações relevantes sobre a comunidade, a família e o próprio indivíduo, que se tornam fundamentais para quando for necessário encaminhar o cliente para os cuidados de saúde diferenciados.

A articulação de cuidados exige o esforço conjunto e deve basear-se, tal como Cabete (1999:99) referencia, na partilha sistemática de informação na complementaridade e na união de esforços, na utilização de linguagem e instrumentos de respostas comuns, na avaliação, através de normas objectivas, na implementação de redes de comunicação e, finalmente, na centralização de toda a sua intervenção na vontade e nos padrões de vida do cliente.

No nosso entender esta união de esforços implica necessariamente, que tanto o cliente como a família, devam ser parceiros em todo este processo uma vez que a eficácia da articulação de cuidados vai depender do empenhamento de todos os envolvidos. A manutenção do cliente no seu espaço familiar; a redução da ansiedade e do stress resultante da situação de doença e a ligação entre o meio social e o meio hospitalar, são benefícios apontados por Conceição e Ramos (2004) resultantes da parceria estabelecida com o cliente/família.

De Carlo (2005) menciona que é condição fundamental para se ser parceiro, haver partilha de poder uns com os outros, ou seja, todos os membros deveriam ter igual poder e igual responsabilidade. Neste sentido, o cliente e família têm o dever de participar na protecção e defesa da sua saúde. A individualidade da vida humana confere-lhe a característica mais determinante dos princípios éticos, a autonomia. O reconhecimento do princípio da autonomia, assenta no reconhecimento do valor da liberdade humana, entendido como o conjunto de direitos e deveres que lhe permitem fazer escolhas. Assim, constitui dever dos profissionais, nomeadamente da equipa multidisciplinar, respeitar as opiniões e tomadas de decisão dos clientes.

Nunca nos podemos esquecer que o cliente, independentemente da sua situação, continua a ser um elemento da família a que pertence, e que a inclusão desta na equipa multidisciplinar promoverá o seu envolvimento e conseqüentemente a sua participação no processo de continuidade de cuidados. Assim, concordamos com Augusto *et al* (2002) quando refere que a atenção e a intervenção dos profissionais de saúde deveria ser no sentido de olhar os clientes e família como parceiros no cuidar e não apenas como meros receptores de cuidados.

Araújo e Pontes mencionam que “a realidade presente está longe de aceitar que o desenvolvimento das competências dos profissionais se faça em paralelo com o cidadão comum, que necessita dos seus cuidados” (2002:317). No entanto, acreditamos que esta premissa cada vez mais será posta em causa quer pelos clientes/família que desejam cada vez mais escolher os seus cuidados, quer pela filosofia do paradigma emergente que vê o cidadão como a razão da existência do sistema de saúde. O cliente/família deverá ser encarado como um elemento da equipa multidisciplinar que em interação com o profissional de saúde, trabalham em conjunto de forma a promover a continuidade dos cuidados aquando da transição hospital-domicílio. De facto, o trabalho em parceria implica uma mudança de atitude por parte das instituições, dos profissionais e da sociedade em geral, uma vez que tal como Araújo e Pontes (2002) referem, é fundamental a responsabilização de cada um dos intervenientes pela sua qualidade de vida e a responsabilização de todos pela qualidade de vida de cada um.

Deste modo, a cooperação é fundamental para a promoção da continuidade dos cuidados, uma vez que evita, tal como Araújo e Pontes (2002) mencionam, as quebras na prestação de cuidados, o que permite aos clientes usufruir dos seus direitos enquanto pessoas doentes.

SEGUNDA PARTE
ARTICULAÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO ÂMBITO DOS
CUIDADOS CONTINUADOS:
ESTUDO EMPÍRICO

CAPÍTULO I – PROCEDIMENTO METODOLÓGICO

Neste capítulo definimos a metodologia utilizada no nosso estudo. Para Bell (2002) a metodologia tenta explicar a forma como o estudo foi investigado, bem como as razões da escolha de determinados métodos e técnicas utilizadas. Assim, descreveremos as diferentes etapas, procedimentos e estratégias utilizadas no trabalho, que nos permite obter e analisar os dados recolhidos de uma forma organizada e coerente de modo que a cientificidade do trabalho fosse assegurada.

1 – JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO

O aumento da incidência/prevalência das doenças crónico-degenerativas, trouxeram à saúde um novo conjunto de domínios e desafios, implicando uma reorganização dos sistemas e dos cuidados de saúde. É neste contexto que surgem os cuidados continuados, como forma de dar resposta às necessidades de saúde e apoio social das pessoas idosas e cidadãos em situação de dependência.

Os cuidados continuados, devido à sua complexidade, requerem uma cooperação interinstitucional fundamental para atingir a continuidade de cuidados. Cabete (1999:98) define continuidade de cuidados como o “conjunto de acções que visam garantir uma transição adequada de cuidados quando há mudança de prestadores”. O mesmo autor refere que estes prestadores tanto podem ser pessoas, como instituições que trabalham em parceria, para que o plano de intervenção sejam prosseguidas e que os cuidados não sejam interrompidos.

Este “vai e vem”, por assim dizer, de clientes que necessitam de cuidados continuados, dos cuidados de saúde diferenciados para os cuidados de saúde primários, e vice-versa, é uma realidade, razão pela qual é imprescindível que seja prestado um cuidado continuado de qualidade que visa a complementaridade entre estes dois sectores. Pinheiro, Sardo e Henriques (2004), citando Cunha *et al*, mencionam que a articulação, em termos ideais, promove a continuidade de cuidados.

Assim, a dicotomia existente entre cuidados de saúde primários e diferenciados encontra-se desadequada da filosofia do atendimento global e individualizado dos cuidados continuados. A visão do Homem como um todo levou a que os dois grandes grupos da prestação de cuidados se integrassem, de modo a intervirem cada vez mais de

uma forma holística e global. A articulação entre cuidados de saúde diferenciados e cuidados de saúde primários constitui, assim, uma preocupação das instituições, implicando o envolvimento de todos os intervenientes, nomeadamente os profissionais de enfermagem.

A articulação de cuidados, por um lado, constitui uma competência da enfermagem e, por outro, constitui um dever²⁹, cabendo ao enfermeiro “(...) participar nas acções que visem a articulação entre cuidados de saúde primários e cuidados de saúde diferenciados”³⁰. Contudo, a nossa experiência mostrou-nos que apesar da continuidade de cuidados ser um princípio há muito defendido pela profissão da enfermagem, na prática, por vezes ainda é negligenciada, pois a articulação de cuidados de enfermagem nem sempre é uma realidade. O contacto entre enfermeiros de um e outro sector é, com frequência, deficiente, havendo dificuldade em estabelecer contactos uns com os outros, sendo muitas vezes o cliente empurrado de um lado para outro recebendo conselhos contraditórios de ambos os lados. A mudança de prestadores muitas vezes é acompanhada pela falta de planeamento, assistindo-se frequentemente ao não planeamento atempado da alta, levando na maioria das vezes à interrupção da prestação de cuidados, agravada pelas barreiras da comunicação existente entre as diferentes instituições.

Pinheiro, Sardo e Henriques (2004) referem que muitas vezes esta negligência por parte dos profissionais de saúde pode se dever a vários factores entre eles, a falta de vontade em partilhar os doentes com os outros profissionais de outros níveis de prestação de cuidados, sentimentos de incompetência no apelar a outros ou mesmo de incompetência dos outros, bem como a não existência de uma linguagem comum. Para fazer face a estas situações, a articulação de cuidados tem de passar pela assunção de que todos os enfermeiros deverão ser envolvidos, com um objectivo comum e coordenado para que se possa prestar um cuidado continuado ao cliente ao seu cuidado.

Acreditamos que as acções que os enfermeiros desenvolvem no sentido de promoverem a continuidade de cuidados, constituem um contributo importante para o estabelecimento de pontes de ligação entre as duas instituições, contribuindo, deste modo, para a melhoria dos cuidados prestados aos clientes abrangidos pela rede dos cuidados de longa duração. Fruto desta percepção, surgiu a nossa pergunta de investigação:

Como promovem os enfermeiros a articulação de cuidados entre o Hospital e o Centro de Saúde de modo a potenciarem a continuidade de cuidados?

²⁹ Código Deontológico dos enfermeiros, artigo 91º, alínea b).

³⁰ PORTUGAL, Ministério da Saúde; Decreto-Lei nº 437/91, de 8 de Novembro. Diário da República, I Série A, pág., 5724.

Desde o planeamento da alta até aos cuidados domiciliários que as intervenções de enfermagem, são uma tónica sempre presente constituindo um dos factores que poderão influenciar a transição do cliente do hospital para o domicílio. Deste modo, conhecer que cuidados de enfermagem os enfermeiros desenvolvem aquando do interface entre hospital e centro de saúde, parece ser um passo importante para o conhecimento da prática de todo este processo de articulação, bem como para o contributo que a enfermagem pode ter para o estabelecimento desta parceria.

Face a esta problemática, encontramos alguns estudos sobre a promoção da continuidade de cuidados nos cuidados continuados, que muito têm contribuído para a consciencialização das instituições e seus profissionais, da importância da implementação de uma parceria interinstitucional eficaz, para a garantia de cuidados continuados de qualidade. Entre eles, poderemos destacar Jesus, Silva e Andrade (2005), Gala (2003) e Luz (2003), que de comum partilham o facto de salientarem o contributo fundamental da enfermagem para o planeamento adequado da alta e para a partilha de informação entre os profissionais das duas instituições.

É importante também referir que a existência de estudos sobre a articulação de cuidados em outras áreas de enfermagem, nomeadamente na área de Saúde Materna e Obstétrica, têm demonstrado como os clientes atribuem uma importância elevada às acções desenvolvidas pelos enfermeiros para a articulação de cuidados, como são exemplo o trabalho desenvolvido por Pinheiro, Sardo e Henriques (2000) e o de Santos e Silva (2004). Consideram, também, que estas acções se traduzem em benefícios efectivos em termos de qualidade de cuidados prestados.

Acreditamos, deste modo, que um estudo de investigação que vise o papel do enfermeiro na articulação de cuidados na área dos cuidados continuados será importante para a visualização da profissão enquanto profissão autónoma e para a clarificação do papel do enfermeiro na equipa de cuidados continuados.

Neste sentido, pretendemos com este estudo: Reflectir sobre a importância atribuída pelos enfermeiros à articulação dos cuidados de enfermagem entre Hospital e Centro de saúde, bem como ao seu papel na promoção desta articulação, e perseguirá os seguintes objectivos:

- Identificar as acções e as estratégias utilizadas pelos enfermeiros para promover a continuidade de Cuidados de enfermagem na interface entre o Hospital e o Centro de Saúde;
- Identificar os factores que facilitam e/ou inibem a articulação dos cuidados de Enfermagem entre o Hospital e os Centros de Saúde.

2 – OPÇÕES METODOLÓGICAS

2.1 – Tipo de estudo

O que se pretende estudar está intimamente relacionado com a percepção que temos do mundo, o que influencia directamente o tipo de estudo. Esta visão do mundo que nos proporciona linhas mestras que nos guiarão ao longo do nosso trabalho, poderá ser definida como um paradigma. Fortin (1999:21) reportando-se a Quillet refere-se ao paradigma como “(...) um esquema fundamental que orienta a perspectiva que o investigador dá ao seu estudo”.

Bogdan e Biklen (1994:52) complementam esta definição ao salientar que o paradigma consiste “(...) num conjunto aberto de asserções, conceitos ou preposições logicamente relacionadas e que orientam o pensamento e a investigação”.

Fortin (1999) menciona que existem duas escolas de pensamento que concorrem para o desenvolvimento do conhecimento e que geram paradigmas de investigação diferentes: a corrente positivista na qual a realidade é percebida como única e estática, e a corrente naturalista, onde a realidade é múltipla, percebida através de um processo dinâmico.

No caso concreto deste estudo, enquadramo-lo no paradigma naturalista uma vez que pretendemos reflectir sobre a percepção que os enfermeiros têm das suas acções na articulação de cuidados, ou seja, estamos, tal como Fortin (1999) afirma, preocupados com o comportamento humano, a partir do esquema de referência, que neste caso é o dos enfermeiros. Este paradigma que resulta da junção entre conhecimento científico e sociedade, é uma construção dos indivíduos que cooperam na investigação, sendo que Polit, Beck e Hungler (2004) referem que neste paradigma a realidade é múltipla e subjectiva. É o paradigma que valoriza a abordagem do homem no seu todo, integrado num sistema aberto, em constante dinâmica, entrando no campo das actividades subjectivas das escolhas e auto determinação, ou seja, valoriza a subjectividade e estimula a participação do informador.

Assim, de acordo com a natureza do nosso trabalho e dos seus objectivos, consideramos que a abordagem qualitativa seria a mais adequada para recolhermos os dados que pretendíamos, por ser aquela que utiliza métodos capazes de compreender os fenómenos de forma holística, permitindo conhecer em profundidade a riqueza das experiencias dos sujeitos, dentro do seu contexto.

Polit, Beck e Hungler (2004), referem que a pesquisa qualitativa abrange a recolha e a análise sistemática de matérias narrativas mais subjectivas, utilizando procedimentos flexíveis para que o pesquisador controle o menos possível, tentando evidenciar o lado dinâmico, holístico e individual da experiência humana. Neste sentido Bogdan e Biklen (1994) salientam que existem cinco características fundamentais da investigação qualitativa:

- a fonte directa de dados é o ambiente natural, constituindo o investigador o instrumento principal;
- a investigação qualitativa é descritiva;
- os investigadores qualitativos interessam-se mais pelo processo do que simplesmente pelos resultados ou produtos;
- os investigadores qualitativos tendem a analisar os seus dados de forma intuitiva;
- o significado é de importância vital na abordagem qualitativa.

Perante estes pressupostos, e uma vez que o principal objectivo do nosso trabalho é a descrição de um fenómeno relativo à profissão de enfermagem, consideramos o nosso estudo de natureza descritiva, que se impõe à partida pelo facto da abordagem ser qualitativa, pois segundo Fortin (1999), através desta, observa-se, descreve-se, interpreta-se e aprecia-se o meio e o fenómeno tal como se apresentam, sem procurar controlá-los.

Considerámos também tratar-se de um estudo de carácter exploratório, uma vez que os cuidados continuados em Portugal ainda são uma realidade muito recente e pouco explorada, o que vai de encontro ao que Polit, Beck e Hungler (2004) defendem quando referem que os estudos exploratórios acontecem quando uma nova área ou tópico é investigado e fenómenos pouco entendidos são explorados através da abordagem qualitativa.

Segundo as mesmas autoras (2004), o estudo exploratório, tal como o descritivo, iniciam-se por algum fenómeno de interesse, mas em vez de simplesmente observar e registar a incidência de um fenómeno, a pesquisa exploratória busca explorar as dimensões deste fenómeno, a forma como ele se manifesta e outros factores com os quais ele se relaciona. Gil (1999) também refere que nestes estudos o principal objectivo é o da descoberta de intenções e o questionamento de ideias e conceitos, tendo em vista a realização de estudos posteriores, o que consideramos imprescindível para que o projecto dos cuidados continuados seja uma realidade, baseada na cooperação e na interdisciplinabilidade.

2.2 – Contexto e participantes do estudo

No decorrer deste estudo, e precedendo à colheita de dados, tornou-se indispensável perceber o contexto social dos serviços onde se realizaram as entrevistas, bem como os critérios que nos levaram aos participantes do nosso estudo.

Neste sentido, o HDES é um hospital central, tendo como área de influência o grupo oriental do arquipélago dos Açores, nomeadamente ilhas de Santa Maria e São Miguel, oferecendo, também, assistência mais especializada à população das restantes sete ilhas do arquipélago, por ser a unidade hospitalar que detêm perfil assistencial com maior grau de diferenciação.

Possui quatro medicinas denominadas de I, II, III e IV, sendo que as medicinas I e II abrangem todos os clientes com diagnósticos médicos de medicina interna; a medicina III ocupa-se das especialidades de dermatologia, reumatologia, endocrinologia, gastroenterologia e oncologia; e a medicina IV assiste os clientes com patologias do foro neurológico e nefrológico.

Cada um destes serviços é dotado de uma equipa de enfermagem chefiado por uma enfermeira chefe, sendo que o método de trabalho em vigor é o individual. Nos turnos da manhã, trabalham em média cinco enfermeiros por medicina, nas tardes três e nas noites dois elementos. Possuem uma lotação de 27 camas que, aquando da colheita de dados, na sua totalidade se encontravam preenchidas com clientes, cuja proveniência era a do serviço de urgência. A média de idades dos doentes internados nestes serviços ronda os 66 anos de idades e, na sua maioria, apresentam níveis de dependência de moderado a elevado.

O CSPD tem como área de influência os concelhos de Ponta Delgada e de Lagoa, abrangendo na sua totalidade 29 freguesias, das quais 26 são do perímetro urbano e 3 inseridas na parte central da cidade de Ponta Delgada, capital administrativa do arquipélago dos Açores.

A sua unidade de cuidados domiciliários integrados – unidade pioneira na Região Autónoma dos Açores – abrange a mesma área geográfica do CSPD, com um horário de funcionamento das 08:30 às 15:30 e das 14 às 21 horas. Os cuidados de saúde são prestados todos os dias, incluindo fins-de-semana e feriados, garantidos por cinco equipas de enfermagem disponíveis para a prestação de cuidados aos clientes que, os solicitam e que utilizam viaturas adaptadas para o transporte do material necessário para a prestação de cuidados e para a recolha dos resíduos de risco biológico. Conta com

uma equipa multidisciplinar constituída por 16 enfermeiros, três médicos em tempo parcial, uma técnica de acção social, uma auxiliar de apoio e vigilância e um motorista.

Actualmente, são beneficiários desta unidade 210 pessoas dependentes, 132 das quais com dependência total e 78 com dependência grave, sendo, então, o objectivo desta unidade o de prestar cuidados de saúde de forma contínua e sistemática, com vista a manter a continuidade de cuidados no âmbito dos cuidados continuados. Assim, os cuidados prestados abrange o controlo de valores da tensão arterial e de glicemia nos doentes crónicos (diabéticos e/ou hipertensos), prevenção de doenças cérebro-cardiovasculares e do aparecimento de feridas, equilíbrio dos défices de nutrição e hidratação, intervenção em situação de quedas ou outras situações decorrentes da imobilização e tratamento de feridas.

Um estudo de investigação tem obrigatoriamente de definir a população à qual se destina o estudo, sendo que Fortin (1999:133) menciona que “além de escolher sujeitos de uma população definida, o investigador considera o método de amostragem apropriado e o tamanho da amostra”.

Para Streubert e Carpenter (2002), os indivíduos são seleccionados para participar na investigação qualitativa, tendo em conta a sua experiência, a sua cultura, a interacção social ou fenómeno de interesse, ou seja, na investigação qualitativa a informação é obtida a partir de pessoas que têm especial conhecimento sobre o assunto. Os mesmos autores, socorrendo-se de Lincoln, Guba e Patton, denominam este tipo de amostragem como amostra de natureza intencional, sendo esta a que utilizamos neste estudo, pois seleccionamos participantes com experiência no fenómeno em estudo, permitindo a compreensão do mesmo em profundidade. Neste tipo de estudos, e de acordo com Fortin (1999), devem evitar-se amostras grandes, pois geram um amontoado de dados, difícil de analisar, pois o mais importante é a qualidade dos dados e não o número de participantes, se bem que importa que sejam bons informantes, capazes de falar sobre a sua experiência e partilhá-la com o investigador.

Neste sentido, definimos como informantes, os enfermeiros do HDES e os enfermeiros do CSPD. Desta população, importa estudar os sujeitos que realmente têm experiência em prestar cuidados a clientes com necessidades de cuidados continuados. Assim, para seleccionarmos os nossos participantes, estabelecemos critérios de elegibilidade que Polit, Beck e Hungler (2004) definem como os critérios utilizados para designar os atributos específicos da população que se deseja estudar e através das quais são seleccionados os sujeitos do estudo.

Neste sentido, definimos como critérios de elegibilidade:

- Os enfermeiros a desempenhar funções nos serviços de Medicina I, II, III, IV do HDES, uma vez que são os serviços onde a prevalência de idosos dependentes e de doenças crónico-degenerativas, em situação de descompensação, é maior, exigindo um cuidado continuado a quando da alta para o domicílio;
- Os enfermeiros das respectivas medicinas, que têm um horário fixo de manhãs (8-16h), uma vez que é neste período que na maioria das vezes as altas ocorrem;
- Os enfermeiros do CSPD, que irão integrar a Unidade de Cuidados Continuados;
- Os enfermeiros que trabalham há dois ou mais anos nos serviços anteriormente referidos. De salientar que este último critério tem em conta, tal como Benner (2005) afirma o facto dos enfermeiros principiantes ainda não terem a experiência que as pessoas esperam que possuem nem terem a habilidade para fazer um julgamento isento;
- Que aceitem participar no estudo, após terem sido devidamente esclarecidos, acerca da finalidade do mesmo.

Assim, foram entrevistados todos os elementos que cumpriram os critérios de elegibilidade previamente estabelecidos que, no caso das medicinas, foram seis elementos, sendo que, no caso da unidade de cuidados domiciliários, o número de entrevistados foi o mesmo.

2.3 – Procedimentos para a colheita de dados

A recolha de dados é uma etapa necessária num trabalho de investigação. Esta é fulcral na medida em que fornece a informação necessária para dar resposta à pergunta de partida e para alcançar os objectivos formulados. Qualquer pesquisa necessita de uma base de dados que, segundo Bogdan e Biklen (1994), corresponde aos materiais não trabalhados, colhidos pelo investigador do Universo que se encontra a estudar, constituindo, deste modo, a base de análise.

Uma vez que existem diferentes formas de recolha de dados, é da responsabilidade do investigador escolher a que melhor se adapta ao objectivo do estudo e às questões colocadas, Fortin (1999) salienta ser o investigador quem deve decidir qual o tipo de instrumento de medida que melhor se adapta ao objectivo do estudo, às hipóteses formuladas e às questões colocadas. Segundo Fortin (1999) o investigador antes de iniciar a colheita de dados deve conhecer os variados instrumentos de que dispõe, as vantagens e os inconvenientes de cada um deles, e ao mesmo tempo, deve ter em atenção o nível da questão de investigação.

O mesmo autor (1999) menciona que num estudo exploratório-descritivo, onde o pesquisador pretende colher e descrever o maior número de informação possível, de forma a abranger os diferentes aspectos do fenómeno que se pretende estudar, os métodos de colheita de dados mais utilizados são a observação, as entrevistas não-estruturadas ou semi-estruturadas, os questionários semi-estruturados e o material de registo.

Neste sentido, e tendo em conta a natureza desta pesquisa e seus objectivos, o método de recolha de dados que utilizamos foi a entrevista que no entender de Patton (1990) é o instrumento ideal quando se pretende conhecer a perspectiva dos entrevistados, uma vez que, tal como Bogdan e Biklen (1994) referem, esta serve para compilar dados narrados na linguagem do próprio sujeito, permitindo ao investigador expor minuciosamente, de modo intuitivo, um pensamento sobre a forma como os sujeitos interpretam aspectos do mundo.

Fortin (1999) estabelece dois tipos de entrevistas: a estruturada ou uniformizada e a não-estruturada ou não uniformizada, sendo esta última a adoptada para o nosso trabalho, uma vez que é aquela em que o entrevistador é livre de formular e sequenciar as questões.

O mesmo autor considera que a entrevista não-estruturada pode ser dividida em entrevista parcialmente estruturada ou inteiramente não estruturada. Segundo Bogdan e Biklen (1994) através da entrevista parcialmente estruturada fica-se com a convicção de se obter dados semelhantes entre os múltiplos sujeitos. Fortin (1999) refere que nesta entrevista o investigador apresenta uma lista de assuntos que pretende abranger, a partir desta elabora questões e apresenta-as ao informante segundo a ordem que lhe convém. Bell (1997) também menciona que na entrevista semi-estruturada o entrevistador dá liberdade ao entrevistado para falar sobre o que é importante para ele e exprimir as suas opiniões empregando uma estrutura flexível, de forma a que sejam abordados todos os tópicos essenciais. Neste caso, o entrevistado pode mover-se livremente de um tópico para o outro e o diálogo flui sem interrupções.

Face ao exposto consideramos que a entrevista semi-estruturada seria a que melhor se enquadrava no nosso tipo de estudo, uma vez que, tal como refere Patton (1990), numa entrevista semi-estruturada o entrevistador recorre a tópicos que estabelece previamente. Elaboramos, por isso, um guião de entrevista que o mesmo autor (1990) define como uma lista de questões que se pretende explorar no decorrer da entrevista.

Uma vez que abordamos duas amostras pertencentes a contextos diferentes, elaboramos dois guiões de entrevista (Anexo I e Anexo II), que, embora similares, tiveram em conta as particularidades de cada amostra.

Para garantir que as questões colocadas aos entrevistados respondessem aos objectivos pré-definidos, definimos tópicos de modo a permitir-nos o desenrolar de uma conversa espontânea.

Bell (1997) menciona que o investigador deverá examinar criticamente o método de colheita de dados com o objectivo de verificar até que ponto é fiável e válido. Assim, sujeitamos os nossos guiões à apreciação de uma juíza, com experiência em investigação, na área dos cuidados de enfermagem às pessoas idosas, tendo-se efectuado algumas alterações nos respectivos guiões com o intuito de adequar melhor as questões aos objectivos do estudo.

Efectuou-se posteriormente duas entrevistas de experimentação (a um enfermeiro do serviço de Medicina do HDES e a um enfermeiro do CSPD), para aferição do guião de entrevista, com o intuito de testar a clareza e o grau de compreensão das questões, dando origem ao guião definitivo.

Quivy e Campenhoudt (1998) consideram ser essencial que a entrevista seja gravada. Bogdan e Biklen (1994) também defendem que, quando as entrevistas são extensas ou então quando esta é a principal técnica de estudo, a sua gravação é a melhor forma de evitar a perda de informações importantes. Atendendo ao defendido, consideramos importante utilizar o gravador, nas entrevistas, para tal, e previamente, obtivemos a autorização dos entrevistados, garantindo-se, no entanto, toda a confidencialidade no que respeita à sua identidade.

2.4 – Procedimentos para o tratamento e análise de dados

Após qualquer colheita de dados impõe-se a necessidade de registá-los, analisá-los e interpretá-los, isto porque, e como refere Bell (1997), os dados colhidos têm pouco significado até serem analisados e avaliados.

Para Fortin (1999), a análise de dados é a forma pela qual o investigador se orienta na sua amostragem fornecendo-lhe pistas sobre o que lhe resta encontrar relativamente ao fenómeno em estudo durante o processo de colheita de dados. Polit, Beck e Hungler (2004) mencionam também que o objectivo da análise de dados é

organizar, estruturar e extrair significados dos dados, de forma a ser possível tirar algumas conclusões gerais a comunicar no relatório.

O método de análise que iremos utilizar no nosso estudo será o método da análise comparativa constante. Strauss e Corbin (1998) mencionam que este método muitas vezes é utilizado quando se pretende compreender um fenómeno, ou incidente de diferentes formas. Assim, pareceu-nos ser um método de análise que se enquadraria no nosso estudo, uma vez que pretendemos conhecer o fenómeno em dois contextos diferentes: o contexto Hospitalar e o contexto do Centro de Saúde. Bogdan e Biklen (1994), reportando-se a Glaser e Biklen, também mencionam este é um método utilizado quando existem fontes múltiplas de dados, que no caso do nosso estudo foram as entrevistas realizadas aos enfermeiros dos serviços de medicina do Hospital do Divino Espírito Santo e as entrevistas aos enfermeiros do Centro de Saúde de Ponta Delgada.

Segundo Streubert e Carpenter (2002:117) este método "(...) combina um procedimento analítico de comparação constante com um procedimento de código explícito para os dados colhidos." Os mesmos autores (2002) citando Glaser e Strauss referem que este método de análise centra-se no processo de produção, indicando variadas categorias, propriedades e hipóteses sobre problemas gerais.

Fortin (1999) refere que antes da análise e interpretação propriamente dita, há uma fase de organização de dados que, no nosso caso, esta fase constitui, após a realização das entrevistas, na transcrição e leitura das mesmas (Anexo III – transcrição de uma entrevista a título exemplificativo). De salientar que foram atribuídas iniciais e números no sentido de identificar as entrevistas. Relativamente às entrevistas das enfermeiras do Hospital atribuiu-se a letra H e um número (de 1 a 6) podendo ler-se EHn; às entrevistas das enfermeiras do Centro de Saúde atribuiu-se a letra C e um número de (1 a 6) podendo ler-se ECn.

O passo seguinte da análise foi a codificação dos dados, que segundo Fortin (1999), ocorre a três níveis: aberta, axial e selectiva.

Neste sentido o passo inicial foi a codificação aberta que o mesmo autor (1999) refere ser o processo analítico através do qual os dados são analisados, linha por linha e são identificados os conceitos lá existentes, bem como as suas propriedades e dimensões.

Assim procedeu-se à leitura do corpus de análise, que Bardin (1995) define como sendo o agregado de documentos levados em consideração para serem submetidos às acções analíticas. De salientar que esta leitura incidiu-se inicialmente apenas sobre um dos grupos entrevistados, passando posteriormente para o grupo seguinte, isto porque, a ideia da confrontação dos resultados entre os dois grupos de dados era um dos

objectivos da análise. A análise do corpus das entrevistas foi efectuada linha a linha, parágrafo a parágrafo resultando em códigos. Segundo Stern, citado por Carpenter e Streubert (2002) nesta fase de codificação os códigos são denominados de códigos substantivos, uma vez que codificam a substância dos dados, utilizando-se normalmente as palavras dos próprios participantes nesta codificação.

Neste sentido e após a transcrição dos dados procedeu-se à análise da seguinte forma: desenhou-se duas tabelas em que numa coluna transcreveu-se a entrevista e na outra a correspondente codificação (Figura 1).

Figura 1: Exemplo da transcrição das entrevistas e respectiva codificação

| Codificação | Entrevista |
|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Contacto telefónico | <u>Nós muitas vezes quando necessitamos de alguma</u> |
| Contacto com as enfermeiras para colher dados | <u>informação telefonamos</u> para o hospital, para o internamento, <u>e falamos com as colegas, se houver necessidade dentro da</u> |
| Mobilizador de recursos | <u>equipa nós mobilizamos também as colegas e os apoios que</u> |
| Desresponsabilização de outros profissionais | <u>temos. Infelizmente muitas vezes o apoio médico é difícil, uma</u> |
| Envolvimento da enfermeira de saúde mental e psiquiátrica | <u>vez que a maioria dos médicos de família não fazem visitação</u> |
| | <u>domiciliária, temos acompanhamento da parte de a enfermeira</u> |
| | <u>de saúde mental que quando há necessidade ela também</u> |
| | <u>trabalha connosco, é na sua maioria é isso.</u> |

Ao longo da análise procedemos também à elaboração de memorandos que consistem em comentários e reflexões sobre os dados. Por dificuldade em analisar linha a linha determinados extractos de entrevistas, alguns destes memos foram efectuados na *codificação aberta tendo como objectivo explicitar a ideia principal contida nos mesmos, como se pode observar no exemplo apresentado abaixo.*

EC2

“Quando o doente é admitido, se o doente faz parte das listas dos médicos do Centro de Saúde, temos contacto com o médico, aliás vem sempre uma carta dirigida ao médico de família que ela á entregue ao médico e... pronto, ele fica logo a tomar conhecimento da situação. Se é um utente que não pertence às listas de Unidade de Saúde dos médicos

da Unidade de saúde, geralmente não temos... não temos contacto com nenhum médico. A não ser que a família... a não ser que seja por intermédio da família, se precisa de alguma coisa nós dizemos à família “olhe nós achamos que esta ferida tá muito infectada, precisa de Antibiótico, vá falar com o médico lá no Hospital assim e assado, diga que nós dissemos assim e assado” e eles às vezes vão... por vezes. Mas nós só falamos com os nossos... com os médicos de família.”

Memorando: A enfermeira normalmente quando um cliente é admitido na unidade contacta com o médico de família deste utente, contacto este que é incrementado com a existência de uma carta médica proveniente do hospital. Na inexistência de médico de família, (situação, infelizmente muito frequente nas nossas unidades de saúde), a enfermeira encaminha a família para o Hospital para que o cliente tenha o cuidado diferenciado de que necessita. Nesta situação a enfermeira utiliza a família como instrumento de articulação entre os cuidados primários e os cuidados diferenciados. Parece-nos existir uma barreira entre os cuidados hospitalares e os cuidados primários, que a enfermeira tenta transpor com a ajuda da família, sendo este o meio de articulação utilizado para que o cliente seja observado. A relação entre profissionais de saúde neste caso entre médicos e enfermeiros parece estar relacionada com o contexto de cuidados

Após esta fase procedeu-se, à criação de unidades de significação que traduziam uma única ideia e à comparação entres as diferentes unidades na tentativa de descobrir características e relações entre elas o que implica a utilização do método comparativo constante. Esta comparação deu origem à elaboração do conjunto dos primeiros conceitos que nos permitiram passar à etapa seguinte: a codificação axial (figura 2).

Figura 2: Exemplo da codificação axial

| Códigos | Categoria |
|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| Apoiar e Orientar a família | Acções autónomas de enfermagem |
| Informar a família | |
| Colheita de dados | |
| Avaliação das necessidades (para elaboração do Plano de cuidados) | |
| Envolvimento da família nos cuidados | |

Segundo Streubert e Carpenter (2002) esta etapa, também denominada de categorização, é um processo que consiste em comparar os dados codificados anteriormente, agrupando-os em categorias e relacionando-as entre si e com outras subcategorias. Bardin (1995) descreve categorização como uma operação de classificação de elementos que constituem um conjunto, por diferenciação e seguidamente por reagrupamento, segundo o género, com os critérios previamente definidos.

Lopes (2006:136) menciona que a codificação axial envolve algumas tarefas essenciais, tais como:

- Por em evidência as propriedades de uma categoria e as suas dimensões, uma função que começa na codificação aberta,
- Identificar a diversidade de condições, acções/interacções e consequências associadas ao fenómeno;
- Relacionar uma categoria com a sua subcategoria através de afirmações que evidenciem como é que estão relacionadas umas com as outras;
- Olhar para as deixas nos dados que denotam como é que as categorias principais podem relacionar-se entre si.

Após a realização destas acções, pude dar início à codificação selectiva que Fortin (1999) descreve como o processo de reagrupamento de categorias no sentido de construir uma categoria principal através da qual se agrupa as outras categorias. O mesmo autor (1999:314), citando Prailé, menciona que este processo se traduz "(...) numa construção minuciosa e exaustiva da multidimensionalidade e da multicausalidade do fenómeno estudado".

Para facilitar o processo de codificação selectiva Strauss e Corbin (1998) descrevem um conjunto de diferentes técnicas que utilizamos nesta fase, nomeadamente: os diagramas, o movimento da descrição para a conceitualização e a escrita do enredo.

Os diagramas são instrumentos muito úteis neste processo, pois possibilita-nos ter uma perspectiva mais abrangente das relações, uma vez que permite-nos distanciarmo-nos dos dados, forçando-nos a trabalhar com conceitos. Esta estratégia traduziu-se na construção de esquemas de conceitos e subconceitos, demonstrando e identificando as relações entre eles.

A estratégia utilizada a seguir foi o *movimento da descrição para a conceitualização*, que se traduziu na escolha das ideias principais e na definição das suas relações com os outros conceitos.

A última técnica que utilizamos foi a *escrita do enredo*, esta consistiu na escrita descritiva do que pensamos ser o fenómeno que estudamos, ou seja, a partir dos conceitos identificados e das relações estabelecidas criamos um enredo do que parecia estar a acontecer relativamente àquele fenómeno.

Terminada a codificação selectiva ficamos com uma estrutura explicativa do fenómeno em estudo, seguindo-se a fase que Lopes (2006: 140), citando Pandit, descreve como sendo a “fase de comparação com a literatura”, onde se procede à comparação dos resultados da análise, com a revisão efectuada à literatura existente, sobre os conceitos emergentes.

2.5 – Previsão dos procedimentos éticos

Ao serem efectuadas pesquisas em enfermagem, geralmente os sujeitos da investigação são pessoas, por isso, o investigador necessita assegurar com muita precaução que os seus direitos sejam respeitados. Deste modo, qualquer trabalho de investigação a ser realizado, implica por parte do investigador, um profundo conhecimento e respeito pelos Direitos do Homem, bem como dos aspectos éticos e morais, de modo a garantir que a individualidade humana seja preservada.

Um dos códigos de ética elaborado e reconhecido internacionalmente é o relatório de Belmont, aprovado em 1978. Segundo Polit e Hungler (2004:84) “O relatório de Belmont articulou três princípios éticos principais, nos quais se baseiam os padrões de conduta em pesquisa: beneficência, respeito à dignidade humana e justiça.”

O princípio da beneficência estabelece que acima de tudo, não seja causado qualquer dano físico ou psíquico ao participante no estudo.

O princípio do respeito pela dignidade humana inclui: o direito à auto-determinação, em que o participante decide livremente se quer participar, podendo desistir a qualquer momento; o direito à revelação completa significa que o participante tem o direito a ser informado sobre a natureza do estudo.

O princípio da justiça, que garante ao participante o direito à sua privacidade.

Assim, para garantir que estes princípios fossem respeitados, efectuamos alguns procedimentos no decorrer do estudo:

- Enviamos um pedido de autorização por escrito aos Conselhos de Administração do HDES e do CSPD, para realizar as entrevistas aos enfermeiros dos serviços de Medicina e do Centro de Saúde de Ponta Delgada; (Anexo IV),

- Iniciamos a colheita de dados após a autorização das referidas instituições, para a realização do estudo, (Anexo V);
- Informamos os participantes sobre o carácter do estudo;
- Entregamos aos possíveis participantes do estudo, consentimento informado escrito, onde está referido os objectivos e a finalidade do estudo, os benefícios da sua participação, previsão de ausência de danos psicológicos ou efeitos colaterais, garantia de confidencialidade das informações fornecidas, forma como decorrerá a entrevista, bem como o direito à recusa ou desistência em qualquer fase do trabalho (Anexo VI);
- Facultamos o nosso contacto telefónico, a fim de prestar esclarecimentos relativos ao nosso estudo, sempre que o entrevistado necessite;
- Respeitamos todas as decisões dos informantes, inclusive a de colaborar ou não no estudo, ou desistirem durante a elaboração do mesmo.

CAPITULO II – ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

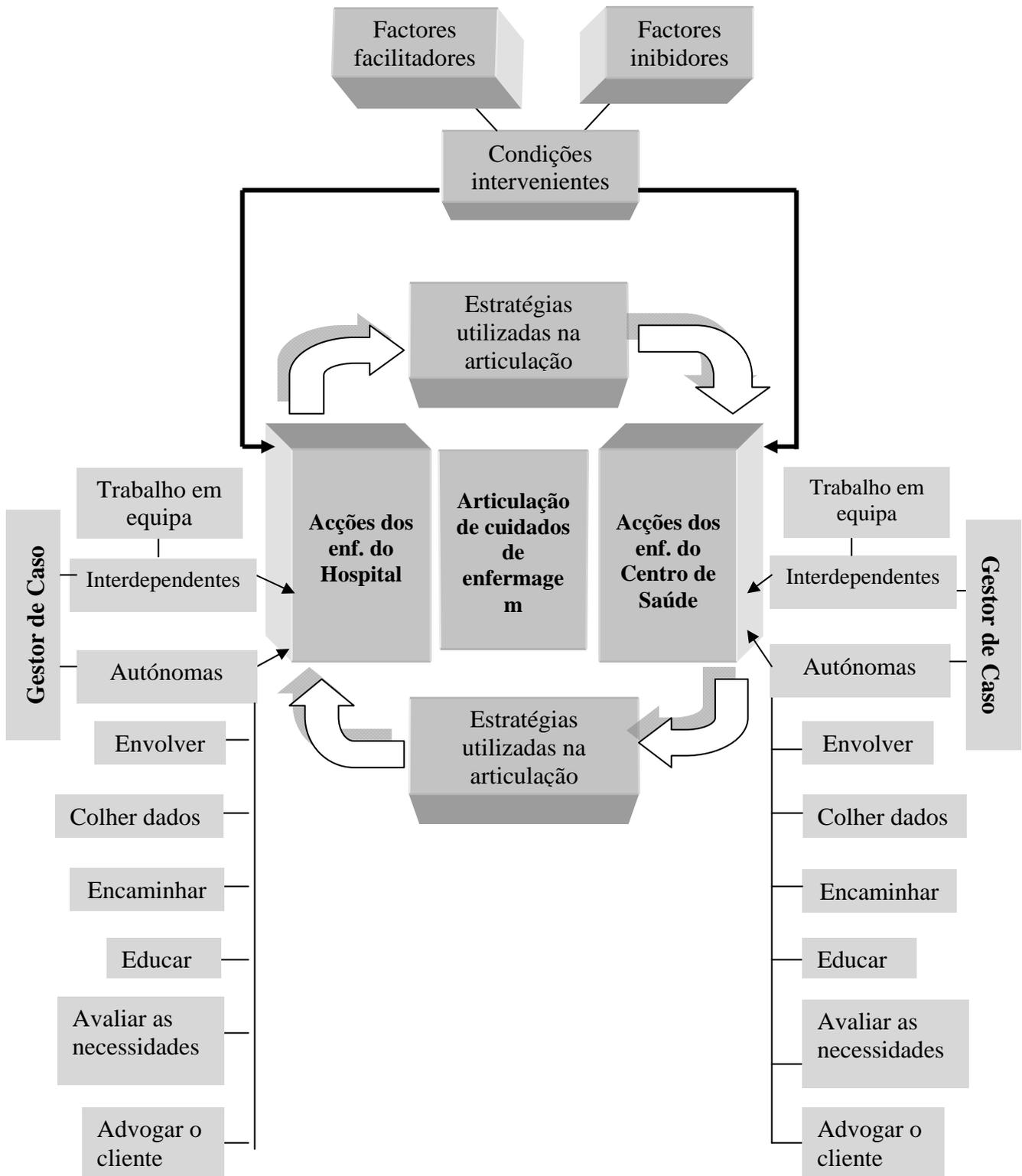
Pretende-se neste capítulo proceder à apresentação, análise e discussão dos dados. Para melhor compreender os resultados importa recordar a questão norteadora deste estudo: **Como promovem os enfermeiros a articulação de cuidados entre o Hospital e o Centro de Saúde de modo a potenciarem a continuidade de cuidados?**

Deste modo, pretendíamos compreender e conhecer que cuidados os enfermeiros desenvolvem aquando do interface entre Hospital e Centro de Saúde, pelo que organizámos a nossa reflexão à volta de dois pilares:

- a) O conteúdo das entrevistas semi-estruturadas às enfermeiras do serviço de medicinas do Hospital Divino Espírito Santo;
- b) O conteúdo das entrevistas semi-estruturadas às enfermeiras da unidade de cuidados continuados do Centro de Saúde de Ponta Delgada.

Os resultados revelados incidiram à volta de dois fenómenos interactivos, ou seja, fenómenos que exercem entre si influência mútua: acções dos enfermeiros do Centro de Saúde e acções dos enfermeiros do Hospital promotoras da continuidade de cuidados aquando do interface entre o Hospital e o Centro de Saúde. O processo de análise permitiu a identificação de temas, que serão descritos de seguida, relativamente aos fenómenos já referidos. Assim, apresentaremos inicialmente o diagrama final (figura 3), sendo que, posteriormente, apresentaremos cada resposta individualmente:

Figura 3: Diagrama Final



As setas significam que, uma vez que os comportamentos da fonte não ocorrem independentemente dos comportamentos do receptor ou vice-versa, em qualquer situação de comunicação, fonte e receptor são interdependentes. Esquematizamos esta interdependência em forma de setas uma vez que as **acções dos enfermeiros do Hospital e dos enfermeiros do Centro de Saúde** influenciam-se mutuamente, influenciando, deste modo, a articulação dos cuidados de enfermagem.

A articulação de cuidados de enfermagem constitui-se como um factor preponderante para que a continuidade de cuidados seja garantida. Aquando do interface entre Centro de Saúde e Hospital, os enfermeiros a desempenhar funções em ambas as instituições, desenvolvem acções no sentido de garantir que os cuidados prestados, aquando da mudança de prestadores, sejam continuados.

Lyon (1990) salienta que a enfermagem pode actuar na prática de duas formas: com uma abordagem autónoma, não necessitando de qualquer consentimento para actuar; e com uma abordagem médica que implica a partilha de decisão com outros profissionais. Seguindo esta linha de pensamento a Ordem dos Enfermeiros (2004) considera que as acções de enfermagem são constituídas por intervenções autónomas e intervenções interdependentes. Por intervenções autónomas a Ordem dos Enfermeiros (2004) considera todas as acções que são realizadas pelos enfermeiros segundo a sua única e exclusiva responsabilidade, quer seja na gestão, na formação ou na prestação de cuidados; as intervenções interdependentes são definidas pela Ordem dos Enfermeiros (2004) como sendo todas as acções realizadas pelos enfermeiros em conjunto com outros profissionais tendo em vista um objectivo comum.

Neste sentido, e tendo em conta os resultados da análise agrupamos as acções, em autónomas e em interdependentes. Para compreendermos melhor todo este processo optamos por apresentar os dados recorrendo à apresentação de diagramas (onde identificamos os fenómenos, as categorias e subcategorias resultantes), que consideramos de grande ajuda, uma vez que nos permitiram reflectir sobre a lógica do fenómeno e suas inter-relações (Lopes, 2003).

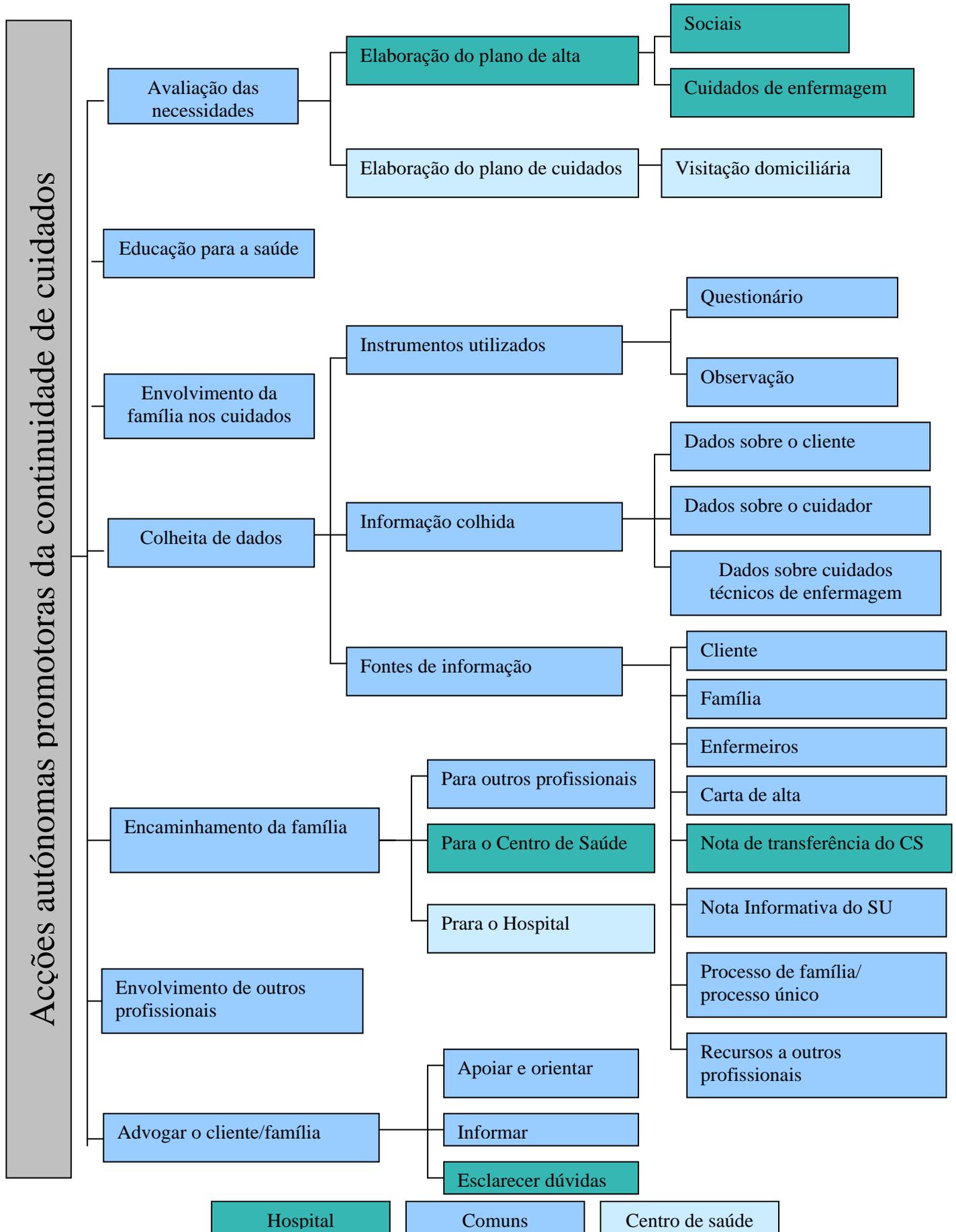
Assim, ao longo da discussão dos dados, e no início da análise e discussão de cada uma das categorias, serão apresentados diagramas em que se podem observar a forma como as subcategorias estão distribuídas. Uma vez que os diagramas resultam da comparação dos dados obtidos através da análise das entrevistas efectuadas, houve necessidade de estabelecer diferenças para distinguir quais as subcategorias apontadas apenas pelos enfermeiros do hospital, quais as apontadas unicamente pelos enfermeiros da unidade de cuidados domiciliários continuados e as que foram apontadas por ambos grupos de enfermeiros. Assim, optou-se por recorrer a cores diferentes para proceder a

essa distinção. Neste sentido de azul celeste estarão identificadas as subcategorias apenas apontadas pelos enfermeiros do hospital, a azul-bebé as subcategorias apontadas simplesmente pelos enfermeiros do centro de saúde e a azul pálido as subcategorias apontadas quer pelos enfermeiros do hospital quer pelos do centro de saúde.

1 – ACÇÕES AUTÓNOMAS DOS ENFERMEIROS PROMOTORAS DA CONTINUIDADE DE CUIDADOS

Como acções autónomas denominamos as acções desenvolvidas, por iniciativa dos enfermeiros, dos serviços de medicina do Hospital e do serviço de cuidados domiciliários do Centro de Saúde, que contribuem para a continuidade dos cuidados prestados, quer aquando da admissão do cliente nos respectivos serviços, quer aquando da transferência do cliente para o Centro de Saúde ou para o Hospital. Na figura 4, podemos encontrar, sistematizadas, as acções autónomas promotoras da continuidade de cuidados.

Figura 4: Acções autónomas promotoras da continuidade de cuidados



1.1 - Avaliação das necessidades

A categoria **Avaliação das necessidades** surgiu em sequência das respostas dos dois grupos de enfermeiros questionados no que diz respeito às acções que desenvolvem no sentido de garantirem a continuidade dos cuidados aquando da relação entre Hospital e Centro de Saúde. Prestar cuidados pressupõe falar sempre em planear os cuidados, o que implica sempre uma avaliação da condição do cliente. Sem uma avaliação das necessidades não estamos a prestar cuidados, estamos a limitar-nos a efectuar tarefas. Neste sentido, ao referirem esta acção parece-nos que os enfermeiros reconhecem esta importância. Todavia enfermeiros do Hospital e enfermeiros do Centro de Saúde avaliam as necessidades tendo em vista objectivos diferentes. Se por um lado os enfermeiros das medicinas mencionam a avaliação das necessidades para a **elaboração do plano de alta**, por outro, os enfermeiros da unidade de cuidados domiciliários reportam-se a avaliação das necessidades para a **elaboração do plano de cuidados** no domicílio, como podemos constatar pelos seguintes excertos:

EH5 – “ (...) e conseguimos avaliar qual os cuidados que irá necessitar no domicilio, (...)”.

EC2 – “ Por exemplo, se me chega um familiar a dizer: “Olhe o meu pai ou a minha mãe tem uma ferida aqui ou acolá, eu gostava que visse...” é a mesma coisa; vamos lá, fazemos uma primeira avaliação, se nós vimos que é uma situação para continuarmos a ir, estipulamos o plano de cuidados.”.

Jesus, Silva e Andrade (2005) mencionam que a avaliação inicial das necessidades do cliente aquando da admissão permite prever as necessidades futuras que aquele cliente terá no domicílio. Os mesmos autores (2005:28) mencionam que “a avaliação completa do utente aquando da alta permite ao enfermeiro e à equipa de assistência domiciliária compreender melhor as suas necessidades e em função delas estabelecer prioridades de actuação (...)”.

Smith e Sands (2003) mencionam que a **avaliação das necessidades no planeamento da alta** inclui uma avaliação do ambiente domiciliário, das necessidades de ensino, da situação financeira da família e cliente, avaliação das reacções emocionais, dos sistemas de apoio e avaliação das necessidades em termos de cuidados. Foram estas duas últimas avaliações que os enfermeiros das medicinas mencionaram como

sendo uma prioridade aquando do planeamento da alta. Assim avaliam as **Necessidades sociais do cliente** e as **Necessidades de cuidados de enfermagem**:

EH5 – “ *O levantamento dos doentes que vão precisar de apoio social no domicílio é feito aquando da admissão, muitas vezes a gente detecta esta necessidade por parte dos doentes (...)*”;

EH1 – “ *São normalmente doentes com AVC que são dependentes e nós conseguimos antecipadamente saber se vão ou não precisar de cuidados de enfermagem, (...)*”.

Relativamente aos enfermeiros da unidade de cuidados domiciliários dos cuidados continuados, referem que para a **elaboração do plano de cuidados**, a **Visitação Domiciliária**, constitui o passo mais importante para conseguir avaliar as necessidades do cliente e família no domicílio;

EC1 – “ *(...) nós vamos à casa do cliente para fazer uma primeira visitação domiciliária para fazer uma avaliação da situação.*”;

EC2 – “ *(...) sempre que possível faz-se uma visitação domiciliária para nos inteirarmos da situação para averiguarmos quais são as condições e com que regularidade é preciso voltarmos lá.*”;

Para Navalhas (2003:7) a visitação domiciliária tem como “objectivo geral, prestar cuidados de enfermagem directamente ao indivíduo e família como um todo, no seu próprio ambiente tendo em vista o grau mais elevado possível de saúde”. O mesmo autor (2003) refere que a visitação domiciliária apresenta variadas vantagens entre elas destacamos: identificar os recursos e problemas da família e identificar as necessidades do cliente no seu meio. Deste modo, Baltar *et al* (2000) consideram fundamental que a enfermeira dos cuidados de saúde primários deve efectuar uma primeira visitação domiciliária para delinear o seu plano de cuidados. A visitação domiciliária constitui assim o instrumento mais indicado para conseguir avaliar as necessidades do indivíduo e família no domicílio, o que vai de encontro aos excertos das entrevistas apresentados anteriormente.

1.2 - Educar para a saúde

A enfermagem ao longo do seu percurso, tem sido entendida como uma profissão que educa para a saúde, pois sua função está ligada à responsabilidade de educar. Patrícia Benner (2005) no seu livro intitulado “De iniciado a perito” salienta a função de educação que o enfermeiro deverá desenvolver na prestação dos seus cuidados. Desta forma, é necessário que o enfermeiro se consciencialize da importância que desempenha, adaptando-se às tendências do momento actual, e às necessidades dos clientes e suas famílias.

De entre as diversas necessidades sentidas pelos clientes e prestadores de cuidados, as necessidades em termos educativos constituem-se numa prioridade para a continuidade dos cuidados, pelo que os enfermeiros deverão realizar **Educação para a Saúde**, para que o cliente e sua família adquirirem conhecimentos para a resolução de problemas que poderão surgir no domicílio, após a alta hospitalar. Os excertos seguintes denotam a preocupação que os enfermeiros das medicinas demonstram ao efectuar ensinamentos ao cliente/família durante o internamento do cliente no seu serviço:

EH2 – “ (...), normalmente temos a preocupação de, antecipadamente, chamar a família de ir fazendo o ensino, o da alimentação por gavagem, como se manipula a seringa, os cuidados com a sonda isso a gente faz e fazemos antecipadamente, mesmo em relação aos diabéticos com a manipulação do aparelho de avaliação da glicemia capilar da caneta, isso a gente vai fazendo gradualmente, (...)”

EH3 – “ Nós também vamos fazendo alguns ensinamentos, mesmo sobre os levantes dos doentes, as mobilizações, (...)”

Mas a educação para a saúde não se resume apenas aos cuidados no hospital, a educação para a saúde desempenha um papel fundamental na prestação dos cuidados de enfermagem no domicílio. Pacheco e Cunha (2006) remetendo-se a Stanhope e Lancaster mencionam que a educação para a saúde constitui-se numa parte vital da enfermagem comunitária, uma vez que a promoção, manutenção e restabelecimento da saúde implica que os clientes e famílias adquiram conhecimentos para que possam agir de acordo com os mesmos. Pereira (2002) também salienta a importância dos clientes e famílias se adaptarem às alterações provocadas pela situação de doença, e de retomarem a capacidade de se auto cuidarem. Segundo esta perspectiva Ferreira *et al*

(2006) também referem que cabe ao enfermeiro o papel de facilitar este processo de aprendizagem que vai permitir a adopção voluntária de comportamentos e de responsabilidades. Esta ideia parece transparecer no excerto seguinte uma vez que o enfermeiro refere que:

EC2 – *“Se vimos que realmente pode ficar para auto cuidado, pois se vemos que não carece da nossa ida lá, informamos, explicamos, ensinamos e deixamos material lá, (...)”*

Paz e Santos (2003) mencionam, que as acções educativas dirigidas à capacitação dos cuidadores informais tornam-se essenciais nos cuidados domiciliários, sendo o ambiente domiciliário o espaço apropriado para realizar os ensinamentos conforme a disponibilidade do cliente e família. Assim, o enfermeiro dos cuidados domiciliários deverá ensinar o cliente/família como gerir as suas necessidades de saúde no domicílio.

A educação para a saúde, independentemente da instituição em que os enfermeiros desempenham as suas funções, constitui-se numa função e competência dos profissionais de enfermagem aprovada e descrita pela Ordem dos Enfermeiros (2004) como a prestação de cuidados a nível da promoção da saúde. Torna-se fundamental que os enfermeiros, independentemente do nível de prestação de cuidados de saúde em que desempenham funções, reconheçam o potencial que possuem no que diz respeito, quer ao seu papel na adaptação dos clientes e suas famílias à sua nova situação, quer ao seu papel como agente de mudança na prestação de cuidados continuados de saúde.

1.3 - Envolvimento da família nos cuidados

A referência ao **Envolvimento da Família** constituiu uma acção referida pelos dois grupos de enfermeiros entrevistados:

EH1 – *“Portanto, se o familiar estiver dependente, envolvemos a família na alta, na alimentação, como preparar a alimentação, se o doente tem disfagia como é que administra a comida, os posicionamentos, (...)”*

EC6 – *“E a família desde o início se for vista como uma parte integrante daquele doente e se for apoiada, nós conseguimos que ela seja uma parte do processo de cuidar. E que*

faça parte deste plano de cuidados. Acho que a família deve participar de entre aquilo tudo que é possível, nós podemos explorar as capacidades de um familiar, nunca esquecendo que é um familiar e que de certa forma está envolvido emocionalmente naquela situação, mas dentro daquilo que podemos explorar, eu acho que sim, porque a família sente-se gratificada quando se sente útil e tem uma atitude oposta, quando se sente posta de lado.”

Jesus, Silva e Andrade (2005: 27-28) mencionam ser “ (...) fundamental que o enfermeiro do internamento e enfermeiro de família promovam o envolvimento do utente e do prestador de cuidados informal nos cuidados (...)”, pois o envolvimento e a presença da família nos cuidados de enfermagem contribuem para que os enfermeiros prestem bons cuidados.

Conceição e Ramos (2004:58) mencionam que a família representa a unidade básica da organização social e constitui o suporte principal de qualquer um dos seus membros, pelo que o seu envolvimento nos cuidados ao seu familiar constitui-se de extrema importância para a implementação de uma relação de parceria eficaz, fundamental para a continuidade e qualidade dos cuidados.

Santos (2002) no estudo que efectuou sobre o envolvimento da família nos cuidados no meio hospitalar identificou as seguintes vantagens: “ (...) a manutenção do vínculo familiar, a participação dos familiares nas tarefas a realizar com o doente, a sua preparação para a continuação dos tratamentos no domicílio e a visibilidade do hospital” (2002:123), o que justifica a importância da presença da família durante o internamento, pois promovem maior confiança, apoio moral e minimizam o sentimento de “abandono” por parte do cliente.

Relativamente aos cuidados prestados no domicílio Garcia (1997) menciona que para a sua concretização é fundamental a responsabilização dos utentes e respectivas famílias, pelo que o seu envolvimento deve ser incentivado. Silva, Ferreira e Formigo (2002: 62) também referem que “Neste contexto de cuidar, a envolvimento da família enquanto cuidador é maior, favorecendo estilos de vida saudáveis que minimizem as situações de dependência.” Assim, os enfermeiros da unidade de cuidados continuados ao envolver a família nos cuidados estão a colocar a família no centro do sistema de prestação de cuidados de saúde, o que nos parece ir de encontro à filosofia de um cuidado continuado centrado na visão global da pessoa.

1.4 - Colheita de dados

A categoria **Colheita de dados** surge como uma das acções primordiais dos enfermeiros aquando da admissão do cliente, quer no serviço de medicinas, quer na unidade de cuidados continuados:

EH5, L1 – *“Portanto, em primeiro lugar procedemos à colheita de dados, (...)”*

EC4 – *“ (...) temos um instrumento de colheita de dados aqui da nossa unidade, que utilizamos, e começamos a fazer a nossa colheita, (...)”*

Hermida e Araújo (2006) mencionam que a fase de colheita de dados tem sido apontada como a base fundamental de todo o processo de cuidados de enfermagem. De facto a colheita de dados constitui o início da relação entre enfermeiro-cliente, constituindo-se, deste modo, num momento extremamente importante para todo o processo de prestação de cuidados.

McDonough (1998:487) menciona que “ (...) a avaliação inicial de enfermagem requer uma colheita de dados completa para ajudar a uma boa prestação de cuidados. O mesmo autor (1998) salienta que a colheita de dados, para além de uma avaliação física, inclui também um relato da história de saúde do cliente.

Para conseguir este suporte de informação, que Cartaxeiro *et al* (2003) consideram imprescindível para se conseguir personalizar e satisfazer as necessidades do cliente no internamento, os enfermeiros de ambas as instituições referem **utilizar instrumentos** para colher dados, nomeadamente a **observação** e o **questionário** que é demonstrado pelos seguintes extractos:

EH1 – *“ (...) vemos como é que ele chega, porque ele pode estar de uma maneira na urgência e chegar cá cima de outra se está orientado se não está orientado, se está afásico se não está. Depois vemos tudo: a maneira como ele chega, os cuidados que tinha em casa, se trás feridas se não trás feridas... (...)”;*

EH4 – *“ (...) fazemos um pequeno,.. hum pronto um questionário que está protocolado, em que vemos o grau de dependência, o risco de queda, pronto tudo o que faz parte, (...)”*

EC1 – *“Sim, porque através daquele questionário consigo colher muitas informações que não estão na carta de alta e através daquele instrumento eu consigo perceber mais ou menos toda aquela situação.”*

EC1 – *“(…) uma observação física do doente, (…)”*.

A uniformização da colheita de dados é um dos aspectos amplamente mencionados pelos enfermeiros das medicinas;

EH5 – *“Temos o instrumento de colheita de dados que está uniformizado por todos os serviços do Hospital.”*

EH3 – *“Utilizamos o guia de colheita de dados que esta implementado em todo o Hospital, em que consiste em vários itens, nomeadamente identificação, antecedentes clínicos, medicação que efectuem no domicílio, seguindo depois questões sobre as necessidades humanas básicas, e outras questões, e é este instrumento que utilizamos.”*

De facto a necessidade de se padronizar as informações decorrente da falta de homogeneidade na organização deste levantamento, leva muitas vezes à uniformização de instrumentos de colheita de dados por vários serviços da mesma instituição.

Apesar de se reconhecer que o planeamento dos cuidados de enfermagem dependa da objectividade, da fidedignidade e da abrangência com que os dados são colhidos, importa reflectir sobre a pertinência de se estabelecer um instrumento uniformizado para uma única instituição. Será que um instrumento padronizado, tem em consideração as especificidades de cada serviço? Poderá um instrumento ser desenvolvido de forma a valorizar a informação que deve ser colhida num serviço de medicina e num serviço de cirurgia? Não será também que o instrumento de colheita de dados deverá ser encarado como um conjunto de directrizes para a recolha de informação, sendo que a cada enfermeiro cabe a responsabilidade de o “reinventar” de acordo com a situação que lhe seja apresentada? Não será que a necessidade de uniformizar cuidados, ainda que importante, relegou para segundo plano a especificidade de cada cliente? Ainda que não tenhamos encontrado resposta para estas questões, nem bibliografia que suporte o facto de que o instrumento de colheita de dados, de uma determinada instituição, deva ou não ser padronizado, a verdade é que, e de acordo com Virginio e Nóbrega (2004), o instrumento de colheita de dados para além de reflectir um

pouco da cultura da instituição, deverá também evidenciar a filosofia do serviço onde será aplicado bem como das enfermeiras que lá trabalham.

Este conceito parece que foi tido em consideração aquando da elaboração do instrumento de colheita de dados da unidade dos cuidados domiciliários de Ponta Delgada como é exemplificado pelo excerto:

EC4 – “*Utilizamos o nosso instrumento de colheita de dados, que foi criado pelos enfermeiros, que tem o levantamento dos dados pessoais, antecedentes, necessidades humanas básicas, etc...*”

A elaboração do instrumento de colheita de dados pelas enfermeiras que desempenham funções nesta unidade, parece-nos constituir um factor importante para que este instrumento vá de encontro à filosofia dos cuidados continuados bem como das necessidades sentidas pelas enfermeiras no desempenho da sua prática diária. Neste sentido, para Virgínio e Nóbrega (2004), não existem, em enfermagem, instrumentos de colheita de dados universalmente aceites pelo que nunca poderão ser considerados como definitivos e encerrados, pois devem reflectir o carácter dinâmico dos cuidados de enfermagem, ou seja, devem ser reavaliados constantemente, no sentido do seu aperfeiçoamento.

Cartaxeiro *et al* (2003) mencionam que a colheita de dados é fundamental para conhecer o cliente no que diz respeito às suas necessidades, as que estão afectadas e as que ainda consegue desempenhar sem dificuldade.

Virgínio e Nóbrega (2004) salientam que nesta fase são colhidos quatro tipo de dados (dados subjectivos, objectivos, históricos e actuais) que constituem uma base de dados de extrema importância para a continuidade de cuidados.

No caso particular dos clientes que necessitam de cuidados continuados a **informação colhida** para se conseguir a continuidade de cuidados desejada incide predominantemente nos seguintes aspectos: **Dados sobre o cliente, Dados sobre o cuidador, Dados sobre os cuidados técnicos de enfermagem.**

Os clientes que necessitam de cuidados continuados são na sua maioria clientes com algumas características específicas nomeadamente com elevado grau de dependência, associado a doenças crónicas e evolutivas, geradoras de incapacidades e de perdas progressivas de autonomia, pelo que uma das preocupações dos enfermeiros das medicinas do HDES é recolher **Dados sobre o cliente** nomeadamente no que diz respeito à satisfação das suas necessidades humanas básicas;

EH3 - “ (...) preocupamo-nos em saber nestes casos, como são prestados os cuidados de higiene, o nível de dependência, a alimentação, o padrão do sono, a este nível se fazem alguma medicação para dormir por exemplo, a nível da eliminação, ou seja, a nível das necessidades humanas básicas.”;

EH5 – “ Também falamos com a família sobre os hábitos de vida, a higiene, a alimentação... sobre as necessidades básicas daquele doente.”

Brunner e Suddarth (1998) mencionam que muitos enfermeiros efectuem uma recolha de informação detalhada sobre os actuais problemas de saúde do cliente, estilo de vida e actividades diárias, antecedentes clínicos, história familiar e funcionalidade dos seus sistemas corporais, o que é confirmado com os seguintes excertos:

EH1 – “ Se está acamado, porque é que este acamado, qual a doença de base, se está entubado ou não, se está algaliado, se tem feridas ou não se tem apoio no domicílio, (...)”;

EH4 – “ (...) os hábitos do domicílio, se o doente já vem algaliado a data da algaliação, se está entubado, à quanto tempo tem a sonda, estas são as primeiras informações, (...)”

Alguns enfermeiros referem também a preocupação em colher dados, de carácter espiritual;

EH4 – “ (...) também tentar saber, é algo que se faz logo na primeira abordagem é a religião, o preenchimento do impresso do apoio espiritual para a capelania, que é obrigatório.”

McSherry e Ross (2002:479) salientam o facto de os enfermeiros serem os profissionais de saúde com competências e conhecimentos necessários para avaliarem as necessidades espirituais dos clientes. Por outro lado a obrigatoriedade do preenchimento do impresso sobre o apoio espiritual é de louvar uma vez que denota uma valorização, por parte da instituição hospitalar, da dimensão espiritual do ser humano na assistência holística à saúde.

Relativamente ao Centro de Saúde, apesar de muitos dos clientes que são admitidos na unidade de cuidados domiciliários, serem readmissões, os enfermeiros desta unidade têm preocupação em conhecer como o cliente está após o internamento o que é denotado no excerto;

EC2 – *“Em primeiro lugar é saber realmente em que situação o doente está”*

A recolha de **Dados sobre o cuidador principal**, é outra das preocupações dos enfermeiros aquando da sua admissão na unidade hospitalar;

EH1 – *“(…) e também do âmbito familiar como por exemplo o cuidador dos doentes que já são acamados.”*);

Esta preocupação advém do facto dos clientes que usufruem dos cuidados continuados apresentarem, na sua maioria, incapacidades físicas, psíquicas e intelectuais, necessitando de assistência nas actividades de vida diária. Tavares (2006: 44) no seu estudo sobre a qualidade de vida dos cuidadores informais de idosos constatou que 99% dos cuidadores tinham relações de parentesco com a pessoa cuidada, constituindo-se tal como Karsch (2003: 863) menciona, no “(...) ator social principal na dinâmica dos cuidados pessoais necessários às actividades de vida diária dos portadores de lesões que lhe tiraram a independência”. Neste sentido, conhecer quem é o cuidador principal permite aos enfermeiros, saber a quem devem recorrer para obter informação pertinente sobre o cliente a seu cuidado.

Prestar cuidados no âmbito dos cuidados continuados é segundo Navalhas (1999: 4) “(...) prestar atenção à pessoa numa perspectiva holística”, o que implica olhar para o cliente inserido num contexto social, cultural e familiar. Parece-nos que esta perspectiva é o que motiva os enfermeiros da unidade de cuidados domiciliários continuados a colherem informação sobre o cuidador como podemos constatar pelo seguinte extracto;

EC1 – *“Nomeadamente colher dados do cuidador e não só chegar lá e ver o doente, mas ver o doente num contexto familiar.”*

Conhecer o cuidador torna-se assim fundamental, para se conseguir planear cuidados de qualidade que vão de encontro às necessidades do cliente e sua família.

Normalmente os clientes dependentes apresentam múltiplas limitações físicas e psicológicas decorrentes, do envelhecimento, de doenças crónicas e doenças degenerativas, pelo que necessitam de um apoio que vai muito além do apoio familiar, geralmente necessitam de apoio dos profissionais de enfermagem, assim os enfermeiros da unidade de cuidados domiciliários continuados sentem necessidade de colher informação relativa aos cuidados de Enfermagem que estes clientes vão necessitar no domicílio;

EC3 - *“Normalmente pretendemos saber quais são os cuidados de enfermagem que aquela pessoa vai precisar.”*

O facto é que decorrentes destas debilidades físicas muitos dos cuidados prestados no domicílio são de natureza técnica, pelo que os **dados sobre os cuidados técnicos de enfermagem** são uma informação que estes enfermeiros privilegiam;

EC4 - *“(...) normalmente o que fazemos é colher a informação mais pertinente na altura, por exemplo sobre os cuidados técnicos que temos que prestar e depois nas visitas seguintes vamos completando o guia com novas informações.”*

Luz (2003) no seu estudo sobre os conteúdos da carta de alta, comprova esta preocupação dos enfermeiros, mencionando que os enfermeiros do Centro de Saúde consideram a informação relativa à realização de tarefas como primordial para a continuidade dos cuidados.

A procura por este tipo de informação é compartilhada pelos enfermeiros das medicinas do Hospital que sentem necessidade de colher dados sobre os **Cuidados técnicos de enfermagem** prestados no domicílio, o que poderá ser ilustrado por estes extractos;

EH2 – *“Procuramos muito este tipo de informação, o modo como se realiza os pensos, modo como... hum... as datas de entubação e algaliações, etc...”* (;

EH3 – *“(...) ou então saber as datas das entubações ou algaliações nos casos dos doentes que são entubados ou algaliados, ou seja os cuidados mais técnicos que são efectuados pelos enfermeiros, isto para nós aqui podemos dar continuidade aos cuidados que são prestados no domicílio.”*

Almeida (1999) no seu estudo refere que quando questionados os enfermeiros sobre os cuidados que prestam com mais frequência numa unidade de internamento ao cliente idoso, as repostas incidiram sobre os cuidados de manutenção da vida (na sua vertente física) e os cuidados de reparação, sendo estes últimos: a execução de pensos, a administração de terapêutica, cuidados com sondas de permanência, avaliação de sinais vitais e preparação para a realização de meios auxiliares de diagnóstico. Assim, parece-nos que estes enfermeiros procuram informação sobre os cuidados de enfermagem prestados com o objectivo de continuar estes cuidados no internamento como está explícito neste excerto:

EH5 – “ (...) e os cuidados no Centro de Saúde para continuarmos os cuidados.”.

Para colher os dados que pretende os enfermeiros recorrem a várias fontes que lhes permitem colher informação de extrema importância para a prestação de cuidados com qualidade. Sem dúvida que quando o **cliente** consegue comunicar, é ele a principal fonte de informação;

EH4 – “Porque se eles conseguem são eles que normalmente nos informam dos seus antecedentes pessoais, do que fazem, que medicação fazem e qual a medicação que não podem deixar de fazer para a sua situação”.

Esta atitude é partilhada pelos enfermeiros da Unidade de cuidados continuados quando referem:

EC1 – “ (...) e nestas situações tentaremos colher os dados junto dos clientes, (...)”.

De facto, a enfermagem tem assumido cada vez mais como sua a função de desmistificar mitos e estereótipos no que diz respeito às capacidades das pessoas idosas ou dependentes. Berger e Mailoux-Poirier (1995) mencionam a existência do mito de que a maioria dos idosos é senil. Contrapondo, os mesmos autores (1995) referem que o envelhecimento normal não afecta as faculdades mentais de forma previsível, encontrando-se apenas 4 ou 5% de idosos institucionalizados por doenças cerebrais. Neste sentido apraz-nos verificar que os enfermeiros aquando do internamento preocupam-se em questionar em primeiro lugar os clientes, uma vez que tal como

Almeida (1999) realça, ao reconhecer o saber das pessoas tratadas estamos a favorecer o seu crescimento, bem como a qualidade dos cuidados prestados.

Outra das fontes de informação a que os enfermeiros de ambos os serviços recorrem é à **Família**;

EH3 – “ *Nós normalmente colhemos os dados com a família, recorremos sempre ao cuidador principal...*”;

EC2 – “ *(...) uma das fontes de informação é a família, aliás, a principal.*”;

O ser humano necessita de cuidados, que são tendencialmente garantidos por quem está mais perto que, geralmente, é a família. De facto, a família constitui uma importante fonte de informação sobre o cliente e os cuidados que lhe são prestados, uma vez que tal, como Dinis (2007) menciona, ainda é a família que assume a função de satisfazer as necessidades dos idosos dependentes. Esta perspectiva é partilhada por algumas enfermeiras a desempenharem funções nos serviços de medicina do hospital, quando afirmam que a principal fonte de informação a que recorrem é a família; como denota o seguinte excerto:

EH3 – “*Para além de que são os cuidadores que prestam a maioria dos cuidados no domicílio, e são neste caso as pessoas que podem nos informar melhor.*”

As enfermeiras da unidade de cuidados continuados também referem a importância que a família assume no que diz respeito à informação sobre o internamento dos clientes no Hospital;

EC6 – “*Normalmente nos meios pequenos nós sabemos que as pessoas ficavam internadas porque as pessoas, as famílias nos telefonam.*”

A realidade é que muitas vezes os clientes, por agravamento do seu estado, têm necessidade de recorrer ao serviço de urgência do Hospital, fora do horário de expediente, desta unidade domiciliária, pelo que muitas vezes as enfermeiras não têm conhecimento que o cliente ficou hospitalizado, e são as famílias que se responsabilizam por transmitir esta informação.

A informação constitui um aspecto de extrema importância para que se consiga implementar um plano de cuidados eficaz ao cliente. O enfermeiro pela natureza dos seus cuidados constitui o profissional de saúde que passa mais tempo com o cliente, constituindo deste modo numa fonte de informação preciosa. Os extractos seguintes demonstram que quer os enfermeiros do hospital, quer os enfermeiros da unidade de cuidados domiciliários dos cuidados continuados, procuram colher informação através dos **Enfermeiros**;

EH4 – “ (...) quando não tem nós tentámos entrar em contacto com os Centros de Saúde da área de residência do doente, para que o colega nos dê essas informações.”;

EC4 – “Nós muitas vezes quando necessitamos de alguma informação telefonamos para o hospital, para o internamento, e falamos com as colegas, (...)”;

Mas que informações pretendem colher quando entram em contacto com os colegas da outra instituição? Foi uma questão que colocamos e foi interessante verificar que as enfermeiras quando contactavam com as colegas pretendiam colher informação relativamente à realização de tarefas;

EH1 – “ (...) nestes casos telefonamos para o Centro de Saúde porque os doentes ou tem feridas e estavam a fazer um determinado tratamento, eles quando chegam cá, a família não sabe explicar, às vezes telefonamos para, saber como ficou com aquela ferida, se já a tem há muito tempo, qual o tratamento que fazem, (...)”;

EC2 – “ Em casos esporádicos sim, por exemplo o doente está algaliado e os familiares esquecem-se em que data foi algaliado, então telefonamos às colegas para saber informações... ou com Sonda Nasogástrica não sabemos quando é para substituir também telefonamos e geralmente há sempre uma boa articulação”.

Souza *et al* (2006) mencionam que a ênfase colocada nos procedimentos técnicos e na priorização de tarefas voltadas para aspectos biológicos do ser humano, ainda está presente no nosso quotidiano, o que fortalece o modelo biomédico caracterizado por valorizar a técnica em prol da pessoa na sua globalidade. Julgamos que, como já foi referido anteriormente, a essência dos cuidados continuados não se coaduna com esta atitude, pelo que, apesar de este modelo ainda estar enraizado na cultura das instituições

de saúde, os enfermeiros têm como responsabilidade viabilizar ações de enfermagem voltadas para o cuidado individualizado do cliente.

Pela natureza dos cuidados e especificidade das suas funções³¹, os enfermeiros são os profissionais de saúde que maior informação clínica produzem, de extrema importância para conseguir avaliar as necessidades tanto do cliente como da sua família. Assim, tal como Cartaxeiro *et al* (2003) mencionam os registos de enfermagem são fundamentais para a continuidade de cuidados. Bruges, Bettencourt e Delgado (1994) referem que os registos de enfermagem traduzem-se como sendo: informação importante sobre o cliente, relativamente às ações planeadas e executadas, que irão servir de apoio para outros enfermeiros. Assim, os enfermeiros recorrem aos registos de enfermagem, para colher dados importantes para a continuidade dos cuidados, nomeadamente **a carta de alta; a nota de transferência do Centro de Saúde e a nota de registo informativa do serviço de urgência. A carta de alta (Hospital) e a nota de transferência (Centro de Saúde) de enfermagem constituem-se como dois importantes registos clínicos que permitem a partilha de informação entre as duas instituições, Hospital e Centro de Saúde, pelo que uma parte da informação colhida por ambos os grupos de enfermeiros é feita através desta fonte de dados, o que é demonstrado pelos extractos seguintes:**

EC2 – *“Geralmente, pronto há várias formas de chegar aqui à unidade, a mais frequente é através da carta médica particular ou hospitalar ou de carta de enfermagem, tanto faz... recebemos a carta, colhemos os primeiros dados essenciais, (...)”;*

EH5 – *“Se ele traz algum documento, se ele vem acompanhado por um documento do Centro de Saúde, agente colhe dados a partir deste documento, (...)”.*

Pela natureza da sua situação de saúde os clientes dependentes apresentam normalmente um historial de reinternamentos por vezes elevado, traduzindo-se num conjunto de cartas de alta anteriores, que um dos enfermeiro a desempenhar funções num dos serviços de medicina, recorre quando pretende colher dados sobre o cliente;

EH5 – *“Quando são internamentos recorrentes e se a pessoa não trouxe a carta de alta antiga, porque a família leva a carta de alta para os enfermeiros e para o médico, mas*

31

<http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/File/sedeforum/cuidadossaudeprimerios/9/9.pdf>

leva também uma cópia para si, para o domicílio. Se a pessoa trás esta cópia nos então tiramos alguma informação importante desta carta.”).

EH5 – “ (...) normalmente traz, muitas vezes é a carta de alta daqui do Hospital de qualquer serviço onde tenha estado internado anteriormente, (...)”.

O serviço de urgência constitui a porta de entrada para os cuidados diferenciados, pelo que quando o cliente, pelo agravamento do seu estado de saúde necessita de um cuidado mais especializado, é para lá que é encaminhado. Neste serviço, após avaliação médica, são prestados cuidados de saúde imediatos, sendo posteriormente o cliente encaminhado ou para o internamento ou para o seu domicílio. Este encaminhamento deve ser acompanhado por uma informação escrita a que denominamos de **nota informativa do serviço de urgência**. É este suporte informativo a que dois dos enfermeiros de ambos os sectores (primários e terciário) recorrem para colher alguma informação sobre o cliente, como comprovam os excertos seguintes:

EH5 – “ O doente também quando é admitido aqui no serviço, vem normalmente da urgência, e normalmente trás uma nota.”;

EC1 - “Muitas vezes, ele é medicado e vai para casa. Por vezes recebemos informação escrita do SU, das colegas de que o doente foi entubado ou algaliado, (...)”.

Moraes e Graça (2001) referem que uma documentação correcta e completa de todos os dados clínicos é fundamental para prestar cuidados de saúde de qualidade. Os mesmos autores (2001) salientam que verifica-se ainda uma separação entre a documentação clínica existente no Hospital e no Centro de Saúde, encontrando-se as instituições de saúde ainda em fase de inclusão da informação referente às situações de saúde e doença do individuo num único processo. A informação contida quer no **processo único** hospitalar, quer no **processo de família** do Centro de Saúde constitui uma fonte de informação a que os enfermeiros recorrem para colher alguma informação;

EH1 – “Também naqueles casos em que são internamentos recorrentes às vezes pedimos ao médico para pedir o processo único para consultarmos o processo único.”;

EC6 – *“Temos acesso ao processo de família em cada unidade, temos acesso, temos as nossas fichas, e ao processo de família o que podemos consultar com facilidade e é mais um documento que nos ajuda a colher dados.”*

Virgínio e Nóbrega (2004) mencionam que um dos métodos utilizados pelos enfermeiros para a colheita de informações é através da colaboração com outros profissionais. De facto a troca de informação entre os profissionais de saúde envolvidos nos cuidados prestados aos clientes deverá ser constante para que a continuidade seja possível, assim os enfermeiros entrevistados do serviço de medicina mencionam o **Recurso a outros profissionais** como uma fonte de informação a que recorrem para procurar informação sobre o cliente;

EH1 – *“(…) muitas vezes eles depois de estarem internados a gente chama a assistente social, para saber se tem apoio no domicílio, se está num lar no caso dos doentes que não têm cuidador, (...) hum (...) este tipo de informações, estás a perceber.”;*

E importante referir que este recurso também é mencionado por um dos enfermeiros da unidade de cuidados domiciliários continuados;

EC1 – *“Se o cuidador não nos sabe informar, então perguntámos ao médico de família, (...)”;*

Os cuidados de saúde pela sua complexidade envolvem diversos profissionais na prestação de cuidados de saúde, pelo que a informação que cada um destes prestadores de cuidados detém, constitui-se numa peça fundamental do “puzzle” que cada indivíduo constitui. Assim, para que o cliente e sua família sejam vistos de forma global torna-se fundamental conhecer o cliente em todas as suas vertentes, pelo que os outros profissionais do sistema de saúde constituem-se num recurso, que os enfermeiros não deverão desprezar na sua busca por informação.

1.5 - Encaminhamento da família

No seu dia-a-dia os enfermeiros são confrontados com diversas situações que sozinhos não conseguem dar resposta. Stedford (in Corney, 1996) menciona que quando os técnicos de saúde não se sentem aptos para dar resposta às solicitações dos clientes, deverão encaminhar para quem o possa fazer. Assim, os enfermeiros quer do Hospital quer do Centro de Saúde quando são confrontados com problemas que não conseguem solucionar **encaminham a família para outros profissionais**. tal como podemos verificar pelas seguintes afirmações;

EH3 – “ Por vezes quando necessário encaminhamos para a assistente social do serviço se o doente ou família necessitar de apoio no domicílio, como cama articulada, apoio na higiene do doente, apoios deste género.”;

EC4 – “A assistente social... normalmente o que fazemos é aconselhar a família a se dirigir á assistente social, para ir à Junta de Freguesia para marcar uma entrevista com a assistente social da área mas na maioria das vezes não temos articulação directa com a assistente social”;

Os problemas de saúde actuais exigem respostas diferenciadas de acordo com as condições particulares dos seus destinatários³². No caso particular das pessoas idosas e das pessoas com elevado grau de perda de autonomia, as suas necessidades específicas, obrigaram a organização social a integrar duas dimensões indissociáveis na filosofia dos Cuidados Continuados: a da saúde e a da segurança social. Os idosos e clientes dependentes para além das alterações físicas (diminuição da capacidade física, mental e funcional), apresentam também alterações económicas e sociais (isolamento social, diminuição das condições económicas) que tornam indispensável a intervenção do serviço social. Neste sentido os enfermeiros quando identificam que o cliente e família necessitam de algum apoio social que eles próprios não consegue solucionar, encaminham para a Assistente Social para que este profissional preste o apoio psicossocial que o cliente e família necessitem.

Relativamente ao encaminhamento do cliente para outras instituições é evidente nas respostas dos entrevistados que, tanto **Hospital** como **Centro de Saúde**, são as

³² <http://www.portugal.gov.pt/Protal/Print.aspx?guid 16-09-2007>

instituições para onde o cliente é encaminhado, de acordo com o tipo de cuidados que o cliente num momento específico necessite. Assim, os enfermeiros das medicinas do hospital aquando da alta hospitalar encaminham o cliente /família para o **Centro de Saúde** como comprovam os seguintes extractos:

EH1 – “ *Nos casos em que o doente vai para o domicílio e precisa de cuidados domiciliários nós encaminhamos a família para ir ao centro de saúde entregar a carta aos enfermeiros do serviço (...)*”;

EH5 – “ *(...) a gente diz que é para a pessoa entregar no Centro de Saúde da sua área, que é para a enfermeira depois ir lá a casa.*”.

Smith e Sands (2003) referem que o planeamento da alta, normalmente inclui o encaminhamento para uma unidade de cuidados domiciliários. Augusto *et al* (2002) menciona que apesar da família assumir a maioria da prestação de cuidados ao seu familiar no domicílio, existem cuidados que, pela sua especificidade técnico científica só poderão ser assegurados ou supervisionados pelos profissionais de enfermagem. Assim, parece-nos que os enfermeiros ao encaminharem os clientes/família para o Centro de Saúde, fazem-no tendo em vista a continuidade destes cuidados aquando da alta Hospitalar.

No que diz respeito aos enfermeiros da unidade de Cuidados Continuados, o encaminhamento do cliente/família é dirigido à **instituição Hospitalar**, mais precisamente ao serviço de urgência. O Hospital tal como conhecemos actualmente, apresenta-se como uma unidade de elevada sofisticação tecnológica no sentido do tratamento da doença. Augusto *et al* (2002) também referem que a admissão dos clientes numa unidade Hospitalar é normalmente acompanhada por uma situação inesperada associada a uma situação súbita ou uma emergência, opinião partilhada pelos enfermeiros desta unidade ao referirem que:

EC2 – “*Se for uma situação que não pode esperar, uma situação emergente, nós próprios chegamos a ligar à ambulância e encaminhamos directamente para o hospital. Isto se fosse uma situação realmente urgente que não pudesse esperar que fala-se-mos com o médico, nós próprios chegamos a telefonar para a ambulância e encaminhamos directamente para o hospital.*”;

EC4 – “Se for ao nível médico, uma infecção, uma descompensação, um problema que tenha surgido, uma medicação que nós achamos que deva ser feita, aí temos que recorrer à urgência infelizmente.”.

Se por um lado consideramos o **encaminhamento**, uma acção fundamental, quer para a responsabilização da família pelos cuidados ao seu familiar, quer para garantir a continuidade dos cuidados, consideramos que esta acção não deveria resumir-se apenas ao encaminhamento, uma vez que deveria ser complementada por acções que visassem o contacto entre os enfermeiros do Hospital e Centro de Saúde no sentido de garantir uma adequada transição do cliente para o domicílio ou para a unidade hospitalar.

1.6 - Envolvimento de outros profissionais

A filosofia dos cuidados continuados exige um acompanhamento multidisciplinar onde profissionais de várias disciplinas discutem sobre as necessidades do cliente. Mas, a realidade tal como é referenciado por Smith e Sands (2003) é que, a par da ausência de equipas multidisciplinares em determinados serviços, a indisponibilidade, noutros, para a realização de reuniões de debate com todos os elementos da equipa multidisciplinar, leva a que os enfermeiros normalmente acabem por trabalhar individualmente com cada um dos diferentes profissionais. Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2004) salientam que a fase e envolvimento é o momento em que os envolvidos se encontram no sentido de assentar as práticas e rotinas de relação.

Nesta linha de pensamento, parece-nos que os enfermeiros recorrem ao **Envolvimento de outros profissionais** para colmatar muitas destas lacunas. Os excertos que se seguem demonstram o esforço empreendido pelos enfermeiros de ambas as instituições no sentido de envolverem determinados profissionais de saúde nos cuidados:

EH1 – “ (...) o doente não recuperou ainda bem, falamos com o médico e ele fica internado por mais um ou dois dias ou o tempo que se considere necessário.”

EH2 – “ Também envolvemos a assistente social quando a situação social e a familiar assim exigem, por exemplo, por exemplo... quando a família necessita de apoios, sejam eles camas articuladas, ou outro material... cadeiras de rodas ou até mesmo, até mesmo

apoios financeiros, e aí a gente chama a assistente social, aliás como eu já tinha dito anteriormente.”

EC6 – “Este é o primeiro passo a partir desta avaliação se a pessoa tem médico de família, nós tentamos articular com o médico de família a situação daquela pessoa para decidir o procedimento.”

EC6 – “Há também aqui outro profissional que me esqueci que é a parte da psicologia e a parte da enfermagem de saúde mental, a quem também já temos pedido muitas vezes pedidos de apoio, (...)”.

1.7 - Advogar o cliente/família

Na categoria Advogar o cliente/família tentamos agrupar as subcategorias: **Apoiar e Orientar, Informar e Esclarecer dúvidas**, mencionadas pelos enfermeiros como acções que desenvolvem no sentido de garantir o direito destes clientes à continuidade de cuidados.

O enfermeiro dada à continuidade de contacto que mantém nos cuidados com o cliente e família encontra-se numa situação privilegiada de constituir o elemento da equipa de saúde mais indicado para defender os direitos do cliente, agindo de forma a dar resposta às suas necessidades, ou seja, deve actuar no sentido de advogar pelo cliente.

Bexiga (2000) menciona que a função de advogado é vista como alguém que defende os interesses de outra pessoa, refere ainda que esta actividade evoluiu ao longo dos tempos até ao sentido actual, ou seja, orientar, representar e defender.

A subcategoria **Apoiar e Orientar a família** surgiu em sequência das seguintes afirmações proferidas pelos enfermeiros:

EH3 - “Devemos apoiar, podemos tentar fazer com que aquela situação seja o menos penosa para aquele doente e conseqüentemente para a sua família.”

EC3 – “A família já está numa situação difícil, cuidar de uma pessoa doente é complicado e quando o doente está numa situação aguda a pessoa sente-se cada vez mais

impotente, a maneira das pessoas ultrapassarem esta situação é colocar toda a sua confiança e esperança nos técnicos de saúde, (...)”

Neste sentido, França e Correia (2005) mencionam que os enfermeiros para além das acções do tipo executar, também desenvolvem acções do tipo apoiar que se caracterizam por fornecer ajuda social ou psicológica a alguém para que tenha sucesso nas suas acções. Os mesmos autores (2005) salientam a orientação do cliente e família como uma forma de dar força, de enfatizar o seu potencial de saúde e a forma como deve utilizar o sistema de saúde.

Augustos et al (2002) reportando-se a McDaniel et al mencionam que o processo de apoio à família deve ser acompanhado pela transmissão de informação fundamental para a garantia da continuidade de cuidados após a alta Hospitalar. Assim, os enfermeiros dos serviços das medicinas salientam a subcategoria **Informar a família** como uma acção que desenvolvem aquando do planeamento da alta, como comprovam os excertos seguintes:

EH3 – *“Normalmente a família, quero dizer quando o cliente tem alta, é chamada e é informada de todas... de toda a situação, de todos os cuidados que deve prestar, fala-se também acerca do aspecto social, por causa do apoio ao domicílio, da alimentação (...)*”.

Parente (1998), reportando-se a Pross, descreve a informação como aquilo que reduz ou elimina a incerteza. O mesmo autor (1998) reportando-se a Miller menciona que a informação é algo de que todos nós temos necessidade pois é importante para tomarmos uma decisão. Assim, cabe aos enfermeiros, assegurar que os clientes e suas famílias possam decidir livremente, o que implica informar adequadamente para que possam tomar decisões fundamentadas. Deste modo, os enfermeiros da unidade de cuidados domiciliários continuados parecem partilhar desta perspectiva uma vez que, tal como os excertos seguintes comprovam, têm como preocupação fornecer informações tanto ao cliente como à sua família:

EC3 – *“Muitas vezes as famílias também não sabem a que podem recorrer, e das primeiras coisas que fazemos é informar a família dos recursos que a comunidade tem para oferecer.”*

Torna-se fundamental que o carácter de informador do enfermeiro esteja presente em cada profissional de enfermagem, para que cada vez mais os nossos clientes e famílias possam estar mais esclarecidos, de forma a se tornarem verdadeiros intervenientes do sistema de saúde. Mas o enfermeiro não deve apenas se preocupar em transmitir informação, deve-se certificar se a informação foi compreendida, uma vez que é natural que o cliente e família tenham dúvidas. Assim, **Esclarecer dúvidas** constitui-se como uma acção primordial aquando dos cuidados, como comprovam os excertos seguintes:

EH1 – “ (...) porque às vezes perguntam “Ah, vai deixar de andar? Vai fazer fisioterapia?” pronto... e é mais ou menos isso... conforme os familiares manifestam as suas dúvidas, às vezes vão perguntando e nós vamos falando e também orientando.”

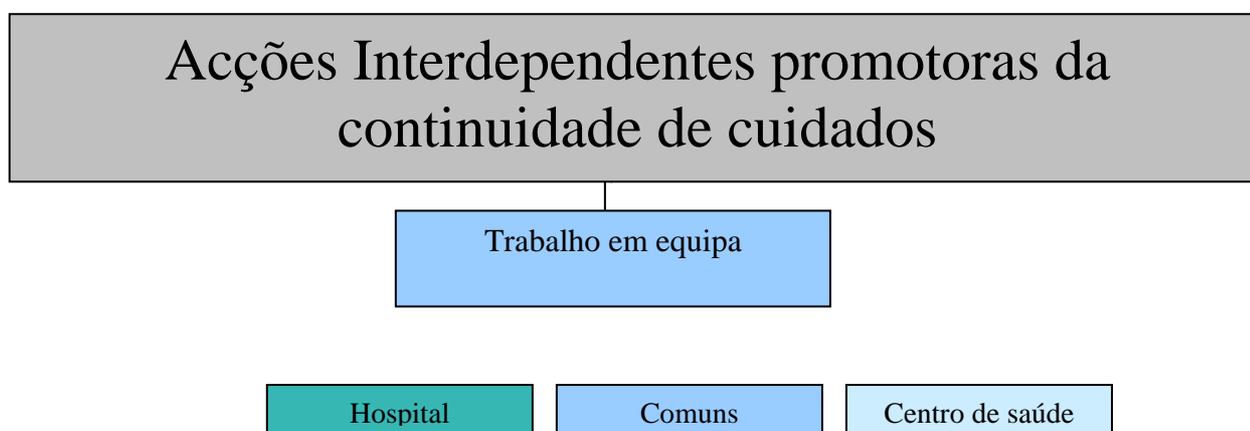
EC4 – “Não, às vezes se é um familiar mais preocupado é que já vai procurando e vem à unidade um bocadinho antes do doente ter alta, para esclarecer alguma dúvida, se tem direito se não tem, em quê realmente consiste os cuidados domiciliários, e nós esclarecemos, (...)”

A solicitação de informação é uma característica presente em ambos os excertos, pelo que consideramos importante referir que os enfermeiros não se devem apenas preocupar em transmitir informação quando são solicitados para o mesmo, uma vez que muitas vezes os clientes e famílias não questionam porque têm receio em perturbar o trabalho dos enfermeiros. Esta atitude pode ser verificada num estudo de Dias sobre a informação ao doente com cancro da mama, em que uma cliente questionada menciona: “ (...) evito de lhe procurar em certas coisas porque tenho medo que ela se aborreça e fique assim mal disposta comigo...não sei se é impressão minha que ela não gostará de muitas perguntas” (1997: 205). Assim, corroboramos com Reis, Camacho e Camacho (1994) quando referem que o enfermeiro deverá mostrar disponibilidade permanente para informar e esclarecer todas as dúvidas dos clientes e de suas famílias.

2 – ACÇÕES INTERDEPENDENTES DOS ENFERMEIROS PROMOTORAS DA CONTINUIDADE DE CUIDADOS

Por acções interdependentes pretendemos descrever as acções realizadas pelos enfermeiros, em colaboração com outros profissionais, que contribuem para a continuidade de cuidados aquando da interface entre o Hospital e o Centro de Saúde. Na figura 5 são apresentadas as acções interdependentes apontadas pelos enfermeiros, que visam a promoção da continuidade de cuidados

Figura 5: Acções Interdependentes promotoras da continuidade de cuidados



2.1 – Trabalho em equipa

Os cuidados continuados pela sua natureza e complexidade requerem cuidados de saúde específicos onde, só através de uma intervenção interdisciplinar se poderá garantir uma maior optimização das respostas às suas necessidades e rentabilização dos recursos. Assim, o **Trabalho em equipa** torna-se fundamental para a que a transição Hospital – Centro de Saúde seja um processo o mais adequado possível tendo em vista a continuidade dos cuidados prestados quer numa, como noutra instituição. Figueiredo, citando Graça define equipa como “ um pequeno grupo, baseado na cooperação, e em contacto regular, contacto esse que não é à distância, mas face a face, que está envolvido numa acção coordenada e cujos membros contribuem de maneira empenhada, competente e responsável para a realização de acções concretas” (1997:19). De facto,

este tipo de trabalho conjunto é um requisito indispensável para a obtenção de muitos dos esforços e cuidados empreendidos pelos enfermeiros.

Jesus, Silva e Andrade (2005: 25) salientam que “ O planeamento da alta é um processo centralizado e multidisciplinar, que assegura ao utente um plano de continuidade de assistência depois de abandonar o hospital.” Os mesmos autores (2005) referem que o planeamento da alta implica a colaboração do cliente, cuidador e equipa multidisciplinar. Assim, as enfermeiras de ambos os serviços entrevistados mencionam:

EH4 – “ (...) a própria assistente social vai também entrando em contacto connosco para saber quando o doente tiver alta quais os cuidados que o doente tem que ter no domicílio, se é preciso cama articulada, se é preciso cadeira de rodas, fraldas tudo o que ele irá necessitar, tudo o que já tinha e o que poderá vir a ter para depois quando tiver alta. Tentamos fazer isso, ... o que já é feito através da assistente social e da própria enfermeira do domicílio.”

EC1 – “Nestas situações, e após o contacto das colegas a gente tem de arranjar o material necessário, quando já temos este material, contactamos com a colega do hospital, para lhes dizer que já temos o material disponível e que o doente já pode ter alta.”

O plano de alta implica uma colaboração multidisciplinar, sendo o contributo dos outros grupos profissionais da equipa de saúde, de extrema importância para o cuidado integral que caracteriza os cuidados continuados.

A utilização do trabalho de equipa implica uma acção global em que o trabalho mútuo permite garantir uma melhor qualidade de cuidados, evitando, tal como Figueiredo (1997) refere, a fragmentação dos cuidados dos actuais serviços de saúde, tornando-se assim fundamental em qualquer nível de prestação de cuidados.

Paz e Santos (2003:540) referem que a “ equipa multidisciplinar quando inserida no contexto familiar torna-se a base da promoção do cuidado”. Os mesmos autores (2003) salientam que a reunião de vários profissionais com conhecimentos específicos, tem por objectivo a complementaridade no que diz respeito à elaboração do plano de cuidados domiciliários. Assim, os excertos seguintes denotam a colaboração existente entre os enfermeiros da unidade de cuidados domiciliários, com a equipa de cuidados primários.

EC3 – “Se há médicos na unidade, e falo da minha realidade, que na minha unidade temos realmente trabalho de equipa e é fácil trabalhar em equipa com eles, até porque quando há disponibilidade da sua parte, vêm fazer visitação connosco, portanto... em caso de d vida também íamos ter com eles e explicar a situa o.”

EC3 – “Houve uma situa o que quer os enfermeiros, quer o médico acharam importante a presença da assistente social e ela foi fazer a visita o connosco. O que aconteceu   que havia um Sr. que vivia em condi es precárias... quer da estrutura da casa, quer das condi es econ micas que eram fracas, em que aquelas condi es não ajudavam ao seu estado de saúde. Neste caso, falamos com a assistente social e combinamos as coisas com ela.”

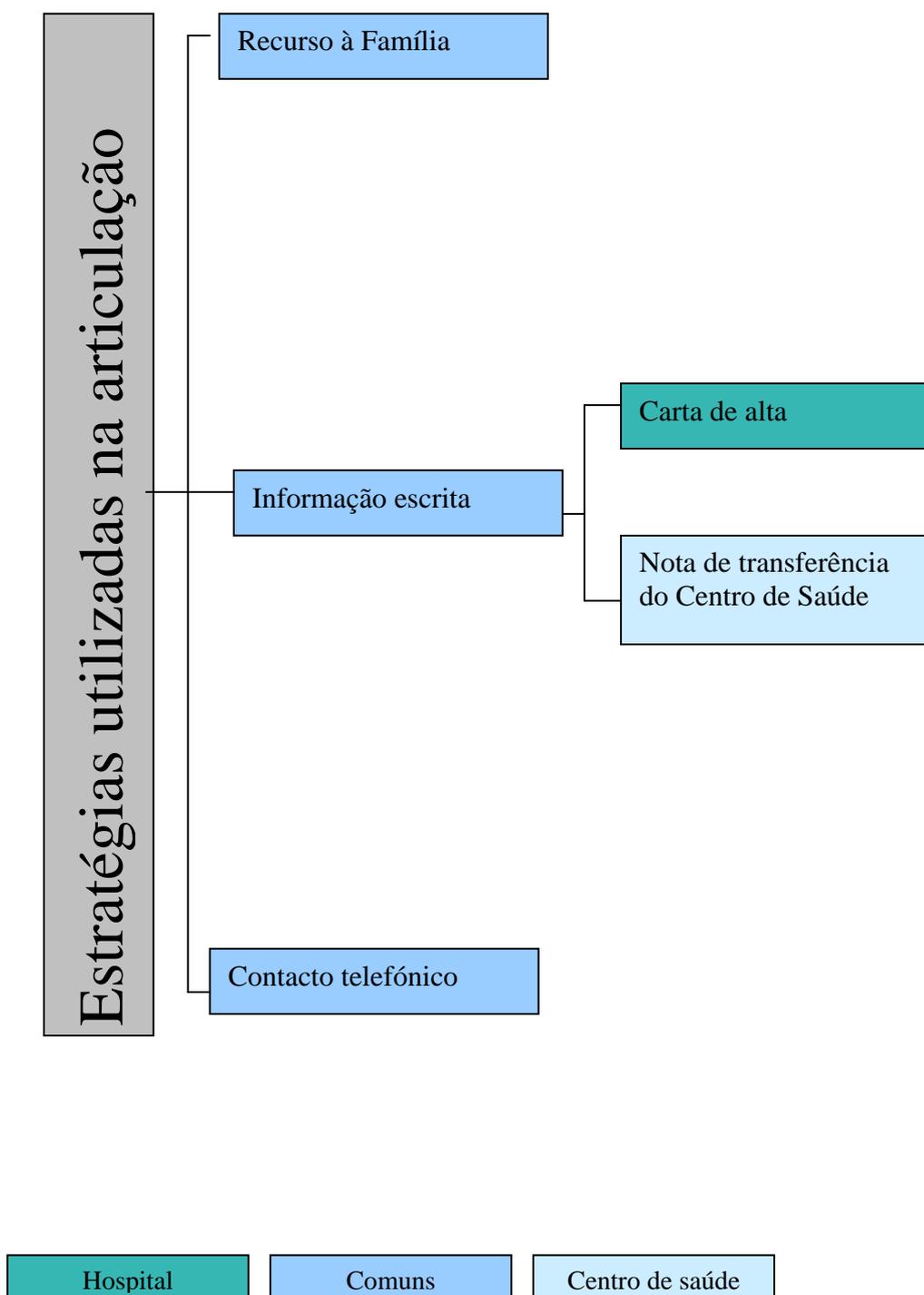
O processo de continuidade, pelo seu caráter integral e cuidar global, envolve toda a equipa multidisciplinar. A colabora o entre a equipa multidisciplinar dentro e entre as institui es de saúde constituem um desafio para os profissionais que l  trabalham. A interdisciplinaridade presente na filosofia dos Cuidados Continuados e descrita por Rodríguez *et al* (2006) como; uma colabora o entre todos os profissionais da equipa, com o objectivo de proporcionar de uma forma concertada solu es para os problemas complexos dos clientes; implica o reconhecimento da importância que cada um dos intervenientes desempenha na promo o da continuidade de cuidados.

O trabalho em equipa, tal como os autores (2006) anteriormente citados referem, permite oferecer aos indivíduos um serviço de qualidade baseado na resposta em conjunto às necessidades do cliente, na continuidade de cuidados e na eficiência do sistema de saúde.

3 – ESTRATÉGIAS UTILIZADAS NA ARTICULAÇÃO

No diagrama que se segue (figura 6), pretendemos descrever as estratégias utilizadas pelos enfermeiros, para promover a continuidade de cuidados, aquando da transferência do cliente/família para outro nível de prestação de cuidados.

Figura 6: Estratégias utilizadas na articulação



No diagrama anterior pretendemos descrever as estratégias utilizadas pelos enfermeiros, para promover a continuidade de cuidados, aquando da transferência do cliente/família para outro nível de prestação de cuidados.

O conceito de **Estratégia** é amplo e, muitas vezes, assume um sentido contraditório e não consensual, não só entre diferentes disciplinas de conhecimento, mas também dentro da mesma disciplina. Esta definição vê-se agravada pelo seu carácter polissémico e pela multiplicidade de ciências que recorrem a este conceito, para a enunciação de premissas organizacionais.

Ao entender **Estratégia** como um conjunto de recursos que são mobilizados para se atingir determinado objectivo, estamos a definir este conceito como sendo um plano organizado a que se recorre, para que os objectivos delineados sejam alcançados.

Considerando que estratégia é um conjunto de acções planeadas que são empreendidas no sentido de conduzir ao crescimento e à prossecução dos objectivos que se delinearam, então os enfermeiros ao referirem esta categoria, pretendem plasmar a ideia de que há a necessidade de recorrer a determinadas estratégias para que se possa atingir os objectivos delineados, que neste caso traduz-se na articulação que se pretende estabelecer entre Hospital e Centro de Saúde. Assim, as estratégias apontadas pelos participantes no estudo, deram origem às sub-categorias desta categoria, nomeadamente: **recurso à família, informação escrita e contacto telefónico**. Saliente-se que as três sub-categorias foram apontadas tanto pelos enfermeiros do Centro de Saúde como pelos do Hospital.

3.1 - Recurso à Família

Constatou-se que, quer os enfermeiros do Centro de Saúde quer os do Hospital, referiram que recorrem à família como forma de estabelecerem ligação entre ambas instituições:

EC4, L101-L103 – *“Normalmente é a família que leva essa informação, e depois nós temos o feedback do que se passou, mas também por parte da família. Quem dá esse feedback é a família.”*

EH2, L34-L37 – *“Também muitas vezes acontecem e também há enfermeiros que fazem isso, que é um familiar... pedir à família para nos ajudar neste aspecto e o familiar diz “Deixa estar, S^a enfermeira que eu vou perguntar as datas e depois venho dizer as datas à Sr.^a”, (...)”*

Efectivamente, ao referirem, esta sub-categoria, parece que os enfermeiros perspectivam os familiares como sendo um recurso, como defende Nolan, citado por Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2004). O autor reitera que ao entender-se a família como um recurso, está-se a assumir que esta é um elemento que ajuda o profissional, o que, e de acordo com o mesmo autor, é uma situação, embora comum, não satisfatória nem adequada. Reconhecer a família como um recurso é entendê-la como um instrumento a recorrer para rentabilizar o trabalho dos enfermeiros, o que vai contra os princípios éticos e morais vigentes na disciplina de enfermagem. Em vez desse modelo, dever-se-ia optar pelo da parceria, baseado, e de acordo com Gomes, num “processo dinâmico negociado, em conjunto pelas duas partes, doentes/famílias e enfermeiros, aproveitando saberes, (...), no intuito de querer alcançar um objectivo comum” (2002:210). Na filosofia dos cuidados continuados, este contexto de parceria, exige, sempre, uma relação triangular, em que enfermeiros de centro de saúde, enfermeiros do hospital e família assumem, cada qual, um dos vértices deste triângulo. Nesta relação, a comunicação entre dois vértices não dispensa a comunicação com o outro, isto porque, e para que cuidadores formais e informais assumam de forma responsável os cuidados a prestar ao cliente, há que haver um entendimento de imprescindibilidade de cada um dos intervenientes, baseada na comunicação e na partilha de informação, reconhecendo que cada um possui informação diferente da do outro.

3.2 - Informação escrita

A sub-categoria informação escrita, pretende agrupar os aspectos referidos pelos enfermeiros, relativos às **notas de transferência enviadas pelos colegas do Centro de Saúde** e as **cartas de alta** enviadas pelos do hospital:

EC2 – *“Mas na maior parte das vezes existe a oportunidade de fazer um registo e dizermos porque é que mandamos o utente. Normalmente a informação que o doente leva para o Serviço de Urgência é o único contacto.”*

EH1, L67-L69 – *“E sempre que o doente vai ter alta para casa ou para o centro de saúde, leva sempre uma carta, uma carta a dizer o que precisa e como correu o internamento aqui.”*

Independentemente da natureza de cada um desses documentos, a verdade é que se constituem como uma mais-valia para o estabelecimento da comunicação entre os profissionais de ambas as instituições, pois proporcionam informações de extrema importância, para que os enfermeiros possam garantir a continuidade de cuidados de saúde.

No que se refere à **carta de alta**, muitos são os estudos elaborados que têm vindo a debruçar-se sobre os seus conteúdos e sobre os seus benefícios (Udina et al, 1999; De la Gala, 2003; Lamy da Luz, 2003), sendo que uma conclusão que resultou de todos estes trabalhos é a de que os enfermeiros dos centros de saúde necessitam de saber o que se passou no internamento para continuarem a prestar cuidados. Assim, e segundo Lamy da Luz (2000) a carta de alta deverá conter informações relativas: à identificação dos clientes, das suas necessidades, do apoio familiar, dos recursos da comunidade e à história do internamento. Estas informações são imprescindíveis para possibilitar aos enfermeiros do Centro de Saúde actuarem no sentido de proporcionar cuidados continuados e de qualidade. Os excertos abaixo descritos referem-se ao conteúdo que normalmente está presente nas cartas de alta recebidas no Centro de Saúde, elaboradas pelos enfermeiros das medicinas do Hospital:

EH4 – *“(…) pomos também a evolução do internamento, desde o momento da admissão até ao dia da alta, e como se desenvolveu o internamento, tentamos também discriminar nesta carta os pensos e os cuidados especiais que poderão realizar e haver no domicílio, (…)”*

EC5 – *“A carta de alta, é assim, normalmente a carta de alta é feita por enfermeiros, pelo menos as que nós recebemos, e contém o diagnóstico, se tinha feito alguma cirurgia, o que tinha sucedido no pós-operatório, que cuidados de enfermagem deveríamos ter, a terapêutica que estava a tomar, a data da próxima consulta, a alimentação dependendo do caso que poderia ter, e os cuidados que a própria pessoa deveria ter, era basicamente isto.”*

No entanto, e de acordo com Lamy da Luz (2000) a elaboração da carta de alta depende directamente da utilidade que lhe é atribuída por quem a redija e a sua informação será, também, mais ou menos valorizada, dependendo das expectativas dos enfermeiros que as recebam no Centro de Saúde.

A **nota de transferência** redigida pelos enfermeiros do Centro de Saúde e destinada aos enfermeiros do Hospital (serviço de urgência), ao contrário da carta de alta, foca informação sobre a situação do cliente e que é referente ao motivo de desequilíbrio que motiva a deslocação do cliente ao hospital:

EC3 – *“Na maioria das vezes tentamos é descrever a razão porque vai ao serviço de urgência.”*

A procura de cuidados diferenciados, normalmente está associada a situações de urgência, por agravamento do estado de saúde do cliente, pelo que por vezes os enfermeiros mencionam que:

EC3 – *“É claro que muitas vezes se é numa situação de urgência à muita informação que pode ficar por enviar, por exemplo às vezes não temos connosco... as datas das algaliações, porque está na unidade por exemplo, e não colocamos na altura.”*

Apesar desta dificuldade referenciada pelos enfermeiros da unidade de cuidados domiciliários consideramos que a informação enviada pelos enfermeiros para o serviço de urgência torna-se fundamental para o acompanhamento do cliente na unidade Hospitalar pelo que os enfermeiros deverão melhorar as redes de comunicação existentes de forma a que os registos de enfermagem constituem um recurso fundamental para a articulação dos cuidados de saúde.

3.3 - Contacto telefónico

Como já foi referido, outra sub-categoria referida por ambos os grupos de enfermeiros, foi o **contacto telefónico**. Verificou-se que, quer os enfermeiros do Centro de Saúde quer os do Hospital, referiram que utilizam o telefone como forma de estabelecerem ligação entre ambas instituições:

EC2 – “Se o doente fica internado, nesses casos contactamos com o serviço onde fica internado para fornecermos as datas de entubação e de algaliação para depois ser substituído nas datas correspondentes.”

EH3 – “ (...) o doente era independente e se por alguma circunstância se torna dependente, mesmo que não tenha úlceras de pressão, não tenha nenhum cuidado específico... temos às vezes contactado telefonicamente, com as colegas do Centro de Saúde, mesmo só para irem fazer uma supervisão, daquela família (...)”

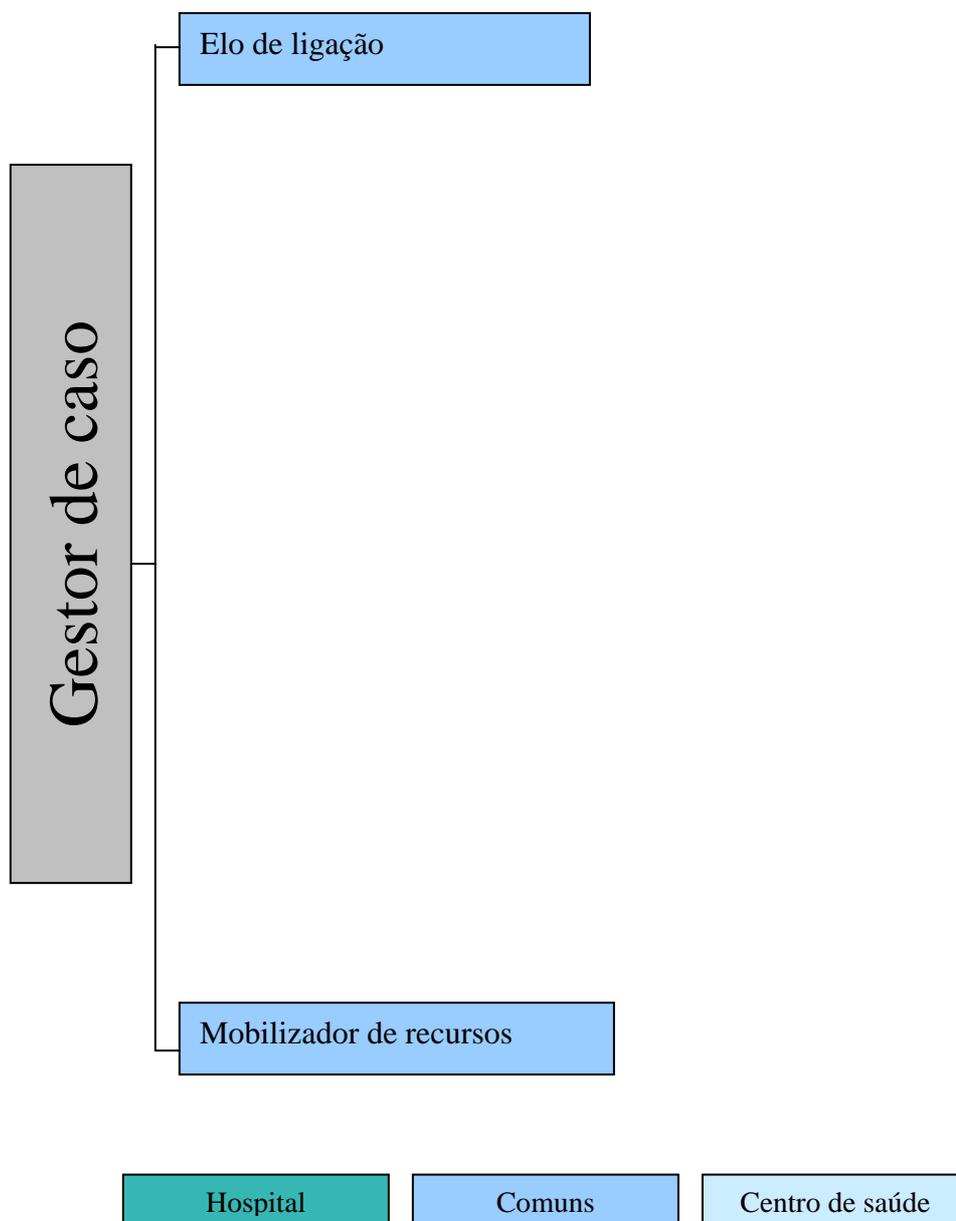
Luz (2003) menciona que o contacto pessoal contribui para o crescimento profissional uma vez que é um meio privilegiado para troca de experiências. Neste sentido parece-nos que os enfermeiros ao referirem esta sub-categoria, valorizam a importância da comunicação oral, como forma de garantirem a continuidade de cuidados. Assim, impõe-se reflectir sobre os objectivos dessa comunicação, pois, e como referem Pinheiro, Sardo e Henriques (2004), a sua finalidade é a de proporcionar informação e compreensão necessárias para que as pessoas possam conduzir-se nas suas tarefas, proporcionando atitudes necessárias que promovam motivação cooperação e satisfação.

O facto de se estabelecer contactos interinstitucionais, permite obter informação preciosa da história clínica dos clientes, o que favorece o planeamento de cuidados e a sua continuidade. Saliente-se que a comunicação, seja ela escrita ou oral, entre instituições, em especial entre enfermeiros, possibilita, de acordo com Pinheiro, Sardo e Henriques (2004), auxiliar a organizar cuidados prestados por diferentes profissionais, ampliar o conhecimento dos profissionais sobre o cliente, fomentar a continuidade de cuidados, racionalizar as actividades, reconhecer a prestação dos diferentes intervenientes no processo de prestação de cuidados.

4 – GESTOR DE CASO

A Categoria **Enfermeiro como Gestor de Caso** surge com o intuito de descrever o papel que o enfermeiro desempenha na promoção da articulação de cuidados de enfermagem entre o Hospital e o Centro de Saúde, como podemos verificar na figura 7.

Figura 7: Gestor de caso



A prática da enfermagem é no fundo a combinação das ciências da saúde com a arte dos cuidados numa visão humanista dos conhecimentos científicos, da filosofia do enfermeiro, da prática clínica, da comunicação e das ciências sociais, cujo objecto é cuidar o outro de modo a melhorar e conservar a sua saúde e o seu bem-estar.

Os papéis e funções do enfermeiro têm vindo a modificar-se ao longo da história. Se antes era visto como um mero executor de tarefas, actualmente evoluiu de forma a incluir a promoção da saúde e a prevenção das doenças, bem como a preocupação em abordar o cliente de forma integral. Os papéis desempenhados pelos enfermeiros são funções interrelacionadas e servem para clarificar a actuação dos enfermeiros. Para Perry, (in Potter e Perry, 1999) são papéis do enfermeiro os de: prestador de cuidados, o de realizador de decisão clínica, o protector e defensor do cliente, o de reabilitador, o de confortador, o de professor, o de investigador e o de gestor de caso. Silva, Ferreira e Formigo (2002:62) referem que a razão pela qual o enfermeiro assume todos estes papéis, tem a ver com o facto de ser ele quem está em contacto mais directo com a pessoa/família, fomentando a continuidade e a coordenação do cuidar junto da equipa multidisciplinar.

Segundo Rice (2004) o enfermeiro como gestor de caso é um profissional que tem a seu cargo “ (...) a manutenção da qualidade dos cuidados prestados, a coordenação dos serviços multidisciplinares, a utilização dos serviços existentes na comunidade, e assegurar que os resultados esperados dos cuidados são alcançados dentro de um limite de tempo razoável.”

Gonzalez *et al* (2003) mencionam que os gerentes de caso trabalham em diferentes contextos, podendo ser encontrados nos cuidados agudos, na reabilitação, nas instituições de sub agudos, nos programas comunitários ou nos cuidados domiciliários, mas têm como um objectivo comum, a coordenação e mobilização de todos os recursos da equipa multidisciplinar para a elaboração de um plano de cuidados coordenado.

Neste sentido, o papel do enfermeiro como gestor de caso foi referenciado pelos enfermeiros entrevistados, dando origem a uma categoria, cuja denominação é a mesma, e que agrupa as subcategorias **elo de ligação e mobilizador de recursos**.

4.1 - Elo de ligação

Ao apontarem esta sub-categoria os enfermeiros consideram ser os elementos que estabelecem a ponte entre Hospital, Centro de Saúde e família, sendo muitas vezes

o profissional que avalia os recursos da comunidade, encaminhando a família para estes recursos e constituindo-se a principal fonte de informação do próprio cliente e respectiva família:

EC3 – “ (...) e depois somos nós que normalmente levamos a informação a casa e depois a família leva ou não o utente para o hospital.”

EH1 – “ (...) cabe a nós, encaminharmos os pedidos, e explicamos as questões das listas de espera, das vagas, dos transportes, da Fisioterapia nos Centros de Saúde, porque os familiares não sabem nada disso, porque os médicos disso não falam, eles prescrevem a fisioterapia o resto somos nós que tratamos.”

Na realidade, os enfermeiros são os profissionais que, na maioria das situações, servem de elo de ligação entre clientes e médicos e ainda, muitas das vezes, entre clientes e família. Neves (2001), neste sentido, menciona que o enfermeiro tem condições para assumir o papel de elo de ligação, não só dentro da equipa multidisciplinar, mas também junto das diferentes instituições. Esta ideia é corroborada por Nunes (2000) que refere que uma vertente de eficácia da enfermagem é a articulação com outros profissionais, sendo que os enfermeiros deverão se assumir como profissionais que fazem a ligação entre os diferentes profissionais da equipa.

Neves (2001) acrescenta que, devido à natureza do trabalho na comunidade, são os enfermeiros de cuidados de saúde primários quem possuem maiores vantagens, devido ao facto de se encontrarem integrados na comunidade, podendo entrar em contacto com o ambiente familiar, o que favorece a utilização destes conhecimentos para a planificação dos seus cuidados. Contudo, e independentemente de se trabalhar em cuidados de saúde primários ou diferenciados, a verdade é que esta é uma função da qual o enfermeiro não se pode demitir, não só porque a própria natureza dos cuidados que presta exige destes profissionais um contacto sistemático com todos os intervenientes no processo terapêutico, mas também porque, e como já tem vindo a ser referido, são eles os profissionais que passam maior tempo junto dos clientes/família e, como tal, são eles quem melhor poderão fazer a ligação no seio da equipa.

4.2 - Mobilizador de recursos

Esta sub-categoria pretende relevar o papel que muitas vezes cabe ao enfermeiro de mobilizar recursos no caso dos clientes que necessitam de cuidados especiais.

EH1 – *“É assim se o doente for transferido para o Centro de Saúde com internamento, normalmente a chefe telefona para saber se há vaga ou não há vaga, (...)”*

EC6 – *“Às vezes a Junta de Freguesia também é contactada pelo menos da minha experiência, mas isso não diz respeito às altas hospitalares, diz respeito às outras situações que nós precisamos de apoio da Junta de Freguesia e é outro dos recursos a quem às vezes também dá para recorrer.”*

A prática dos cuidados continuados ocorre dentro de um sistema interdisciplinar de prestação de cuidados, o que torna imprescindível a cooperação e a colaboração entre todos os elementos da equipa multidisciplinar. O enfermeiro, como peça chave desta equipa, ocupa um papel de destaque no que concerne à mobilização de recursos, como se pode comprovar pelos excertos anteriormente referidos.

A par da preparação do cliente para a alta e da adaptação do cliente e da família à nova situação de saúde no internamento e no domicílio, a coordenação dos recursos adequados é fundamental para que, e como referem Jesus, Silva e Andrade (2005), a continuidade dos cuidados possa ser garantida. Mobilizar os recursos disponíveis é, pois, uma medida que deve ser tomada após uma avaliação cuidada das necessidades do cliente, bem como após o estabelecimento de prioridades de actuação. Estas medidas deverão ser asseguradas pelos enfermeiros quer no internamento, quer no centro de saúde, de forma a que, e de acordo com Santos (2002), a sua implementação se traduza em ganhos efectivos de saúde, demonstrados pela redução do número de internamentos, bem como no tempo dos mesmos.

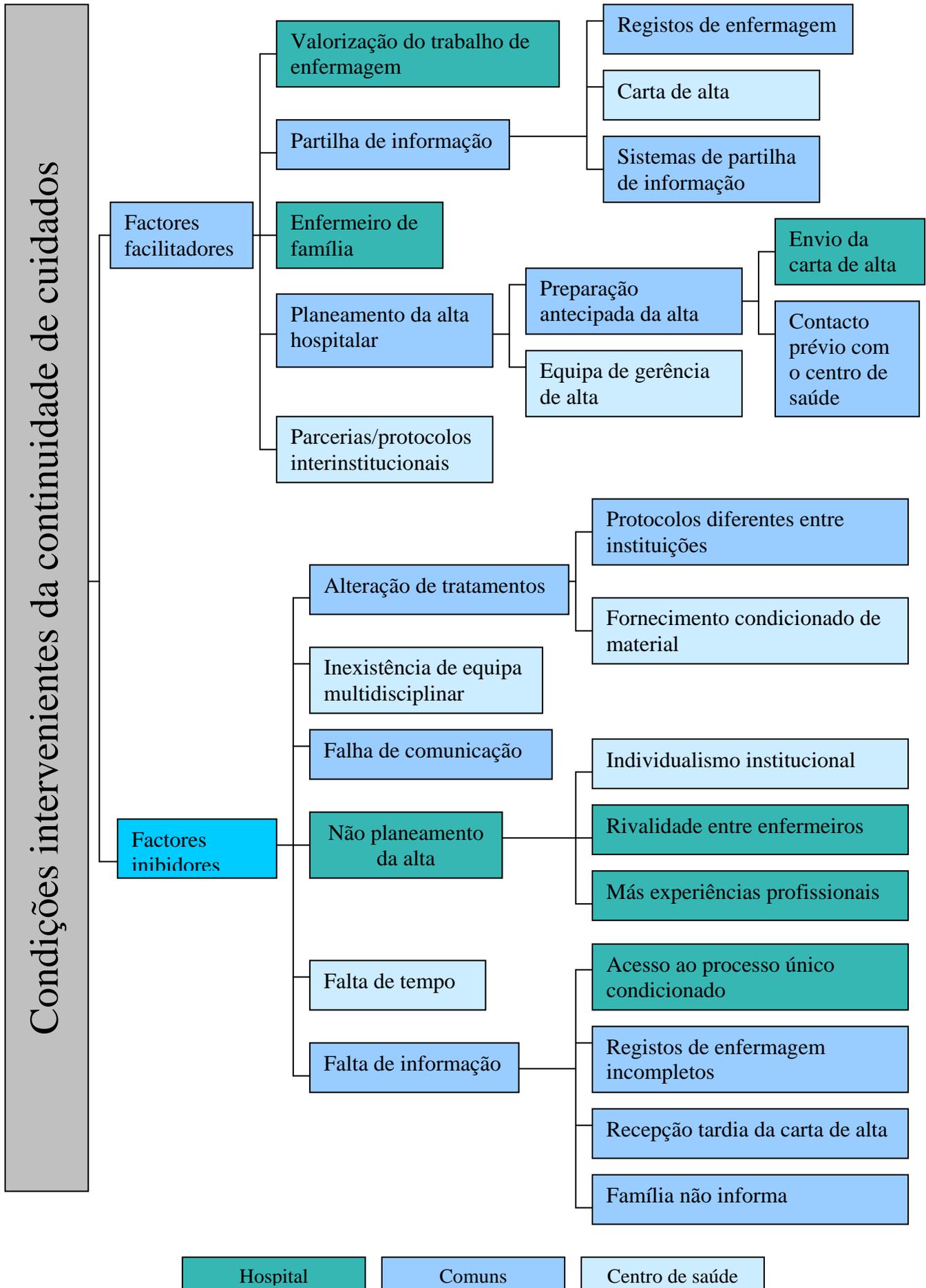
5 – CONDIÇÕES INTERVENIENTES DA CONTINUIDADE DE CUIDADOS

Designámos de “condições intervenientes” tal como referem Strauss e Corbin (1998), ao conjunto de factores que afectam a ocorrência do fenómeno, que no caso particular do nosso estudo é a articulação de cuidados de enfermagem entre o Hospital e o Centro de Saúde. Assim esta categoria surge no sentido de descrever os factores que poderão influenciar, positivamente e negativamente, as acções dos enfermeiros aquando da articulação de cuidados entre ambas as instituições. Assim, para compreender melhor esta categoria optamos por dividir as condições intervenientes em **factores facilitadores** e **factores inibidores**.

Por **factores facilitadores** pretendemos agrupar as condições que motivam os enfermeiros a agirem no sentido de promoverem a continuidade de cuidados aquando do interface entre o Hospital-Centro de Saúde e vice-versa. Denominamos de **factores inibidores** aos factores que dificultam a articulação de cuidados, inibindo os enfermeiros de agirem no sentido da promoção da continuidade de cuidados.

O diagrama seguinte (Figura 8), pretende demonstrar as categorias que surgiram, as suas relações e os códigos correspondentes:

Figura 8: Condições intervenientes da continuidade de cuidados



5.1 - Factores Facilitadores

A articulação de cuidados de enfermagem entre as instituições, Hospital-Centro de Saúde, pela sua natureza complexa possui um conjunto diverso de condicionantes que poderão influenciar o seu adequado desenvolvimento, pelo que se torna imprescindível conhece-los para que se possa melhorar todo este processo.

Assim surgiram as seguintes categorias: **Valorização do trabalho de Enfermagem; Partilha de Informação, Enfermeiro de família; Alta Hospitalar; Parcerias/Protocolos Interinstitucionais.**

A **Valorização do trabalho de enfermagem**, surgiu na sequência dos discursos de alguns participantes que desempenham funções no Hospital, que mencionaram que o facto do trabalho de enfermagem ser valorizado e elogiado quer pelos seus pares quer pelos que usufruem destes mesmo cuidados, constitui uma fonte de motivação para continuar a trabalhar para a melhoria desta articulação.

EH3 – “ (...) *mas há colegas que agradecem, e já temos tido algumas experiências assim engraçadas...*”

EH4 – “ (...) *eles sabem que se podem apoiar muito nos enfermeiros do Centro de Saúde, pois normalmente as famílias têm um respeito muito grande pelos enfermeiros do domicílio, falam muito dos enfermeiros do domicílio que são os que ajudam muito, e que colaboram e que estão muito disponíveis e que passam lá por casa para ver como as coisas estão.*”

O reconhecimento do trabalho de enfermagem constitui-se, tal como Cura e Rodrigues (1999) mencionam, no seu estudo sobre a “Satisfação profissional dos enfermeiros”, num factor causal para que estes profissionais se sintam satisfeitos com o seu trabalho. Os mesmos autores referem que “ (...) em virtude das exigências próprias do tipo de trabalho desenvolvido pelo enfermeiro, actuando na função de assistir ao paciente, ele possivelmente terá maiores condições e técnicas para melhorar a qualidade dessa assistência, se estiver satisfeito com o seu trabalho.” (1999:21).

Neste sentido o reconhecimento pelos outros de que o que fazemos tem valor torna-se uma fonte de motivação para que o enfermeiro se sinta motivado para colaborar no sentido da melhoria da articulação interinstitucional.

É interessante também verificar que uma das afirmações anteriores faz referência ao facto do trabalho das colegas do outro nível de trabalho ser elogiado pelos familiares, o que nos parece constituir uma fonte de estímulo para os enfermeiros da área Hospitalar no sentido de articularem com os seus colegas do Centro de Saúde uma vez que estes desempenham um papel de apoio e suporte aos clientes e suas famílias.

A questão da transmissão da informação, na continuidade de cuidados, tem-se constituído numa preocupação das instituições de saúde e dos profissionais que lá desempenham funções. Sousa (2005) menciona que o sistema de informação actual se caracteriza por reflectir um carácter individualista das instituições Hospital-Centro de Saúde, pelo que se torna urgente favorecer a troca de informação entre os serviços de saúde, e seus profissionais de forma a promover a articulação de cuidados.

Assim a **partilha de informação** constitui-se um factor unanimemente referido pelos enfermeiros como demonstram os excertos seguintes:

EH1 – “ (...) se houvesse partilha de informação seria bem mais fácil.”

EC4 – “E, claro, esquecem-se que a troca de informação é essencial para a continuidade dos cuidados.”

A sociedade actual, é uma sociedade de informação, uma sociedade que anseia por informação. A expressão “Sociedade de Informação” surgiu no final do século XX e assenta, segundo a Missão para a Sociedade da Informação (1997), num modo de desenvolvimento social e económico onde a informação, como meio de criação de conhecimento, desempenha um papel fundamental na produção de riqueza e na contribuição para o bem-estar e qualidade de vida dos cidadãos. Assim, a informação constitui uma necessidade e um suporte para as organizações actuais constituindo-se numa componente fundamental à sua existência. Neste contexto as organizações de saúde não constituem excepção, pelo que os seus profissionais sentem necessidade de processar dados para produzir informação.

Os enfermeiros no desempenho das suas funções “ (...) veiculam informação permanentemente, seja na relação com o cliente/doente, família ou comunidade, seja intra ou inter profissionalmente.” (Figueroa- Rêgo, 2003:37), ou seja a informação é uma parte integrante dos cuidados de enfermagem, pelo que o seu registo torna-se fundamental para a partilha de informação com os seus pares ou outros profissionais.

Os **registos de enfermagem** têm como finalidade descrever a situação de um cliente e os cuidados de enfermagem que lhe foram prestados. Assim, os registos de enfermagem constituem-se num elemento essencial, quer para a prestação de cuidados, quer para a sua continuidade. Esta perspectiva é compartilhada pelos enfermeiros do Centro de Saúde como comprovam os extractos seguintes:

EC6 – “ (...) a continuidade de cuidados é possível, desde que os registos sejam bem feitos e lidos.”

EC2 – “Apesar de não nos conhecerem e nós também não os conhecemos, mas por aquilo que está escrito acabamos por os conhecer porque realmente está tudo ali.”

É consensual que a informação de Enfermagem é fundamental para a prestação de cuidados de saúde, sendo importante, tal como a Ordem dos Enfermeiros (2007) salienta, para a formação, para a gestão, para as decisões clínicas e para a continuidade e qualidade dos cuidados de saúde. Neste sentido, torna-se fundamental assegurar que esta informação esteja devidamente documentada e integrada num sistema que permita o seu fácil acesso.

Cartaxeiro *et al* (2003) salientam que vários autores associam o termo “registos”, à noção de comunicação, constituindo-se numa forma de comunicação entre profissionais, nomeadamente a comunicação Enfermeiro/Enfermeiro. É neste contexto que a **carta de alta** se insere, constituindo-se num veículo de informação entre o enfermeiro do internamento e o enfermeiro dos cuidados de saúde primários. Luz (2003) refere que a carta de alta constitui-se num óptimo meio de comunicação pois fornece informações importantes ao enfermeiro para que este consiga continuar a prestar cuidados de saúde. Esta perspectiva é compartilhada por ambos os grupos de enfermeiros entrevistados como comprovam os excertos seguintes:

EH3 – “Eu penso que essa política de instituir o envio da carta de alta por todos os serviços do hospital eu acho que está a valorizar essa relação entre o Hospital e os cuidados de saúde primários.”

EC2 – “Na minha opinião o que realmente tem facilitado é a informação que o doente traz do hospital, tanto a informação clínica como a informação de enfermagem. É uma mais-

valia, porque a partir dali, já sabemos o que se passa e já é meio caminho andado para fazermos a nossa, o nosso plano de cuidados.”

Luz (2003) neste sentido, também refere que os registos de enfermagem devem permitir a continuidade dos cuidados em meio hospitalar e deste para a comunidade e vice-versa, pelo que seria fundamental criar um sistema de informação bidireccional que complementa-se a informação da carta de alta. É neste contexto que os sistema de informação assumem a sua relevância.

Alazraqui, Mota e Spinelli (2006) reportando-se à OMS, referem-se aos sistemas de informação em saúde como sendo um mecanismo de colheita, processamento, análise e transmissão da informação, fundamental para a organização e funcionamento dos serviços de saúde. Esta necessidade de transmitir a informação é que tornou indispensável a implementação de sistemas de partilha de informação entre as instituições de saúde, que permitissem por um lado a maximização da gestão dos serviços e a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde.

Os sistemas de partilha de informação devem facilitar os fluxos de informação que se devem estabelecer entre os diferentes intervenientes nos diferentes contextos onde os cuidados de enfermagem se encontram.

O desenvolvimento de **Sistemas de partilha de informação em enfermagem**, pela relevância que a informação em enfermagem constitui para os sistemas de saúde, poderá constituir, tal como Sousa (2005:28) menciona, “ (...) uma das estratégias que favoreça a melhoria do acesso aos cuidados de saúde, com garantia da sua qualidade (...)”.

Assim os excertos seguintes revelam a consciencialização, de ambos os grupos de enfermeiros entrevistados, da relevância e urgência em implementar um sistema de informação eficaz que permita a partilha de informação no âmbito dos cuidados de enfermagem:

EC3 – “ (...), por exemplo um registo informático que quer o Hospital quer o Centro de Saúde tivesse acesso á informação.”

EH3 – “ Mas por exemplo, é muito engraçado eu tive numa formação da Ordem dos Enfermeiros lá fora, e parece que existe um registo informático... em que a minha colega do Centro de Saúde sabe por exemplo, que o seu doente está internado no Serviço de

Medicina e o que é que está a ocorrer com aquele doente pronto, e eu sei que aquele doente quando tiver alta esse enfermeiro vai ter acesso àquela informação, se houve-se cá seria muito bom.”

Os sistemas de partilha de informação em enfermagem deverão ser entendidos como “ (...) um sistema de representação de uma melhor acessibilidade e maior integração dos sistemas de informação.” (OE, 2003:8). A Ordem dos Enfermeiros (2007) acrescenta ainda que sistemas de informação integrados tornam a comunicação mais eficaz e efectiva, sendo imprescindível para o desenvolvimento desta comunicação a utilização de uma linguagem comum, que possibilite por um lado a descrição dos cuidados de enfermagem prestados e por outro a continuação destes mesmos cuidados por outros profissionais.

A sub-sub categoria **Enfermeiro de família** surgiu em consequência da opinião de alguns enfermeiros a desempenhar funções nos serviços de medicina, que consideram que a existência de um enfermeiro de família nos cuidados de saúde primários constituiria uma mais valia:

EH3 – “ (...) outra coisa que também facilitaria era o facto de haver o enfermeiro de família, por exemplo, eu já sei que aquele enfermeiro é responsável por aquelas famílias, e ele ao saber que um doente da sua lista está internado, liga para o hospital e aí obtém as informações que quisesse e se, nós enfermeiros do Hospital quiséssemos saber alguma coisa sobre aquela família, ligaríamos para aquele enfermeiro a saber o que necessitasse, até já saberia quando fizesse a carta de alta a quem era que eu a dirigia. E isso facilitava-nos muito mais, quer dizer, isso era um sonho, que eu espero que venha a acontecer.”

Teixeira (2003) fazendo uso das indicações da OMS menciona que o enfermeiro de família é o enfermeiro que acompanha as situações de saúde e de doença, de um determinado número de famílias, ao longo do seu ciclo vital, desempenhando funções a nível da promoção de saúde, prevenção da doença, reabilitação, e a prestação de cuidados ao indivíduo doente ou que se encontram em estádios finais de vida.

Os enfermeiros cada vez mais têm a preocupação de desenvolver novas e diversificadas formas de intervenção tendo em vista os cuidados de saúde centrados no cliente e sua família. Actualmente os cuidados de enfermagem encontram-se perante uma realidade cada vez mais complexa, onde a acção de enfermagem não se pode se

centrar apenas nas necessidades do indivíduo doente, mas nas necessidades dos que o rodeiam, nomeadamente sua família.

Teixeira (2003:177) salienta que o enfermeiro de família “ (...) assume papel fundamental na planificação e articulação de cuidados, com os diversos profissionais de saúde, bem como, com outros sectores e recursos da comunidade.” Partilhando deste pressuposto acreditamos porém, que apesar de não ter sido referenciado pelos enfermeiros, para além do “enfermeiro de família”, a adopção do método do “enfermeiro de referência” nos serviços hospitalares, constitui-se num contributo para a articulação de cuidados.

Costa (2004) menciona que neste método o enfermeiro fica responsável pelos cuidados, a um determinado cliente durante todo o internamento, trabalhando em conjunto com outros enfermeiros que o substituem na sua ausência. O mesmo autor (2004) salienta que o objectivo principal deste método é a humanização dos cuidados e a descentralização das tomadas de decisão, o que para além de promover a continuidade conduz a uma maior satisfação dos clientes, conduzindo, deste modo, à melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Jesus, Silva e Andrade mencionam que o **Planeamento da alta** tem sido utilizado para “ (...) descrever o processo que auxilia o utente e sua família nas suas necessidades de cuidados de saúde, aquando da alta de uma instituição de saúde.” (2005:25). Neste sentido para que a continuidade, seja garantida aquando da transição do cliente da instituição de saúde onde está internado para a casa, torna-se fundamental um planeamento adequado da alta.

Baltar *et al* (2000) no seu trabalho sobre o planeamento da alta em contexto hospitalar, constataram que alguns enfermeiros do Centro de Saúde onde o estudo se realizou, mencionaram como vantagens para o planeamento da alta: uma adequada reintegração do cliente e suas famílias na comunidade, e a diminuição, por um lado do tempo de internamento e por outro do número de reinternamentos.

Faustino *et al* (2002) salientam que é urgente o investimento num projecto de planeamento de altas que permita que a alta clínica coincida com a saída efectiva do cliente da instituição e com a disponibilização dos recursos que vão dar resposta às necessidades do cliente / família. Para que tal aconteça torna-se fundamental que o planeamento da alta seja elaborado o mais precocemente possível, mais precisamente desde o primeiro encontro com o cliente, no momento da admissão.

Assim **Preparação antecipada da alta** constitui-se num factor que os enfermeiros quer do Hospital quer do Centro de Saúde consideram melhorar o processo de articulação:

EH2 – “ (...) agora estão cada vez mais investindo no planeamento antecipado da alta, isto da nossa parte, (...)”

EC6 – “Também temos as altas programadas, poderiam melhorar a articulação (...)”

Faustino et al (2002) relativamente ao planeamento antecipado da alta refere que preparar antecipadamente a alta possibilita a preparação, tanto do cliente e sua família, como dos outros prestadores de cuidados para a transição do Hospital-Centro de Saúde, de forma a evitar uma organização tardia a que várias vezes assistimos.

A preparação adequada da alta implica necessariamente a partilha de informação quer com o cliente e sua família, quer com os profissionais da instituição que apoiaram o cliente/família aquando do seu regresso a casa.

Jesus, Silva e Andrade (2005) mencionam que “ A equipa que seguirá o utente em casa deve receber uma informação completa sobre as suas necessidades, esta informação pode ser dada através de um contacto verbal ou de um documento escrito - carta de alta.”

A importância da carta de alta para a continuidade dos cuidados já foi amplamente mencionada ao longo deste trabalho, porém e reportando-nos para a articulação dos cuidados de enfermagem não se pode resumir apenas à sua elaboração, torna-se importante reflectir sobre o seu envio e recepção. Luz (2003) salienta que na maioria das vezes são os clientes/família que efectuem o envio/recepção da carta de alta, o que poderá conduzir a alguns inconvenientes, nomeadamente a perda de informação pertinente para os cuidados. Neste sentido torna-se urgente implementar novos canais de comunicação entre o Hospital e o Centro de Saúde, sendo o **envio da carta de alta por correio** uma sugestão mencionada pelos enfermeiros dos serviços de medicina, que poderá contribuir para ultrapassar a questão da perda de informação:

EH3 – “Mas pelo menos que houvesse uma garantia de entrega da carta de alta à enfermagem, que na minha opinião não deveria ser entregue à família e deveria ir directamente para o colega, (...)”

EH3 – “ Por exemplo, se tivéssemos o hábito, e agora as cartas de alta vão passar a ir para o Centro de Saúde, porque agora o Hospital já agora, envia as cartas de alta

médicas por Correio, e as de enfermagem vão passar também a ser, e assim temos a certeza que chegam lá.”

Luz (2003) também refere que enviar uma carta de alta para o serviço que acompanhará o cliente no domicílio, não é suficiente para se conseguir a adequada articulação que a preparação antecipada da alta poderá proporcionar, pelo que segundo as enfermeiras entrevistadas no estudo elaborado pelo autor atrás citado, a comunicação prévia da data provável da alta do cliente poderá constituir uma forma eficiente de transmitir informação e de contribuir para a preparação adequada do regresso a casa do cliente.

Assim o **Contacto prévio com o centro de saúde** constitui-se num aspecto referenciado pelos enfermeiros das duas instituições como sendo uma condição que facilita este processo de articulação:

EC5 – *“Agora o facto de quando os doentes terem alta nos telefonarem a informar de antemão que vamos receber o doente é bom.”*

EH5 – *“O que poderia facilitar era um contacto prévio com os Centros de Saúde, se calhar era um benefício, pronto um contacto a dizer “Olha vai um Sr.º assim e assim, vai precisar disto e daquilo...” e não ir só a carta assim a seco, se calhar era um benefício.”*

O planeamento da alta para ser efectivado como já referido anteriormente constitui-se num conjunto de esforços de uma equipa multidisciplinar que tem como objectivo assegurar a melhor qualidade das transferências dos clientes dependentes para outros níveis de prestação de cuidados, potenciando esta articulação dentro e fora do Hospital. Para que tal seja possível torna-se imprescindível a existência de uma **Equipa de Gestão de Altas** que se responsabilize por este planeamento:

EC1 – *“ (...) pronto o enfermeiro responsável ou o enfermeiro chefe iria ao Hospital... pronto um doente iria sair, supúnhamos, e depois de avisarem a unidade e nós iríamos lá, programar a alta ver a situação do doente para depois preparar o domicílio com os recursos da comunidade para quando chegasse o momento da alta estar tudo preparado, ou seja haver equipas coordenadas para preparar a alta.”*

No Decreto-lei nº 101/2006, de 6 de Junho, sobre a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, no seu artigo 23º menciona que a equipa de gestão de altas consiste numa equipa multidisciplinar que tem como objectivo a gestão e a preparação de altas hospitalares dos clientes que necessitam de acompanhamento dos seus problemas de saúde e sociais, quer no domicílio quer em articulação com as unidades existentes na rede de cuidados continuados.

A constituição de equipas de gestão de altas sedeadas nas unidades hospitalares, responsáveis quer pela sistematização de toda a informação essencial à preparação da alta, quer pela articulação com os recursos existentes na rede de cuidados, constitui-se num importante contributo para todo o processo de transferência do cliente, constituindo-se deste modo num objectivo do Sistema de Saúde, no sentido de proporcionar ao cliente e sua família um acompanhamento adequado, aquando da sua alta hospitalar.

O estabelecimento de **Parcerias/protocolos interinstitucionais** são um factor facilitador, apontado pelos enfermeiros como sendo de primordial importância para desenvolver e garantir a continuidade de cuidados, como podemos verificar pelos seguintes excertos:

EC2 – *“Por outro lado acho que a criação deste serviço de cuidados continuados domiciliários, com protocolos previamente estabelecidos com o hospital, com protocolos devidamente assinados e estabelecidos, eu acho que era o que estava a fazer falta, espero que seja.”*

EC6 – *“(…) porque se faço questões ou visitas só demonstra preocupação pelo doente, pois o doente não é a meu nem teu. É nosso, e todos deveríamos trabalhar para o mesmo fim.”*

Contudo, o estabelecimento de parcerias e protocolos entre hospital e centro de saúde só faz sentido se acontecer num ambiente em que o planeamento de estratégias de intervenção, por ambos grupos de enfermeiros envolvidos, possam de forma eficaz, ajudar a potenciar capacidades no cuidar, minimizando as implicações negativas, sob o ponto de vista físico, mental e social no cliente, decorrentes da não articulação entre ambas instituições.

Os Cuidados Continuados, devido à sua complexidade requerem uma abordagem intersectorial, o que implica necessariamente o estabelecimento de parcerias e a criação de redes de apoio social de forma a manter uma continuidade de cuidados de qualidade.

O estabelecimento de protocolos, ou seja, de documentos que padronizam procedimentos dispostos à execução de uma determinada tarefa, e que pré-dispõem os recursos disponíveis, beneficia qualquer instituição. Na realidade, este conjunto de *guidelines*, que acaba por ser um protocolo, contribui para o enriquecimento de qualquer instituição no geral e, no caso da interface hospital/centro de saúde, contribui indiscutivelmente para a garantia da continuidade de cuidados.

Porém, e apesar da boa vontade, parece que a articulação entre estes serviços ainda está longe de ser a ideal, sendo que o seguinte excerto ilustra bem esta realidade:

Ec3 – *“(...) se as Instituições, Hospital-Centro de Saúde também trabalham ainda de costas voltadas e se trabalhassem mais em conjunto os profissionais envolvidos também se sentiriam “obrigados” – não é bem obrigados, mas motivados – a trabalhar também em conjunto. Se houvesse mais protocolos entre as duas instituições, os profissionais envolvidos teriam que arranjar estratégias para trabalhar em conjunto e para comunicarem melhor.”*

A não existência de estruturas de apoio para clientes com necessidades de supervisão nas suas actividades de vida diária, as dificuldades de comunicação e a falta de responsabilização dos cidadãos pelo seu estado de saúde constituem barreiras ao desenvolvimento destas parcerias/protocolos. Deste modo, o estabelecimento de objectivos e estratégias comuns, bem como a consciencialização destas instituições do papel que desempenham na rede de cuidados integrados, constituiu um factor importante para uma rede de suporte social.

5.2 - Factores inibidores

Por factores inibidores, designamos o grupo de condicionantes que, segundo os enfermeiros entrevistados, interferem negativamente no processo de articulação de cuidados de enfermagem entre o Hospital-Centro de Saúde, influenciando de forma negativa as suas acções no sentido de garantirem a continuidade de cuidados. Neste sentido surgiram as categorias: **Alteração de tratamentos, Inexistência de uma equipa multidisciplinar, Falha de comunicação, Não planeamento da alta, Falta de tempo e Falta de informação.**

Mendes e Fensterseifer (2004) referem que a grande preocupação em continuar com os tratamentos deve-se ao facto de que tratamentos irregulares, além de não

curarem os clientes, podem transformá-los em casos resistentes aos medicamentos usados. Assim, a **Alteração de tratamento** que, não raras vezes, se fazem para que possam dar resposta aos protocolos de cada instituição de acordo com o material disponível em cada uma delas, afigura-se como uma desvantagem para que a continuidade de cuidados seja garantida. Neste sentido, a existência de **Protocolos diferentes entre instituições** constituem uma das razões porque os enfermeiros por vezes alteram o tratamento, como comprovam os excertos seguintes:

EC2 – *“O que dificulta muitas vezes, mas isso é de ambos os lados, é a discordância de atitude, de acções, de elaboração de planos, pronto, estou a lembrar-me essencialmente a nível de tipo de pensos utilizados.”*

EH2 – *“A gente à partida deve seguir um esquema que é aquele que é obrigatório e que temos estipulado aqui no serviço, (...)”*

As restrições feitas pelas próprias instituições muitas vezes conduzem à descontinuidade de cuidados. A preocupação, de certo modo compreensível, em tornar os cuidados dentro da instituição o mais uniformes e contínuos, leva a que, muitas vezes, se esqueçam das particularidades que alguns clientes apresentam, para além de se relativizar todo o seu *background* e todos os cuidados que lhe foram prestados antes ou após o internamento.

Em consequência de haver protocolos diferentes entre instituições, naturalmente a dotação de material é, necessariamente, distinta. Ao serem prescritos tratamentos, o médico que o faz poderá ter em atenção os protocolos instituídos na instituição onde trabalha, porém, desconhece quais os da instituição para onde o doente poderá eventualmente, um dia, ser transferido. Estas situações favorecem a quebra da continuidade do tratamento, pois o **Fornecimento condicionado de material** implica ou que seja requisitado material (que poderão levar muito tempo a ser adquiridos, devido às condicionantes políticas), ou então a alteração do tratamento, para outro que se encaixe nos padrões protocolares da instituição receptora:

EC3 – *“Depende, por exemplo às vezes vem orientações para fazer um tratamento a uma ferida, e muitas vezes é complicado conseguirmos o material, de um dia para o outro porque temos que pedir ao armazém, o armazém tem de arranjar o material se não fizer parte do stock do Centro de Saúde e primeiro que venha leva um bocadinho de tempo.”*

Todavia, se houver vontade de todas instituições de saúde (que trabalham em rede), poder-se-ia evitar estas situações, consertando protocolos comuns, levando a que a continuidade de tratamentos fosse garantida, caso houvesse necessidade de transferir um doente, independentemente da instituição para qual ele fosse.

Como referimos anteriormente os cuidados continuados implicam uma abordagem multidisciplinar indispensável para atendermos o cliente e sua família de uma forma integral. A categoria **Inexistência de uma equipa multidisciplinar** surgiu no sentido das afirmações dos enfermeiros que desempenham funções no Centro de Saúde que reconhecem que o facto de não existir uma equipa multidisciplinar nos serviços, constitui um entrave à adequada continuidade indispensável para a articulação dos cuidados de enfermagem:

EC5 – *“Muitas vezes e na nossa unidade, metade da população se calhar não tem médico de família, não existe uma equipa multidisciplinar, infelizmente. O que faz com que às vezes não se consegue resolver aqui, e às vezes por coisas que o médico de família conseguiria resolver.”*

EC6 – *“Muitas vezes o facto de não termos nem médicos de família, nem psicólogos, são entraves para se conseguir cuidar destas pessoas, pois não sabemos a quem recorrer para resolver muitos problemas.”*

Centa e Almeida (2003) salientam, que ao considerarmos que a unidade prestadora dos cuidados não é um profissional isoladamente, mas sim uma equipa, estamos a considerar que assistência de saúde passa a ter como característica central o trabalho colectivo e complexo, onde a interdisciplinaridade e a multiprofissionalidade é indispensável. Porém a falta de profissionais nos serviços de saúde tornam, tal como Correia et al (2001) mencionam, a multidisciplinaridade pouco praticável, uma vez que em algumas equipas os cuidados proporcionados nos cuidados continuados, são na sua maioria prestados pelos enfermeiros. De facto, a integração do conhecimento de várias profissionais não é uma tarefa fácil, requer o esforço conjunto quer das instituições de saúde quer dos profissionais que lá trabalham, contudo a consciencialização da sua importância para a prestação de cuidados continuados, constitui um passo importante para que os serviços de saúde fomentem a implementação deste método de trabalho.

A continuidade de cuidados depende do esforço conjunto, da interacção e da responsabilização quer dos gestores de saúde, dos profissionais, aos clientes/famílias e da sociedade em geral.

Para que o enfermeiro desenvolva uma interacção eficaz e garanta a continuidade de cuidados, é necessário que se consciencialize da importância da comunicação. A sub-sub-categoria **Falha de comunicação** pretende reflectir as consequências de uma comunicação deficitária, como os seguintes excertos ilustram:

EC3 – “(...) não me lembro de nenhum caso de recebermos um telefonema dos colegas do hospital a dizer que vai para o domicílio tal pessoa em tais condições e vão ser precisos tais cuidados... nunca, nunca presenciei essa situação.”

EH3 – “(...) é raro, é muito raro contactarmos em primeiro lugar com o Centro de Saúde ou com os enfermeiros daquela área, e também é muito raro eles contactarem connosco, (...)”

A comunicação entre duas pessoas é complexa, devido, em parte, aos diferentes factores que a influenciam directa ou indirectamente, que constituem variáveis que a tornam um processo único, em que cada pessoa interpreta as mensagens de maneira diferente. É necessário que o enfermeiro tenha em conta estes factores quando comunica porque, como refere Jones e McManemy (*in* Potter e Perry, 1999), só conhecendo-os é que poderá recorrer a certas estratégias para evitar determinados constrangimentos. Neste sentido, os autores anteriormente referidos estabeleceram diferentes factores que consideram influenciar a comunicação, procurando agrupá-los em *desenvolvimento, percepções, valores, emoções, história cultural, género, conhecimento, papéis e relacionamentos e ambiente*.

O **Individualismo institucional, Rivalidade entre enfermeiros e Más experiências profissionais** são três sub-sub-subcategorias apontadas e que estão directamente relacionadas com o factor *papéis e relacionamento*, o que quer dizer que, não só as pessoas comunicam com um determinado estilo, decorrente dos papéis sociais e relações que desempenham, mas também essa comunicação é influenciada pelo receptor da mensagem, pois a comunicação é mais eficiente quando os intervenientes estão atentos ao seu papel na relação. Saliente-se que a primeira sub-sub-sub categoria foi apenas referida pelos enfermeiros do Hospital, ao passo que as outras duas foram apenas referidas pelos enfermeiros do centro de saúde.

O **Individualismo institucional** é um factor que parece inibir a comunicação entre os diferentes actores da prestação de cuidados. Efectivamente, se o centro da actuação dos profissionais for desviado do cliente para outros focos de atenção, a

verdade é que pode levar a que ocorram falhas na comunicação entre as diferentes instituições.

A cultura do individualismo na prática profissional é uma consequência da natureza burocrática dos sistemas político-administrativos. No entanto, cabe a nós, enquanto actores activos destes sistemas, trabalhar para que esta realidade seja, cada vez mais, substituída pelo trabalho articulado entre as diferentes instituições.

O reconhecimento de que comunicar é necessário para que a continuidade de cuidados seja mantida e garantida, deverá ser estimulada tendo por base a ideia de que a mensuração da qualidade de cuidados passa, também, pela comunicação dos cuidados prestados, não só entre profissionais da mesma instituição, mas também entre enfermeiros de diferentes instituições, levando à necessidade de alimentar relações entre Hospital/Centro de Saúde, evitando o individualismo institucional, apontado pelos entrevistados.

Ec4 - *“Ainda estão muito preocupados aqui com o seu trabalho aqui no Centro de saúde, os do hospital, com o seu do internamento, cada qual com o seu canto.”*

Ec1 – *“ (...) eu acho que também há um pouco de desresponsabilização, a partir do momento em que o doente entra no hospital ele é doente do hospital e das colegas do internamento, depois quando ele vai... quando ele vem para a unidade, então aí já volta ser nosso doente.”*

Na verdade, e como já foi debatido, o estabelecimento de protocolos e parcerias entre ambas as instituições, só traria vantagens, uma vez que evitar-se-ia o individualismo institucional, referido pelos enfermeiros.

Efectivamente, ao perceber a importância da articulação entre cuidados de saúde diferenciados e cuidados de saúde primários, os enfermeiros tornam-se mais responsáveis pelos cuidados que prestam e que não podem terminar nem com o internamento no caso do Centro de Saúde, e nem com a alta, no caso do Hospital.

No que se refere à **Rivalidade entre enfermeiros**, há a referir que este factor pode constituir-se como um factor desmotivante no trabalho. Na verdade, a rivalidade entre enfermeiros do centro de saúde e enfermeiros do hospital, pode levar a que o contacto entre ambos não seja uma realidade, como podemos verificar pelos seguintes excertos de entrevistas:

EH3 – “*Vamos lá ver... não sei. Eu acho existe uma barreira por parte dos enfermeiros, eu acho que a ideia que dá é que os enfermeiros eu não sei... eu não sei se são os enfermeiros do Hospital que se... que se valorizam tanto em relação aos enfermeiros do Centro de Saúde.*”

EH4 – “*(...) e acaba por haver uma rivalidade entre os dois grupos de enfermeiros o que acaba por prejudicar os cuidados, (...)*”

De acordo com os excertos apresentados, parece que a rivalidade entre enfermeiros do centro de saúde e do hospital, emerge do facto de haver uma certa competição e concorrência, decorrente, provavelmente, da disputa pelo reconhecimento por parte dos clientes, traduzida pela valorização do seu trabalho. Essa rivalidade, porém, leva a que a qualidade de cuidados não seja a desejada, pois a comunicação entre enfermeiros acaba por ser reduzida e, quando existe, apresenta-se revestida de traços comportamentais de superioridade, relacionada com a sobre-valorização do seu trabalho em relação ao dos colegas, o que pode ser constatado com o seguinte excerto:

EH4 – “*Existe uma certa dicotomia entre enfermeiros do Centro de saúde e enfermeiros do hospital. Os do centro de saúde consideram que acabam por prestar melhores cuidados porque são cuidados domiciliários e que estão mais no terreno, os enfermeiros do hospital acham que são melhores porque actuam no imediato perante uma situação aguda do doente (...)*”

Neste sentido, torna-se evidente que a rivalidade inibe a continuidade de cuidados, isto porque os profissionais acabam por se prender com as particularidades do seu trabalho, sendo que a complementaridade de ambos acaba por ser ofuscada por uma competitividade absurda, que se traduz pelo não acompanhamento desejado dos clientes.

As **Más experiências profissionais**, são outro factor apontado pelos enfermeiros e procura reflectir os constrangimentos que decorrem da relação entre enfermeiros do hospital e do centro de saúde:

EH3 – “*(...) depois eu também tive outro caso... e são estas situações que nos faz ficar um pouco renitentes, as más experiências... inibe-nos de contactos futuros (...)*”

Sabemos, desde tenra idade, que é pela experiência que o Homem define e redefine as suas práticas e pensamentos. Thompson (citado por Martins, 2006) defende que é por meio da experiência que se entende a resposta mental e emocional de muitos acontecimentos interrelacionados ou a muitas repetições do mesmo tipo de acontecimento.

As experiências negativas anteriores vivenciadas pelos enfermeiros, aquando do contacto com outros enfermeiros da outra instituição, acabam por inibir o estabelecimento de contactos futuros entre ambas instituições, levando a que a continuação de determinado cuidado seja interrompida. Na verdade, esta situação acaba por alimentar uma rivalidade cada vez maior entre enfermeiros, traduzida por um distanciamento cada vez maior entre ambos grupos de profissionais, sendo que quem sai prejudicado é, invariavelmente, o cliente ao nosso cuidado.

A saída da unidade hospitalar para o domicílio, poderá constituir uma etapa bastante complicada e difícil para o cliente e sua família, que se vêem confrontados com uma nova realidade resultante da situação de dependência com que estes clientes se deparam. Silva (2007) menciona que o internamento numa unidade Hospitalar constitui, muitas vezes, um acontecimento traumatizante e causador de dificuldades de diversa ordem. O mesmo autor (2007) salienta que uma alta hospitalar, súbita e sem qualquer preparação dificulta a continuidade dos cuidados, uma vez que as famílias impreparadas e desprevenidas deparam-se com dificuldades em fazer o acompanhamento do seu familiar no domicílio. A falta de apoio, de formação e de condições para assegurar os cuidados no domicílio, são consequência da falta de planeamento aquando da alta hospitalar. O **Não planeamento da alta** constitui-se, desde modo, num factor que para além de dificultar o acompanhamento por parte da família no domicílio, dificulta a adequada articulação e mobilização de serviços e recursos existentes na comunidade, indispensáveis para ultrapassar muitos dos obstáculos existentes nos cuidados a prestar aos clientes dependentes e suas famílias. Assim, os enfermeiros dos serviços de medicina apesar de entenderem que a alta é um processo contínuo e que deve ser preparada desde o início da admissão, referem porém que, na realidade, isto não acontece:

EH3 – “ *O que está preconizado é que devemos preparar a alta do doente desde o momento da admissão, mas não é isso que acontece. Normalmente na admissão nós identificamos alguns problemas e vamos tentando resolver, mas muito é deixado para o momento da alta.*”

EH4 – *“Muitas vezes a alta, é feita com muita rapidez com tanta pressa que acabamos por não contactar com o Centro de Saúde, (...)”*

Outra situação que parece acontecer com alguma referência, são as altas prematuras como forma de solucionar o problema do número insuficiente de camas no hospital:

EH4 – *“ (...), mas a grande preocupação e que se não houver vagas aquele doente tem que ser encaminhado rapidamente para o domicílio, conseguem que o doente fique internado até não houver necessidade porque se houver necessidade o doente tem que se ir embora, (...)”*

Essa situação, de acordo com Oliveira (2006), é admissível desde que correctamente planeada e combinando muito bem as altas prematuras dos clientes com os cuidados domiciliários. Julgamos que o acompanhamento articulado e continuado no pós-alta dos clientes é fundamental para evitar as recaídas, que, na grande maioria dos casos, obrigam ao reinternamento. Provavelmente se a alta for preparada desde o dia de admissão e em articulação com os cuidados domiciliários continuados, as taxas de reinternamento reduzirão e, conseqüentemente, todas as desvantagens que advêm dessa situação também. Outro aspecto a considerar, e que deverão ser evitadas, são altas precoces sem que os problemas e necessidades sociais sejam investigados e satisfeitos, e sem se saber que medidas de suporte têm os clientes. Ao implementar este conjunto de medidas, os enfermeiros estão a minimizar e a evitar as conseqüências de uma alta prematura.

Almeida (1999) refere que uma das objecções, frequentemente mencionadas pelos profissionais de saúde, para uma abordagem personalizada ao cliente é o factor tempo, comprovado pelos extractos seguintes:

EH3 – *“ (...) Por exemplo... eu acho que por vezes o que dificulta um bocado essa articulação... às vezes é um bocado de falta de tempo, de excesso de trabalho, (...)”*

Ec5 – *“É assim, não é para dar a desculpa da falta de tempo, se calhar há enfermeiros que já foram visitar estes doentes, mas normalmente não temos capacidade para irmos visitar estes doentes ao hospital, (...)”*

A incapacidade de dar resposta às necessidades dos clientes/famílias, por falta de pessoal de enfermagem é um aspecto amplamente mencionado, pelos profissionais como uma condicionante aos cuidados de enfermagem de qualidade. Porém, Almeida (1999) reportando-se a Savatofskie e Prayez salienta que a falta de tempo não pode ser impeditivo de uma prestação de cuidados personalizados.

A ênfase colocada aos cuidados técnicos e de manutenção, têm muitas vezes descurado os cuidados globais que caracterizam os cuidados continuados. Neste sentido, não podemos separar o contexto dos cuidados no hospital, do contexto dos cuidados no domicílio, uma vez que para que a continuidade seja efectiva a articulação entre estes dois níveis de cuidados é imprescindível.

Veiga (1994) salienta que o factor tempo está intimamente relacionado com o tempo de que dispomos e a forma como o organizamos. Assim, parece-nos que o momento concedido à promoção desta articulação tem que estar devidamente contemplado na prestação de cuidados, pois acreditamos que este tempo dispensado não é tempo perdido, mas sim tempo ganho uma vez que favorecerá o acompanhamento continuado destes clientes/famílias no domicílio, contribuindo deste modo, quer para a diminuição do tempo de internamento, quer para evitar reinternamentos futuros.

A **Falta de informação** é outra situação que foi apontada pelos enfermeiros entrevistados, como sendo um factor que influencia de forma negativa a continuidades de cuidados, como se pode depreender pelos seguintes excertos:

EH1 – *“(...) porque normalmente mesmo que o doente esteja a ser acompanhado em casa, eles quando vêm aqui para o hospital nunca nos mandam informação nenhuma, nunca trazem informação, eles vêm sempre sem informação, e no caso destes doentes estas informações são fundamentais para se conseguir um bom acolhimento e uma boa prestação dos cuidado.”*

EC3 – *“Eu também não quero parecer muito... não quero parecer mau ao dizer que muitas vezes as cartas de alta, normalmente, são... são muito incompletas, mas são... a maior parte das experiências é isso assim, nós recebemos uma carta de alta com pouca informação (...)”*

Os benefícios de uma relação bilateral estabelecida entre enfermeiros do hospital e enfermeiros do centro de saúde, em que a partilha de decisão impera, levam a que

ambos possam, em conjunto, tomar decisões clínicas adequadas à situação do cliente. Todavia, esta realidade só poderá ser estabelecida caso enfermeiros de ambas instituições detenham conhecimento igual da situação do cliente, evitando que a relação estabelecida entre eles seja uma relação de prova de força, mas antes uma relação de conjugação de forças, daí a importância dos enfermeiros estarem dispostos a partilhar toda a informação técnica com os parceiros nos cuidados, revelando os diagnósticos de enfermagem e médicos, qual o prognóstico, as intervenções delineadas e implementadas, bem como a avaliação efectuada.

O **Acesso ao processo único condicionado**, os **Registos de enfermagem incompletos**, a **Recepção tardia da carta**, e o facto de a **Família não informar**, foram as situações referidas pelos enfermeiros que, na sua opinião, conduzem à falta de informação. Acrescente-se que das quatro sub-sub-sub-categorias apontadas, a primeira foi referida exclusivamente pelos enfermeiros do hospital, sendo que as restantes foram referidas quer por estes quer pelos do centro de saúde.

O **Acesso ao processo único condicionado** afirma-se como um factor que inibe a continuidade de cuidados, pois muitas vezes podem haver nele contidas informações importantes que, não sendo do conhecimento dos enfermeiros, pode dificultar o planeamento e a prestação de cuidados. Uma vez que, e como afirma Sweeney (1998), o processo único se constitui como um documento histórico, a informação específica nele contida fornece informação preciosa não só sobre cada episódio de doença do cliente, mas também sobre a prestação de cuidados, daí que o acesso a este documento deveria ser possível a todos os profissionais envolvidos no plano terapêutico do cliente, sem qualquer restrição, ao contrário do que é afirmado pelos enfermeiros entrevistados, como se pode constatar pelos seguintes excertos:

EH4 – *“Nós não podemos pedir por nossa iniciativa o processo único, tem de ser sempre o médico a fazê-lo.”*

EH5 – *“No entanto, é necessário pedir ao médico, pois é ele que passa a requisição para ir ao arquivo (...).”*

O facto dos enfermeiros só poderem aceder ao processo único do cliente apenas se o médico aceder requisitá-lo, leva a que, invariáveis vezes, a continuidade de cuidados individualizados possa ficar comprometida, consequência directa do

desconhecimento de dados vitais do cliente, fundamentais para a planificação de cuidados, bem como para a sua implementação.

No que concerne aos **Registos de enfermagem incompletos**, a verdade é que muitas vezes estes são uma realidade. Na verdade, e como refere Sweeney (1998), é de primordial importância que os registos sejam rigoroso, correctos e realizados de forma completa, ao contrário do que é referido pelos enfermeiros:

EH5 – *“Também há situações, como por exemplo, a gente teve aqui uma senhora que ia ter alta e sempre pensamos que a senhora era dependente no domicílio, e só no dia da alta é que percebemos que não, (...)”*

EC6 – *“(...) pois os registos muitas vezes não são bem feitos, nomeadamente quando se escreve “Como o anterior”. Nem todos preenchem da mesma forma e valorizam a mesma informação, depende muito da boa vontade de cada um.”*

A falta de informação na elaboração dos registos pode levar a que ocorram diversos problemas, não só para os clientes, mas também para os enfermeiros. De acordo com Sweeney (1998) regra geral a elaboração de registos é incompleta, sendo que este facto, muitas vezes, resulta de actividades realizadas pela enfermagem que, nem sempre, são registáveis, pois muitas delas ocorrem em atmosferas difíceis de descrever. O mesmo autor, citando Masson, refere neste sentido, que é sempre difícil exprimir o não-verbal por palavras, o que requer empenho, talento e muito trabalho.

Todavia, e considerando os objectivos dos registos, há todo o interesse de que sejam o mais completos possíveis, pois deverão proporcionar informação completa acerca da implementação dos cuidados de saúde e da resposta dos clientes a estes cuidados. Para além disso, importa que sejam o mais correctos possíveis, porque podem-se constituir como uma base de dados para que investigadores possam identificar problemas e definir soluções.

A **Recepção tardia da carta de alta** é uma situação reconhecida pelos enfermeiros como um factor que dificulta o planeamento de cuidados:

EH3 – *“(...) nós sabemos que muitas vezes a família não vai hoje, não vai amanhã, porque até têm um consulta na próxima Quinta-feira e a entrega da carta pode esperar até lá (...)”*

EC1 – “(...) e só vão entregar a carta de alta alguns dias mais tarde e só vão entregar a carta de alta dias depois e isso dificulta muito também a continuidades dos cuidados (...)”

Como já foi reflectido anteriormente, poderão ser tecidas algumas considerações sobre como garantir a transmissão de informação entre enfermeiros do hospital e dos do centro de saúde. Efectivamente, o facto de ser o cliente ou a família o portador dessa informação pode acarretar alguns inconvenientes, como seja o facto de desconhecerem a sua situação clínica e o tratamento efectuados. Embora a informação aos clientes lhes diga respeito, a verdade é que se a ela acedam sem qualquer explicação, os clientes poderão vir a experimentar sentimentos de ansiedade, de receio e de medo face ao desconhecido. Por outro lado, o risco de se esquecerem ou de perderem o documento não são situações isentas de ocorrer e deverão ser ponderadas. Vivendo na sociedade da informação, seria de encontrar outras alternativas para o envio da informação, como seja o envio directo por mail, fax ou correio, de forma a ser inserida directamente no processo do cliente, onde toda a equipa tivesse acesso. Porém, parece-nos que os actores de todo este processo, quer ao nível dos cuidados de saúde diferenciados quer dos primários, necessitam de ser sensibilizados para participar num projecto desta amplitude e importância.

Cada vez mais os cidadãos devem tomar a responsabilidade da sua saúde nas suas mãos, evitando delegá-la nos profissionais de saúde. Para que a continuidade de cuidados seja uma realidade efectiva, torna-se fundamental que a informação seja reconhecida como primordial no processo de articulação de cuidados. Assim, é fundamental que todos os intervenientes reconheçam a sua importância e, neste caso particular, a família deverá ser esclarecida para que valorize e reconheça a importância de informar quando o seu familiar for internado, ou de outra situação qualquer de relevância para o planeamento adequado de cuidados. Muitas vezes a **família não informa** porque, como referem Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2004), não entendem os profissionais como parceiros, mas antes alguém de quem precisam e de quem são, de uma outra forma, dependentes, o que leva a que se recorram a estes apenas quando efectivamente necessitam:

EC3 – “A gente normalmente diz à família para nos informar se o seu familiar ficou internado ou não, mas na maioria das vezes nós quando nos deslocamos à casa das pessoas é que sabemos se o doente ficou internado ou não.”

EH2 – “ (...) mas a verdade seja dita, muitas vezes acontece, também isso... a verdade é que as famílias não vão comunicar ao Centro de Saúde que veio, e as colegas também não podem adivinhar e eu acho que neste caso também, pronto, poderá dizer-se que 75% não é culpa dos profissionais de Centro de Saúde que muitas das vezes desconhecem que o doente está internado e as famílias não vão informar (...)”

Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2004) acrescentam que as famílias justificam essa postura, pela ausência de negociação e informação a que os profissionais os vetam, ou seja, quando prestam cuidados, os enfermeiros executam as suas tarefas sem proporcionar qualquer explicação, excluindo-os do processo de tomada de decisão. As mesmas autoras, recorrendo-se de Elizur, acrescentam que as relações entre famílias e profissionais se desenvolvem em três etapas: envolvimento, colaboração e capacitação.

A primeira etapa caracteriza-se pelo estabelecimento de laços, canais de comunicação e padrões de relação; a segunda destina-se ao estabelecimento de parcerias, baseada no reconhecimento de objetivos e estratégias comuns e a terceira caracteriza-se pela partilha de poder e responsabilidade, por um clima de segurança que permite correr riscos e expor vulnerabilidades, vivendo-se uma verdadeira relação de colaboração em que a comunicação assume grande importância.

TERCEIRA PARTE
SÍNTESE E CONSIDERAÇÕES FINAIS

CAPÍTULO I - SÍNTESE E CONCLUSÕES

Gomes (2002) salienta que ao concluir um estudo qualitativo importa, mais do que a generalização dos resultados a grupos não investigados, a generalização dos pontos comuns do fenómeno estudado. Neste sentido, reservamos este capítulo para efectuarmos uma síntese e reflexão global sobre os aspectos relevantes que emergiram dos dados apresentados no capítulo anterior, no que diz respeito à articulação de cuidados de enfermagem entre o Hospital e o Centro de Saúde no âmbito dos Cuidados Continuados.

Ao elaborarmos este estudo pretendemos conhecer como os enfermeiros promovem a articulação de cuidados de enfermagem entre o Hospital e o Centro de Saúde de modo a potenciarem a continuidade de cuidados, no contexto dos Cuidados Continuados.

Para além das entrevistas aos enfermeiros, a revisão bibliográfica constitui-se num importante suporte da investigação, que nos permitiu aprofundar sobre as diferentes temáticas essenciais para compreender o fenómeno em estudo. Neste sentido, iniciamos a nossa revisão da literatura com uma reflexão sobre a evolução do conceito de saúde ao longo dos anos, de forma a percebermos o dinamismo implícito neste conceito, e a forma como se relaciona com as alterações sociais que têm vindo a surgir e com as diferentes disciplinas de conhecimento, em especial com a enfermagem. Assim, surgiu um subcapítulo que teve como finalidade perceber esse vínculo entre enfermagem e saúde, a forma como se relacionam, bem como o contributo da enfermagem para a valorização da saúde.

De seguida, abordamos a forma como o sistema de saúde em Portugal está organizado, não só para perceber as políticas orientadoras do Sistema Nacional de Saúde, bem como para melhor perceber em que contexto surge os cuidados continuados, delineando, também, considerações sobre as políticas previstas para o século XXI, bem como o papel da enfermagem no actual sistema de saúde.

Finalmente, fez-se uma abordagem aos cuidados continuados, como sendo um desafio para os cuidados de saúde, defendendo a ideia de que a enfermagem tem um papel fulcral no seu desenvolvimento, não só por assumir um papel central na articulação de cuidados entre todos os profissionais e instituições, mas também por revelar-se de

extrema importância para garantir a continuidade de cuidados, dado às características da própria profissão.

Uma vez que este estudo é do tipo descritivo e exploratório, procuramos descrever e compreender o fenómeno estudado no seu contexto, tendo os resultados emergido das experiências vividas pelos enfermeiros do Hospital e dos enfermeiros do Centro de Saúde. Uma vez que pretendemos conhecer o fenómeno segundo duas perspectivas diferentes (enfermeiros do Hospital, enfermeiros do Centro de Saúde), utilizamos o método da análise comparativa constante, que tal como Strauss (1987) menciona exige uma característica essencial: a comparação constante de diferenças e semelhanças entre o que é dito e vivido pelos participantes.

Da análise dos dados efectuada emergiram dois fenómenos interactivos: *acções dos enfermeiros do Hospital promotoras da continuidade de cuidados e acções dos enfermeiros do Centro de Saúde promotoras da continuidade de cuidados*; que resultaram de um trabalho de reflexão das diferentes categorias, conceitos e subcategorias que encontramos durante a análise. A interactividade traduz a influência que cada um dos fenómenos isolados, exerce sobre o outro. Toda a acção provoca uma reacção, e comportamento gera comportamento, assim as acções de enfermagem nos diferentes contextos influenciam-se mutuamente. Apesar de estarmos perante contextos diferentes de trabalho podemos verificar que as acções apontadas pelos enfermeiros de ambas as instituições, convergiram no mesmo sentido, apresentando, porém, algumas especificidades que advém dos respectivos modelos organizativos.

A enfermagem, embora desenvolva acções interdependentes, constitui-se como uma profissão autónoma, com um conhecimento próprio, assumindo a responsabilidade das acções que implementa no sentido de dar resposta aos problemas detectados pelos seus profissionais. Neste sentido, verificamos que quer no Hospital, quer no Centro de Saúde, os enfermeiros apesar de valorizarem as acções interdependentes para a articulação entre as duas instituições, desenvolvem mais as acções autónomas de enfermagem para garantir a continuidade de cuidados.

A avaliação das necessidades do cliente e sua família no momento da alta e no pós alta constitui-se numa prioridade para os enfermeiros em ambos os níveis de prestação cuidados, pois o conhecimento das necessidades que o cliente/família, sente no momento da alta e após a mesma, já no domicílio, permite, aos enfermeiros da unidade hospitalar elaborar um plano de alta adequado, efectuando um encaminhamento mais individualizado e eficaz, e aos enfermeiros do centro de saúde, elaborar um plano

de cuidados personalizado, com uma sequência planeada, tendo em conta as necessidades do cliente/família.

Para que esta avaliação seja efectiva, a colheita de dados constitui-se, em qualquer nível de prestação de cuidados de enfermagem, num passo imprescindível no desenvolvimento do Processo de Enfermagem, que é definido por Bolander (1998) como um conjunto de acções sistematizadas e inter-relacionadas visando a assistência ao ser humano, caracterizando-se pelo inter-relacionamento e dinamismo de suas fases ou passos. O primeiro passo, a avaliação inicial, constitui-se num roteiro sistematizado para o levantamento de dados (significativos para o enfermeiro) do ser humano, que tornam possível a identificação dos problemas, indispensável para dar continuidade aos cuidados. Para alcançar esta recolha de informação a utilização da observação e de um guia de colheita de dados constitui-se nos instrumentos a que os enfermeiros recorrem. Neste sentido, os enfermeiros consideram esta fase imprescindível para que a continuidade seja possível aquando da transferência do cliente de uma instituição para outra, sendo as informações relativas às necessidades humanas básicas dos clientes as mais valorizadas pelos enfermeiros, principalmente se estiverem relacionadas com cuidados técnicos indispensáveis para a satisfação destas necessidades. Assim, Costa (2002) menciona que os enfermeiros ao considerarem a satisfação das necessidades humanas básicas como indispensáveis para o tratamento dos clientes, demonstram valorizar os cuidados curativos como forma de responder às suas necessidades vitais. Por outro lado a procura de informação relativa ao cuidador principal demonstra a preocupação dos enfermeiros em ver o cliente segundo uma perspectiva mais abrangente, onde o cuidador e a família são parte fundamental de todo o processo de continuidade. Esta perspectiva é evidenciada, quando os enfermeiros, para além de recorrerem a documentos escritos (carta de alta, nota de transferência) para colher informação, recorrem muitas vezes à família para conseguir informação que de outra forma não conseguiriam obter.

A Ordem dos Enfermeiros (2002) alerta para a importância da adopção por parte dos enfermeiros de uma nova atitude, baseada nas prioridades do cliente/família e comunidade e não apenas nos objectivos dos profissionais e instituições. Neste sentido o envolvimento da família nos cuidados constitui uma acção que os enfermeiros desenvolvem, muitas vezes confrontando políticas e rotinas institucionais existentes nos serviços onde desempenham funções.

A construção de um plano terapêutico envolvendo a família torna a intervenção mais efectiva, uma vez que o seu envolvimento nos cuidados multiplica os recursos. A educação para a saúde é um bom exemplo disso, pois no sentido de garantirem a

continuidade de cuidados os enfermeiros desenvolvem acções de formação, não só aos clientes, mas também à família. A educação para a saúde, função e competência reconhecida pela Ordem dos Enfermeiros como promoção de cuidados, é uma acção desenvolvida pelos enfermeiros, tanto no hospital como no domicílio, sendo que o objectivo é o de capacitar o cliente/família para a prestação e continuidade de cuidados. Porém, saliente-se que por vezes os enfermeiros são confrontados com situações que sozinhos não conseguem dar resposta, daí que o encaminhamento da família constitui outra acção que os enfermeiros adoptam para manter a prestação de cuidados. Não só os enfermeiros do hospital encaminham para os colegas do centro de saúde (e vice versa), como também encaminham para outros profissionais, em especial quando não se sentem aptos para dar resposta às necessidades dos clientes/família, envolvendo directamente outros profissionais nos cuidados prestados. Todavia, embora esta seja uma acção fundamental para garantir a continuidade de cuidados, jamais deverá ser utilizada dissociada de um envolvimento adequado da família/cliente, de forma a garantir que as suas opiniões sejam consideradas e respeitadas, informando-os dos contactos estabelecidos e a sua necessidade, bem como responsabilizando-os pelas decisões que da sua saúde digam respeito.

Outra acção autónoma apontada, e que os enfermeiros consideram de extrema importância para garantirem a continuidade de cuidados é a de advogado do cliente/família, ou seja, o de defensor dos seus direitos, apoiando-os, orientando-os, informando-os e esclarecendo as suas dúvidas, como forma de garantir que os seus direitos fundamentais sejam respeitados. Ribeiro (1995) neste sentido refere o enfermeiro ao assumir o papel de advogado do cliente, está a assumir a responsabilidade no sentido de procurar que sejam respeitados os seus direitos, intervindo para que os clientes sejam considerados sempre como um fim e nunca como um meio.

Como já foi referido anteriormente, os enfermeiros entrevistados desenvolvem mais as acções autónomas de enfermagem em detrimento das interdependentes, como forma de promoverem a articulação entre as duas instituições. Saliaram, contudo, que o trabalho em equipa é uma acção indispensável para se garantir a continuidade de cuidados. Efectivamente, esta é uma medida fundamental para que a transição entre instituições de saúde se processe da melhor forma possível. Para tal, os cuidados devem ser planeados em conjunto por todos os membros da equipa multidisciplinar, uma vez que a sua opinião pode revelar-se preciosa para que a reabilitação do cliente seja mais rápida e facilitada, sendo que em situações de mobilidade de clientes entre instituições, essa colaboração deve ser alargada aos profissionais da instituição receptora. De acordo com Souza *et al* (1998) o trabalho em equipa revela-se como uma mais-valia em diversos

aspectos, sendo que o principal prende-se com o facto de aumentar a produtividade, pois a missão que a orienta é comum a todos os elementos que a compõem. No caso concreto das equipas multidisciplinares em saúde, a reabilitação dos clientes é a meta comum almejada e partilhada por todos os intervenientes da equipa multidisciplinar.

Ainda da análise de dados, emergiram estratégias que os enfermeiros utilizam para garantir a articulação de cuidados e, conseqüentemente, a sua continuidade. Assim, as estratégias mais utilizadas pelos enfermeiros são o recurso à família, o contacto telefónico e a informação escrita, seja ela carta de alta no caso do hospital ou a nota de transferência no caso do centro de saúde.

De acordo com o referido pelos entrevistados, o recurso à família é feito pelos enfermeiros como forma de fazer a interligação entre cuidados de saúde diferenciados e cuidados de saúde primários (ou vice versa). Porém, em vez desta perspectiva, a família deveria ser encarada como parceira, pois são os familiares que melhor conhecem o cliente ao nosso cuidado, as suas reacções, a sua cultura e a sua história pregressa. Ao incluir a família como participante activa no planeamento de cuidados, está-se a valorizar o seu contributo e a reconhecer o seu carácter de imprescindibilidade. Por outro lado, e embora a comunicação com a família seja de salutar, a verdade é que não prescinde da comunicação inter-institucional, não só pelo risco de haver perda de informação, mas também por haver o risco de interpretações erróneas de determinadas informações.

Os enfermeiros referiram estabelecer contactos telefónicos com colegas de outras instituições. No entanto, e apesar de reconhecerem as vantagens da comunicação oral com os colegas, a verdade é que só o fazem esporadicamente e não por sistema. Este facto leva-nos a reflectir se os contactos entre instituições, são valorizados pelos colegas, e se reconhecem os benefícios que a obtenção de informação imprescindível da história de saúde dos clientes, favorece o planeamento de cuidados, bem como garantir a sua continuidade.

É por esta razão, e reconhecendo esta importância, que os enfermeiros redigem informações escritas dirigidas aos colegas das instituições para onde encaminham os clientes. A carta de alta, no caso dos enfermeiros do hospital, é elaborada com o sentido de informar os colegas do centro de saúde de como decorreu o internamento do cliente, quais foram os cuidados prestados e quais os que necessitam de continuidade. A nota de transferência, redigida pelos enfermeiros do centro de saúde, destina-se aos colegas do hospital e resumem a situação do cliente, referindo qual a razão que motivou a procura de um cuidado mais diferenciado.

Entre os muitos papéis e funções que o enfermeiro assume, o de gestor de caso foi o que mereceu maior atenção por parte dos enfermeiros entrevistados, de tal forma que constitui uma categoria. Parece-nos que ao salientarem esta função, os enfermeiros quiseram fazer transparecer o papel fulcral que detêm em garantir, como refere Rice (2004), a qualidade dos cuidados prestados, bem como a coordenação dos serviços multidisciplinares, a utilização e mobilização dos recursos existentes na comunidade, com o intuito de garantirem que os resultados desejados sejam alcançados dentro de um espaço temporal razoável.

A coordenação dos serviços multidisciplinares só é possível por ser o enfermeiro o profissional que é o elo de ligação entre todos os elementos que compõe a equipa de cuidados, estabelecendo, muitas vezes, a ponte entre família e cliente ou entre família/cliente e outros profissionais. Esta tarefa é reconhecida como de primordial importância e de extrema eficácia para a garantia da continuidade de cuidados, como referem Neves (2001) e Nunes (2000).

Ao constituir-se como elo de ligação, o enfermeiro, tacitamente, reivindica o papel de mobilizador de recursos. Efectivamente, o enfermeiro afirma-se como uma peça fulcral no que à mobilização de recursos concerne, pois só com a coordenação adequada dos recursos que a comunidade tem para oferecer é que se consegue garantir uma plena continuidade de cuidados. Ao mobilizar os recursos adequados a cada situação, o enfermeiro faz transparecer a qualidade dos cuidados que presta, baseados numa avaliação cuidada das necessidades do cliente, garantindo que os ganhos em saúde sejam, de facto, uma realidade como afirma Santos (2002).

Ainda no decorrer da análise de dados, emergiu a categoria condições intervenientes da continuidade de cuidados, que pretende transmitir as condições que interferem com o fenómeno que se pretende estudar, ou seja, a articulação de cuidados entre hospital e centro de saúde. Neste sentido, agruparam-se estas condições em torno de dois eixos: Factores facilitadores e factores inibidores.

A valorização do trabalho de enfermagem, a partilha de informação, a existência de enfermeiros de família, o planeamento de alta hospitalar e o estabelecimento de parcerias/protocolos entre as instituições são factores que, na opinião dos enfermeiros, poderiam servir de estímulo para que actuassem no sentido de promoverem a continuidade de cuidados entre hospital e centro de saúde e, portanto, constituem factores facilitadores.

O reconhecimento do trabalho da enfermagem conduz à satisfação profissional. Assim, ao serem valorizados pelos esforços que empreendam para garantir a

continuidade de cuidados, os enfermeiros poderão sentir-se estimulados para manter ou até melhor, essas acções.

A partilha de informação é outra questão que os enfermeiros referem ser importante para que se garanta a continuidade de cuidados. Manter boas relações entre as instituições de saúde e contornar o individualismo institucional que as caracteriza, são dois aspectos a ultrapassar para que se garanta uma maior comunicação entre instituições, garantindo a articulação desejada no que concerne aos cuidados a serem prestados aos clientes, recorrendo à carta de alta. Porém, a partilha de informação não deve ser só garantida com os recursos da comunidade, deve também ser garantida com os próprios colegas do serviço, através da realização dos registos de enfermagem. Evidentemente que a implementação de sistemas de informação, seria um contributo inestimável para a continuidade de cuidados, aliás, como referem alguns enfermeiros.

Todavia, os enfermeiros do hospital referem que a comunicação ficaria facilitada caso houvesse, nos centros de saúde, enfermeiros de família, ou seja, enfermeiros que fossem uma referência não só para um determinado número de famílias, mas também para os enfermeiros do hospital. Efectivamente, a figura do enfermeiro de família, facilitaria em muito a articulação de cuidados, pois proporcionaria toda a informação que os enfermeiros necessitassem no internamento, para além de ser mais fácil saber com quem articular quando o cliente tivesse alta, podendo inclusive planeá-la em conjunto com esse enfermeiro, numa modalidade de parceria.

A preparação da alta hospitalar é, pois, um aspecto apontado como de extrema importância para que a continuidade de cuidados seja mantida. Realmente, uma preparação adequada da alta favorece não só a integração adequada do cliente no seu meio sócio-familiar, mas também favorece a diminuição do tempo de internamento, bem como da taxa de reinternamentos. Prepará-la adequadamente implica, como referem os enfermeiros, prepará-la antecipadamente, enviando a carta de alta por correio e estabelecendo sempre um contacto prévio com o centro de saúde. Implica, também, organizar equipas de gerência de alta, ou seja uma equipa multidisciplinar que tem como objectivo a gestão e a preparação de altas hospitalares dos clientes que necessitam de acompanhamento. Por outro lado, os enfermeiros do centro de saúde referem que, ao estabelecer-se protocolos/parcerias entre as várias instituições estar-se-ia a garantir a continuidade de cuidados almejada, se bem que só fazem sentido se desenvolvidos num ambiente de parceria entre os diferentes actores. Saliente-se, também, que o estabelecimento de *guidelines* de actuação para as várias instituições de saúde só traria vantagens, até mesmo porque poderia conduzir a uma maior uniformização dos cuidados a prestar.

Como factores inibidores, ou seja, condições que dificultam ou inibem a articulação de cuidados entre hospital e centro de saúde, há a apontar a alteração de tratamentos, a inexistência de equipa multidisciplinar, falha de comunicação, não planeamento da alta, falta de tempo e a falta de informação.

No que concerne à alteração de tratamentos, os enfermeiros referem que este é um factor que leva à quebra da continuidade de cuidados e que em muito se deve ao facto de haver protocolos diferentes entre instituições e fornecimento condicionado de material.

Reconhecendo os benefícios que advêm de manter um determinado tratamento, seria de considerar estratégias para que a sua continuidade possa ser uma realidade, aquando da transferência de um cliente de uma para outra instituição de saúde.

A inexistência de uma equipa multidisciplinar foi outro factor avançado pelos entrevistados que, na sua opinião, tem influência negativa directa sobre a articulação de cuidados, inibindo-a. A interdisciplinaridade e a multidisciplinaridade são, na opinião de Centa e Almeida (2003), dois aspectos indispensáveis para a continuidade de cuidados, pois esta só pode ser alcançada se houver um esforço conjunto da interacção e da responsabilização de todos os profissionais envolvidos no plano terapêutico, sendo que, como é evidente, a comunicação assume um papel primordial nesta relação. A falta de comunicação é, pois, um factor que dificulta a continuidade de cuidados, já que implica que muita da informação primordial e de importância relevante não seja partilhada pelos diferentes profissionais nos diversos níveis de prestação de cuidados. O individualismo institucional, a rivalidade entre enfermeiros do hospital e do centro de saúde e as más experiências profissionais, são os factores que, na opinião dos enfermeiros, justificam essa falta de comunicação.

O não planeamento da alta é outro factor apontado como sendo inibidor para o estabelecimento da articulação entre as instituições de saúde. Efectivamente, caso não haja a preocupação dos enfermeiros do hospital em preparar a alta, então certamente a continuidade de cuidados não será garantida, como refere Silva (2007). A comunicação com os enfermeiros do centro de saúde, a formação das famílias, capacitando-as para satisfazerem as necessidades do seu familiar, a mobilização de recursos sociais comunitários são apenas alguns exemplos de medidas que, ao serem adoptadas, contribuem para a garantia da prestação de cuidados aquando da alta e que poderão contribuir para a redução do número de reinternamentos.

A falta de tempo, muitas vezes relacionada com a falta de pessoal de enfermagem, é outro factor que influencia a prestação de cuidados de enfermagem de

qualidade. Saliente-se porém, que a forma como organizamos e dispomos do tempo, tem muita influência sobre o nosso trabalho, daí que a falta de tempo não pode ser impeditiva de uma prestação de cuidados personalizados e individualizados.

Finalmente, outro aspecto que pode influenciar de forma negativa a continuidade de cuidados, é a falta de informação, que pode dever-se ao acesso condicionado ao processo único do cliente, à existência de registos de enfermagem incompletos, à recepção tardia da carta de alta ou ainda pelo facto da família não informar. Reconhecer a importância da informação para a continuidade de cuidados, é reconhecer, também, a importância da comunicação entre os diferentes intervenientes no processo de reabilitação do cliente, assumindo que todos detêm informação pertinente e preciosa sobre a forma como os cuidados deverão ser garantidos, na interligação entre os diferentes níveis de prestação de cuidados.

CAPÍTULO II - SUGESTÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao aproximar do fim deste estudo, importa, e em jeito de conclusão, apresentar algumas reflexões e sugestões, que resultaram deste percurso percorrido, e que, ao serem partilhadas, podem conduzir à adopção de medidas que visem a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

- Enfermeiro de referência e enfermeiro de família

A organização do trabalho de enfermagem exige um método que prima pela organização e, idealmente, que promova a articulação e a continuidade de cuidados. Todavia, ao estabelecer-se a metodologia do método de enfermeiro de referência, no caso dos hospitais, e de enfermeiros de família, no caso dos centros de saúde, está-se a favorecer sem sombra de dúvida a articulação de cuidados, pois os enfermeiros ao necessitarem de estabelecer contactos com colegas de outras instituições de saúde, saberiam a quem se dirigir, para, em conjunto, planearem os cuidados a implementar não só no internamento, mas também no domicílio.

- Políticas institucionais

A política institucional, quer do hospital quer do centro de saúde, deverá contemplar medidas que favoreçam o desenvolvimento da articulação e da continuidade de cuidados, de forma a garantir a prestação de cuidados com qualidade. Os benefícios registados serão com toda a certeza, não só para os clientes, mas também para as próprias instituições de saúde, pois os índices de reinternamentos por certo irão diminuir, favorecendo o aumento de oferta de camas, reduzindo as consequências do desenraizamento dos doentes do seu meio sócio-familiar, aumentando a satisfação de famílias e clientes e, não menos importante, reduzindo os custos dos cuidados de saúde.

- Estabelecimento de parcerias e protocolos interinstitucionais

O estabelecimento de parcerias/protocolos entre as diferentes instituições de saúde por certo trariam inúmeras vantagens. Permitiria o estabelecimento de protocolos para tratamentos que, sendo comuns, facilitariam a continuidade dos cuidados aquando da passagem de um cliente de uma instituição para outra.

Estes protocolos poderiam favorecer a implementação de equipas de gestão de alta, que incluíssem membros de ambas instituições, o que facilitaria a comunicação entre hospital e centro de saúde, e favoreceria um planeamento adequado da alta dos clientes. Por outro lado, permitiria a sensibilização dos profissionais para o trabalho

desenvolvido pelos colegas da outra instituição, o que certamente iria aumentar o respeito e consideração pelo trabalho desenvolvido pelos colegas, pois o conhecimento seria bem diferente.

- Nota de transição entre instituições de saúde

A criação de um documento que fizesse a ligação entre as diferentes instituições, traria inúmeras vantagens, em especial se criado por um grupo de trabalho que contemplasse profissionais de ambas instituições. Ao criar um documento em conjunto, para ser utilizada por ambas instituições, estar-se-ia a criar um documento que contivesse a informação pertinente para ambas e que pudesse dar resposta às necessidades dos profissionais no que concerne à continuidade de cuidados.

- Implementação de redes comunicação eficientes

Fomentar medidas capazes de estimular para uma articulação efectiva, tem de passar, obrigatoriamente, por uma comunicação eficaz e eficiente, daí que a implementação de circuitos de comunicação e de informação intra e inter institucionais, deverá ser uma preocupação. O estabelecimento de sistemas de informação que pudessem ser acedidos por todos os profissionais directamente envolvidos no plano terapêutico do cliente, é outra medida que traria inúmeros benefícios para a continuidade de cuidados, pois a rapidez à qual se poderia aceder, garantiria a realização do plano de cuidados de forma atempada, tendo em conta a história pregressa do cliente.

Reconhecendo a importância da articulação de cuidados para a continuidade de cuidados, urge consciencializar de que esta só se concretiza na globalidade através da cooperação entre os diferentes membros da equipa multidisciplinar. Assim, estando os cuidados continuados em saúde na ordem do dia das discussões profissionais, sociais e políticas, parece-nos que este estudo assume-se como de extrema importância no que concerne ao planeamento de cuidados, no âmbito dos cuidados continuados, valorizando a articulação entre os diferentes actores neste processo.

Nesta altura, importa então indicar duas recomendações: a primeira diz respeito à continuidade de estudos deste género, de forma a produzir um maior conhecimento acerca dos benefícios da articulação, entre diferentes instituições, bem como acerca da sua pertinência para a continuidade de cuidados no âmbito dos cuidados continuados; a segunda respeita aos resultados aqui apresentados. Dever-se-ia dar início ao planeamento de estratégias de intervenção, para que os profissionais envolvidos nesta área, possam de forma eficaz, estabelecer objectivos e estratégias comuns, bem como desencadear medidas que visem a consciencialização das instituições onde trabalham para o papel importante que desempenham na rede de cuidados de saúde, alertando

para a necessidade de avaliar os ganhos em saúde que as eventuais mudanças poderão trazer na organização dos seus cuidados.

Com a criação e implementação dos cuidados domiciliários continuados, encontram-se criadas as condições essenciais para que a continuidade de cuidados e a promoção da autonomia seja uma realidade, estes resultados vêm confirmar a importância e a pertinência dos mesmos que, devido à sua complexidade, requerem uma abordagem intersectorial, o que implica necessariamente o estabelecimento de parcerias e a criação de redes de apoio social, de forma a manter uma continuidade de cuidados de qualidade. Assim, orientar o planeamento de estratégias, baseada numa filosofia de parceria, levaria a que houvesse obrigatoriamente o desenvolvimento de acções conjuntas, onde cada um dos parceiros seria estimulado a mobilizar os recursos de que dispõe para alcançar um objectivo comum que, no caso dos Cuidados Continuados, passa por garantir a continuidade de cuidados, não só à pessoa cuidada, mas também ao seu cuidador.

A manutenção da pessoa no domicílio constitui uma característica privilegiada dos Cuidados Continuados, não só pela redução dos custos a nível do sistema de saúde, mas principalmente por ir de encontro às expectativas tanto dos clientes dependentes, como das suas famílias. Para que tal aconteça, a articulação entre os vários serviços de saúde, exige esforço conjunto e deve basear-se, tal como Cabete (1999:99) referencia, na partilha sistemática de informação, na complementaridade e na união de esforços; na utilização de linguagem e instrumentos de registos comuns; na avaliação, através de normas objectivas; na implementação de redes de comunicação e, finalmente, na centralização de toda a sua intervenção na vontade e nos padrões de vida do cliente.

Saliente-se, ainda, a importância de, ao nível da formação de todos os profissionais de saúde passíveis de virem a ser envolvidos na problemática da continuidade de cuidados, a sensibilização para a importância de alterar políticas organizativas quer do hospital quer do centro de saúde, para que a interligação entre ambas não seja uma utopia, mas sim uma realidade. Alerta-se, porém, que estas alterações, embora tivessem maior impacto a nível de hierarquias superiores, poderão ser iniciadas por qualquer interveniente, sendo que de entre os profissionais de saúde destacam-se os enfermeiros, por ser o grupo com maior número de profissionais e que mais tempo está junto dos clientes, estando numa posição privilegiada de as conhecer e com elas trabalhar.

Com este trabalho pretende-se, assim, estimular a reflexão sobre a problemática da continuidade de cuidados, associando os que investigam, os que praticam e os que ensinam no domínio do saber das Ciências da Saúde e das Ciências de Enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACÇÃO SINDICAL Cuidados de Saúde às Pessoas Idosas e às pessoas em Situação de Dependência em 2006. *Enfermagem em Foco*, 62, p. 16-18;
- Afonso, L.C.C. (2005). Cuidar no domicílio: mil gestos, mil emoções. *Pensar enfermagem*, nº 2, vol. 9, p. 78-79;
- Alazraqi, M.; Mota, E. & Spinelli, H. (2006). Sistemas de información en salud : de sistemas cerrados a la ciudadanía social. Un desafio en la reducción de desigualdades en la gestión local. *Cadernos de saúde pública*, nº 12, vol.22, p.1-13 ;
- Albuquerque, C.C.; Nóbrega, M.M.L. & Garcia, T.R. (2006). Termos de Linguagem de enfermagem identificados em registros de uma UTI neonatal. *Revista eletrónica de enfermagem*, nº 3, vol. 8, p. 336-348;
http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a04.htm
- Almeida, A.C. [et al] (2005). Transição do doente dependente para a família. *Revista Sinais Vitais*, 62, p. 26-31;
- Almeida, C.; Colaço, C. & Sanchas, L. (1997). Opinião dos Familiares face ao seu acompanhamento e participação nos cuidados ao doente durante o período de internamento. *Enfermagem em Foco*, 28, p. 36-42;
- Almeida, I.C.S. (1999). A continuidade dos cuidados de enfermagem e a sua articulação entre os cuidados de saúde diferenciados e os cuidados de saúde primários. *Geriatrics*, nº 112, vol. 12, p. 15-18;
- Almeida, M.L.F. (1999). Cuidar o idoso: revelações da prática de enfermagem. In Manual Sinais Vitais. *O idoso Problemas e realidades*. Coimbra: Formasau. p.63-92;
- Alvim, A. (2002). *A Reforma da Saúde - O Sistema de Saúde no Estado de Mercado Social*. Mafra: Rolo e Filhos,163 p.
- André, C. (2002). Cuidados continuados um modelo de intervenção na comunidade. *Revista Sinais Vitais*, 44, p. 40-44;

- Antunes, M.J. (2001). *A doença da saúde. Serviço Nacional de Saúde: ineficiência e desperdício*. Lisboa: Quetzal editores. 189 p.;
- Araújo, D & Pontes, M. (2002). Doenças Crónicas. In Neves, M. C. P. *Comissões de ética: das bases teóricas à actividade Quotidiana*. Coimbra: Gráfica de Coimbra, p.301-319;
- Araújo, M.A.G. & Cunha, M.S.F (2006). A importância da articulação no domínio da educação para a saúde em enfermagem de saúde materna e obstétrica. *Revista Sinais Vitais*, 68, p. 14-18;
- Augusto, B.M.J. [et al] (2002). *Cuidados continuados: família, centro de saúde e hospital como parceiros no cuidar*. Coimbra: Edições Formasau. 123p.;
- Baltar, C. & Godinho, C. (2000). Articulação Hospital-Centro de Saúde no âmbito do projecto de cuidados continuados. *Geriatrics*, nº 124, vol. 8, p. 22-25;
- Baltar, C. [et al] (2000). Cuidados Continuados: um trabalho de parceria. *Servir*, nº6, vol. 48, p. 270-275;
- Baltazar, C. [et al] (2000). Cuidados continuados: um trabalho de parceria. *Servir*, nº6, vol.48, p.270-275.
- Bardin, L. (1995). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 225 p.
- Barreto, I. & Correia, M.A.B. (1998). Carta de princípios interinstitucional de Viana do Castelo. *Boletim da Escola Superior de Enfermagem de Viana do Castelo*, 0, p.9-11;
- Barros, L.B.L.B. [et al] (2008). Aplicação de modelos teóricos na enfermagem. <http://pt.shvoong.com/medicine-and-health/1756794-aplica%C3%A7%C3%A3o-modelos-te%C3%B3ricos-na-enfermagem/>
- Béland, F. [et al] (2006). A System of Integrated Care for older Persons with disabilities in Canada: results from a randomized controlled trial. *The Journal of Gerontology*, 4, p. 367-373;
- Bell, J. (1997). *Como realizar um projecto de investigação: um guia para a pesquisa em ciências sociais e da educação*. Lisboa: Gradiva, 212p.
- Benner, P. (2005). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto, 294p.

- Berger, L.; Mailoux-Poirier; D. (1995). *Pessoas idosas, uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidata, 610p.;
- Bernardo, F.R. (2003). O que deve entender-se por saúde. *Servir*, nº51, p 106- 110.
- Bexiga, V. (2000). *O advogado e a história*. Faro: Empresa Litográfica do Sul. 67p.;
- Bilro, M.E.S. (2004). Articulação de cuidados. In Bilro, M.E.S., Cruz, A.G. – *Enfermagem Oncológica*, 1ª ed. Coimbra: Formassau, p.195-200;
- Bogdan, R.C. & Biklen, S.K (1994). *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria aos métodos*. Porto: Porto Editora, 335p.
- Bolander, V.B. (1998). Saúde, doença e cuidados de saúde - conceitos em mudança. In Bolander, V.B. *Enfermagem fundamental: abordagem psicofisiológica*, 3ª ed. Lisboa: Lusodidacta, p. 31-52.
- Boquinhas, J.M. (2002). *Um outro olhar sobre a saúde*. Lisboa: Hugin. p.161;
- Branco, A.G. & Ramos, V. (2001). Cuidados de saúde primários em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Volume Temático: 2, p. 5-12;
- Branco, A.G.; Ramos, V. (2001). Cuidados de saúde primários em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Volume Temático: 2, p 5-12;
- Bruges, M.L.; Bettencourt, M. & Delgado, R. (1994). Cuidar bem, sem registar? *Servir*, nº 3, vol. 42, p.140-144.
- Brunner, S.C. & Suddarth, B.G.B. (1994). *Tratado de enfermagem médico-cirúrgica*. 7ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 407 p.;
- Cabete, D.G. (1999). A continuidade de cuidados. Apresentação de um caso. *Enfermagem*, 15 (2ª série), p. 13- 16;
- Cabete, D.G. (1999). Cuidados Continuados e Continuidade de Cuidados. In Manual de Sinais Vitais. Coimbra: Formasau, p 95-110.
- Cabete, D.G. (2003). Cuidados Continuados: uma experiência do Hospital em casa. *Geriatrics*, nº 150, vol. 15, p. 10-16;
- Campos, A.C.. **A Europa e o futuro da saúde**. Lisboa. Consultado em 17 de Outubro de 2007 em

http://www.portugal.gov.pt/Portal/PT/Governos/Governos_Constitucionais/C17/Ministerios/MS/Comunicacao/Intervencoes/20050606_MS_Int_Europa.htm;

-Campos, A.C.. **Apresentação da rede de cuidados continuados integrados de Saúde.** Consultado em 04 de Maio de 2006 em http://www.portugal.gov.pt/Portal/PT/Governos/Governos_Constitucionais/GC17/Ministerios/MS/Comunicacao/Programas_e_Dossiers/20060421_MS_Doss_Rede_CCI.htm;

-Campos, A.C.. **Interpelação parlamentar sobre o serviço nacional de saúde.** - Consultado em 04 de Junho de 2006 em http://www.portugal.gov.pt/Portal/PT/Governos/Governos_Constitucionais/GC17/Ministerios/MS/Comunicacao/Intervencoes/20060316_MS_Int_SNS_AR.htm;

-Campos, A.P. (2004). A rede de prestação de cuidados continuados de saúde e a entidade reguladora da saúde: a continuação da reestruturação no sector da saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Nº1, vol. 22, p. 71-84;

-Carapineiro, G.(1993). *Saberes e poderes no hospital, uma Sociologia dos Serviços Hospitalares*. 2ªed.Porto: Edições Afrontamento. 300.p;

-Cardoso, A. & Brito, M.A. (2006). Concepção de uma classificação internacional para a prática de enfermagem (ICNP/CIPE®). *Nursing: Revista de formação contínua em enfermagem*, 206,p. 9-15;

-Cartaxeiro, A. [et al] (2003). A importância da colheita de dados e registos de enfermagem. *Informar: revista de formação contínua em enfermagem*, nº 30, p. 23-31;

-Cartaxeiro, Angela [et al.] (2003). A importância da colheita de dados e registos de enfermagem. [Informar: revista de formação contínua em enfermagem](#), Ano IX, Nº 30, p. 23-31.

-Carvalho, A.. **Os enfermeiros e a saúde – uma reflexão mundial!** Consultado em 17 de Outubro de 2007 em <http://www.ordemenfermeiros.pt/index.print.php?page=35&view=highlights:Print&id=226>;

-Carvalho, V.L. & Pereira, E.M. (2001). Crescendo na diversidade pelo cuidado domiciliário aos idosos – desafios e avanços. *Revista Brasileira de enfermagem*, nº 1, vol. 54, p. 7-16;

-Caseiro, H.I.M. (1999). Cuidar de idosos – que desafios?. *Revista Sinais Vitais*, 26, p. 41;

- Catarino, H., Santos, J. & Relvão, M.S. (1993). Enfermagem, profissão autónoma – algumas considerações. *Servir*, nº1, vol. 41, p. 11-15;
- Catarino, H., Santos, J. & Relvão, M.S. (1993). Enfermagem, uma profissão autónoma – o desafio do futuro. *Servir*, nº6, vol. 41, p. 300-305;
- Centa, M.L. & Almeida, B.M.M. (2003). O programa de saúde da família sob olhar da equipe multidisciplinar. *Família, saúde e desenvolvimento*, nº 2, vol. 5, p. 103-113;
- Cesar, A.M & Santos, B.R.L. (2005). Percepção de cuidadores familiares sobre um programa de alta hospitalar. *Revista Brasileira de Enfermagem*, nº6, vol. 58, p. 647-652;
- Collière, M.F. (2002). *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses. 385p.;
- Conceição, M.F. & Ramos, P.C.A (2004). Visita de referência cuidados em parceria. *Revista Sinais Vitais*, 56, p. 56-59;
- Corney, R. (1996). A necessidade de melhor comunicação e apoio emocional. In Corney, R.. *Desenvolvimento das perícias de comunicação e de aconselhamento em medicina*. Lisboa: Climepsi, p. 3-8.
- Correia, C. [et al] (2001). Os enfermeiros em cuidados de saúde primários. *Enfermagem*, volume temático:2, p. 75-82;
- Costa, J.S. (2004). Métodos da prestação de cuidados. *Revista Millenium do ISPV*, 30, p. 234-250;
- Costa, M.A. (2002). *Cuidar Idosos – formação, práticas, e competências dos enfermeiros*. Coimbra: Formassau – formação e saúde, Lda, 2002. 326 p.;
- Creutzberg, M. & Santos, A.L. (2003). Famílias cuidadoras de pessoa idosa: relação com instituições sociais e de saúde. *Revista Brasileira de enfermagem*, n.6, vol. 56, p. 624-629;
- Crossan, F. & Robb, Alna (1999). O papel do enfermeiro: introdução de teorias e conceitos. *Nursing: Revista de formação contínua em enfermagem*, 133, p. 24-28;
- Cruz, M.J.R. de la & López, M.A. (1998) *Hospitalização*. Rio de Janeiro: McGraw-Hill, p. 11-27;

- Cunha, A.P. & Mota, Liliana (2007). Sistema de apoio à prática da enfermagem. Loures: Lusociência. p. 1-25;
- Cura, M.L.D.A. & Rodrigues, A.R.F. (1999). Satisfação profissional do enfermeiro. *Revista latino-americana de enfermagem*, nº 4, vol. 7, p. 21-28;
- Decarlo, L. (2006). *Advanced practice nurse entrepreneurs in a multidisciplinary surgical assisting partnership*. AORN Journal, nº3, vol. 82, p.418-430;
- Decreto Legislativo Regional n.º 28/99/A (31/07/1999)
- Decreto Lei n.º 11/93, Diário da República I Série – A, (1993/01/15) p. 129-124;
- Decreto Regulamentar Regional n.º 35/2002. J.O. I Série A. 8 (2003/01/02) p. 40-47
- Decreto-Lei 48357, Diário da República (1968/04/27);
- Decreto-Lei n.º 10/93, Diário da República I Série – A (15/01/1993)
- Decreto-Lei n.º 101/2006, Diário da República I Série - A, 109 (2006-06-06) 3856-3864;
- Decreto-Lei n.º 104/98, Diário da República I Série – A, 93 (1998- 04-21) 1739-1757;
- Decreto-Lei n.º 157/99, Diário da República I Série – A, 108 (1999/10/05) p. 2424-2435;
- Decreto-Lei n.º 161/96, Diário da República I Série – A, 81 (1996-09-04) 2959-2962
- Decreto-Lei nº 437/91, Diário da República I Série A (1991/11/08) p. 5724-5741;
- Despacho Conjunto nº 407/98 dos Ministérios da Saúde e da Solidariedade e Acção Social, Diário da República nº 138 de 18 Junho de 1998;
- Dias, M.R. (1997). A esmeralda perdida: a informação ao doente com cancro na mama. Lisboa: ISPA. 340 p.;
- Dinis, R.P.A.B. (2007). A família do idoso internado: o parceiro esquecido?! In Gomes, I. (coord.) *Parceria e cuidado em enfermagem - uma questão de cidadania*. Coimbra: Formasau. p.115-154
- Diniz, R.P.A. (2005). Parceria: circunscrevendo um conceito que nos é próximo?! *Revista Portuguesa de Enfermagem*, 3, p.19-25;

- Direcção Geral de Saúde. Carta dos direitos e dos deveres dos doentes. Consultada em 17 de Outubro de 2007 em <http://www.dgs.pt/default.aspx?cn=55065716AAAAAA>
- Dotti, T. (1998). Enfermagem de reabilitação internamento e programação para a alta. *Servir*, nº5, vol. 46, p. 239-241;
- Duarte, S.F.C. (1998). Outros Saberes de Saúde e de Doença. *Referência*, nº 1, p.11-20;
- Dúran, H. (1989). *Planeamento da Saúde, Aspectos Conceptuais e Operativos*. Lisboa: Ministério da Saúde, 229 p.;
- Eilers, J. [et al] (2005). Independent Nursing Actions in Cooperative Care. *Oncology Nursing Forum*, Nº4, vol. 32, p. 849-855;
- Faustino, A.M. [et al] (2002). Hospitalização do Idoso: uma abordagem focalizada nos aspectos preventivos. *Servir*, nº 5, vol. 50, p. 236-240;
- Fawcett, j. (2000). *Analysis and evaluation of contemporary nursing knowledge: Nursing models and theories*. Philadelphia: F.A.Davis Company.
- Fernandes, J.A.C. & Venâncio, D.M.G. (2004). Educar para o futuro. *Nursing: Revista de formação contínua em enfermagem*, 184, p. 19-20;
- Ferreira, A.L.F. *et al* (2006). Responsabilidades do enfermeiro como agente de mudança. *Revista Sinais Vitais*, 68, p.19-22;
- Ferreira, A.M.R. (2004). As relações Interpessoais – estudo descritivo e comparativo. *Revista Sinais Vitais*, 56, p. 41-45;
- Ferreira, C. & Valério, A. (2003). Acolhimento do doente num serviço de internamento. *Informar: Revista de formação contínua em enfermagem*, 3, p. 10-13;
- Figueiredo, M.C.B. (1997). Trabalho em equipe: o contributo dos enfermeiros. *Revista Sinais Vitais*, 65, p. 19-22;
- Figueiroa-Rêgo, S:C:R: (2003). Século XXI: Novas e velhas Problemáticas em enfermagem – sistemas de informação e documentação em enfermagem e modelos de cuidados em uso. *Revista Pensar*. Nº 2, vol. 7, p. 34- 47;
- Fortin, M.F (1999). O processo de investigação: da concepção à realização. Loures: Lusociência, 388p.

- França, S.R.C. & Correia, M.I. (2005). O papel do enfermeiro na equipa multidisciplinar do centro de desenvolvimento da criança. *Nursing: Revista de formação contínua em enfermagem*, 63, p.32-33;
- Frei Bernardo (1995). Eficácia e verdade na comunicação e vivência em equipa. *Nursing: Revista de formação contínua em enfermagem*. 36, p.31-41;
- Gala, M.P.V. de la (2003). Informe conjunto de altas de enfermería programa de mejora de calidad a pacientes posthospitalizados. *Revista ROL de Enfermería*, nº 5, vol.26, p. 61-64;
- Galdeano, L.E. & Rossi, L.A. (2002). Construção e validação de instrumentos de coleta de dados para o período perioperatório de cirurgia cardíaca. *Revista Latino-Americana de enfermagem*, nº 6, vol. 10, p. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692002000600008
- Gameiro, M.G.H (2003). A Enfermagem Ciência e Arte... e a Investigação. *Revista Referência*, nº 10, p.5-15.
- Garcia, Elisa (1997). Visitação domiciliária: Tratar ou Cuidar? *Servir*, nº 1, p.25-28.
- Gil, A.C (1999). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 5^a ed. São Paulo: Atlas, 206p.
- Gomes, A.M.T. & Oliveira, D.C. (2005). A representa o social da autonomia profissional do enfermeiro na Saúde Pública. *Revista Brasileira de enfermagem*, nº 4, vol.58, p.393-398;
- Gomes, I. (2002). **O Conceito de Parceria no Processo de Cuidados de Enfermagem ao doente idoso- O Erro do Narciso**. Lisboa: Disserta o apresentada   Universidade Aberta, no âmbito do Mestrado em " Comunica o em Saúde.
- Gomes, I.D. (1999) – Os enfermeiros e a forma o em serviço. *Servir*.n 4, vol.47, p.178-181;
- Gomes, I.D. (2003). O doente idoso como parceiro no processo de cuidados de enfermagem. *Revista Pensar Enfermagem*, nº 2, vol. 7, p. 15-33;
- Gomes, I.D. (2004). O doente idoso como parceiro no processo de cuidados de enfermagem. *Enfermagem*, nº 35/36 (2^a série), p. 23-31;

- Gonçalves, A. [et tal] (2001). O enfermeiro e a família: parceiros de cuidados?. *Nursing: Revista de formação contínua em enfermagem*, 151, p. 11-17;
- Gonzales, R.I [et al] (2003). Gerenciamento de uma caso : um novo enfoque no cuidado à saúde. *Revista latino-americana de enfermagem*, n.2, vol.11, p.227-231;
- Guerreiro, I. (2006). Gestão de Altas. *Revista Portuguesa de Enfermagem*, 8, p. 6-9;
- Guerreiro, I. Cuidados Continuados e paliativos desafios. Portal da saúde do -Ministério da Saúde. Consultado em 2 de Dezembro de 2007 em <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal>;
- Henriques, A.I.G. & Jorge, M.M.B (1999). Dificuldades sentidas pela família após a alta hospitalar. *Revista Enfermagem*, 13, p. 22-29;
- Hermida, P.M.V.I.; Araújo, E.M. (2006). Elaboração e validação do instrumento de entrevista de enfermagem. *Revista brasileira de enfermagem*, nº 3, vol. 59, p. 314-320.
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência. 201p.
- Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem: pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência. 220p.
- Honoré, B. (2002). *A saúde em projecto*. Loures: Lusociência. 231 p.;
- Instituto Nacional de Estatística, 2005. Anuário Estatístico de Portugal 2004. Consultado em <http://www.ine.pt/> em 05 de Março de 2007;
- Instituto Nacional de estatística. Portugal, Censo (2001). Destaque do INE: projecções de população ewsidente em Portugal e NUTS III. Consultado em <http://www.ine.pt/> em 05 de Março de 2007;
- Jaques, M.E.M:R (2005). Cidade Saudável: Ciência e Consciência. *Revista de Ciências da Saúde de Macau*, nº 4271, vol 5, p 271-276.
- Jay, P. (1990). O papel do enfermeiro nos cuidados de saúde primários. *Nursing: Revista de formação contínua em enfermagem*, 32, p.13-16;
- Jesus, C.S.; Silva, C.M. & Andrade, F.M. (2005). Alta Clínica e continuidade de cuidados no domicílio. *Sinais Vitais*, 59, p. 25-28;

- Jorge, A. & Lopes, M.A.E. (1992). Articulação de cuidados de saúde primários-cuidados de saúde secundários – crianças que frequentam a consulta de epilepsia do Hospital de D. Estefânia. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, nº4, vol.10, p. 35-45;
- Jorge, A. *et al* (1996). Acompanhamento de doentes pelo enfermeiro fora da unidade. Em que situações? *Revista Sinais Vitais*, 9, p. 43-45;
- Kahssay, H.M. (2000). O futuro da saúde decide-se nos centros de saúde. *Servir*, nº 1, vol. 48, p. 32-36;
- Karsch, U.M. (2003). Idosos dependentes: Famílias e cuidadores. *Cadernos de Saúde Pública*, nº 3, vol. 19, p. 861-866;
- Kérouac, J. [et al] (1996). *El pensamiento enfermero*. Barcelona : Masson.
- Lei n.º 48/90, Diário da República I Série (1990/08/24) p. 3452-3459;
- Lei n.º 52/2005, Diário da República I Série - A, 167 (2005-08-31);
- Lima, T.C. & Vargas, M.A.O. (2004) Cuidado domiciliar intensivo: uma possível realidade do sistema único de saúde? *Revista Brasileira de Enfermagem*, 57 (6), p. 658-661;
- Lindquist, S.; Bridgman, D. & Rice, R. (2004). O papel do enfermeiro prestador de cuidados domiciliários e estratégias de orientação. In Rice, R. *Prática de enfermagem nos cuidados domiciliários: conceitos e aplicação*. Loures: Lusociência; p. 27-39;
- Lopes, M.J. (2003). A metodologia da grounded theory. Um contributo para a conceitualização na enfermagem. *Revista de investigação em enfermagem*, 8, p. 63-74.
- Lopes, M.J. (2006). *A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica*. Coimbra: Formassau – formação e saúde, Lda. 368 p.;
- Luz, E.L. (2003). Importância dos conteúdos da carta de alta para a continuidade dos cuidados. *Nursing: revista de formação contínua em Enfermagem*, 175, p. 34-44;
- Lyon, B (1990). Getting back on the track: nursing's autonomus scope of practice. In Chaska, N.L. *Nursing profession turning points*. St. Louis: Mosby Company. P.267-274;
- Lyon, B. (1990). *Geeting Back on the track: nursing's autonomous scope of practice* . St. Louis: Mosby Company, p.267-274.

- Magalhães, H. (2006). Preparação para a alta do doente colostomizado. *Nursing: Revista de formação contínua em enfermagem*, 207, p. 39-41;
- Magalhães, H.; REI, A. & Cabral, M. (2006). A evolução da profissão de enfermagem em Portugal. *Nursing: revista de formação contínua em enfermagem*, nº 2006, p42-43.
- Mano, M.J. Cuidados em parceria às crianças hospitalizadas: predisposição dos enfermeiros e dos pais. *Referência*, 8, p. 53-61;
- Marilli, R. & Slajmer-Japeli, M. (2003). Responsabilização dos pacientes e reformas dos sistemas de saúde. *Enfermagem*, 23/24 (2ª série), p. 57-58;
- Marques, P.A.R. (2002). Consentimento informado: o fim do silêncio. *Referência*, nº9, p. 41-47;
- Márties, M.A (2003). Sobre a Saúde, a Doença e os Cuidados de Enfermagem. *Revista Sinais Vitais*, nº 51, p 41-43.
- Martins, J.C. (1995). Do novo sistema Nacional de Saúde. *Enfermagem em Foco*, Ano V, p. 47-50;
- Martins, M.M. (2004). Visitas e parceria de cuidados. *Nursing: Revista de formação contínua em enfermagem*, 184, p. 8-14;
- Martins, M.M.F.P.S. (2002). *Uma crise Acidental na família: O doente com AVC, processos familiares/ aceitação/ dependência*. Coimbra: Formasau. 296p.
- Martins, Manuela (2003). Do hospital orientado para o doente à parceria na assistência. *Informar: revista de formação contínua em enfermagem*, 31, p. 5-10;
- Martins, R.M.L. (2005). A emergência de um cuidar gerontológico. *Servir*, nº 4, vol. 53, p. 160- 165;
- Martins, S. A. (2006). As contribuições teórico-metodológicas de E.P. Thompson: a experiência e cultura. *Revista electrónica dos pós-graduandos em sociologia política da UFSC*, 2 (2), p.113-126. Consultado em 2 de Dezembro de 2007 em http://www.emtese.ufsc.br/4_art_2.pdf;
- McDonough, N. (1998). Admissão e alta hospitalar. In Bolander, V.B. (1998). *Enfermagem fundamental: abordagem psicofisiológica*. 3ª ed. Lisboa: Lusodidata, p.473-492.

- McNamara, E. (1998). Cuidados de enfermagem no domicílio. In Bolander, V.R.; *Enfermagem fundamental: abordagem psicofisiológica*. Lisboa: Lusodidacta, p.493-513;
- McSherry, W. & Ross, L. (2002). Dilemmas of spiritual assesment: Considerations of nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, nº5, vol. 38, p. 479-488;
- Melo, R.C.C.P. (2005). Auto-conceito e desenvolvimento de competências relacionais de ajuda: estudo com estudantes de enfermagem. *Referência*, II série, nº 1, p. 63-71;
- Mendes, A.M. & Fensterseifer, L.M. (2004). Tuberculose: porque os pacientes abandonam o tratamento?. *Boletim de Pneumologia Sanitária*, nº 1, vol. 12, p.27-38;
- Mendes, A.M.S (1999). Autonomia ou funções autónomas? *Enfermagem em Foco*, 35, p.34-35;
- Mendes, A.M.S (1999). Que Autonomia? *Nursing: revista de formação contínua em enfermagem*, 130, p. 39-40;
- Mendes, J.P. (1999). O poder terapêutico do “estar com... não fazendo...”. *Pensar Enfermagem*, nº1, vol.3, p. 36-43;
- Mestrinho, M.G. (2004). Parcerias na formação inicial de enfermeiros: um estudo de caso. *Revista Pensar Enfermagem*, nº 2, vol. 8, p. 2-21;
- Ministério da Ciência e da Tecnologia (1997) - Livro Verde para a sociedade da informação em Portugal. Lisboa: Missão para a Sociedade da Informação;
- Ministério da Saúde (1998) - Saúde em Portugal: Uma estratégia para o virar do século (1998-2002). Orientações para 1998. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Moraes, M.F. & Graça, J.M.P. (2001). O processo único. *Revista Medicina Interna* n.2, vol. 8, p. 107-109. http://www.spmi.pt/revista/vol08/ch7_v8n2a2001.pdf
- Mouta, A.R. [et al] (1998). Intervenção Comunitária – cuidados de enfermagem em casa. *Enfermagem em foco*, 31, p. 47-48;
- Navalhas, J.C. (1997). Projecto de intervenção no âmbito da visita domiciliária no contexto do cuidar em enfermagem. *Enfermagem*, 7, p. 6-14;
- Navalhas, J.C. (1999). Cuidados continuados: um modelo urgente. *Enfermagem um Contributo para a Saúde*, nº 4, p. 4-6.

- Neil, R.M. (2004). Jean Watson: Filosofia e Ciência do Cuidar. In A. M, Tomey & M. R, Alligood. *Teóricas de Enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem*. 5ª ed. Loures: Lusociência, pp.163- 184;
- Neves, C.A.B. (2001). A criança com doença crónica e seus pais. *Nursing: Revista de formação contínua em enfermagem*, 153, p. 18-22;
- Neves, M.A. (2002). A tomada de decisão em enfermagem. *Pensar Enfermagem*, nº2, vol. 6, p. 25-35;
- Novais, M.E.M. (1999). Cuidados Continuados necessidade de clarificação deste conceito. *Revista Pensar Enfermagem*, nº2, vol.3, p. 38-44;
- Nunes, L. (2005). *O idoso, a doença e o hospital: o impacto do internamento hospitalar no estado funcional e psicológico das pessoas idosas*. Loures: Lusociência. 175 p.;
- Nunes, Lucília (2006). *Justiça, poder e responsabilidade: articulação e mediações nos cuidados de enfermagem*. Loures: Lusociência. 484 p.;
- OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE (2001) – Saúde que rupturas? Relatório de Primavera 2001. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Ojeda; A.C. *et al* (1998). Informe de enfermería al alta : el resumen de la historia de enfermería hecho realidad. *Revista ROL de Enfermería*, 235, p. 17-20;
- Oleaga Usategui, J. I. & De Manuel Keenoy, E. (1991). Sistema de saúde e cuidados de saúde primários. In Martín Zurro, A.; Cano Pérez, J.F. (ed. lit.) *Manual de cuidados primários: organização e protocolos de actuação na consulta*. 2ª ed. Lisboa: Farmapress. p. 12 – 28;
- Oliveira, C.R.M (2006). *Um modelo de processo markoviano de decisão aplicado à assistência domiciliar de pacientes*. Dissertação apresentada à universidade de São Paulo no âmbito do Mestrado em Enfermagem;
- Ordem dos Enfermeiros (2002). **Proposta de implementação e consolidação do enfermeiro de família em Portugal**. Consultado em 17 de Outubro de 2007 em <http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/File/sedeforum/cuidadossaud eprimerios/3/3.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2003). *Código Deontológico do Enfermeiro: anotações e comentários*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. 187 p.;

- Ordem dos Enfermeiros (2004). *Competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. p.24;
- Ordem dos Enfermeiros (2007). **Sistema de informação de enfermagem (SIE) Princípios básicos da arquitectura e principais requisitos técnico-funcionais**. Consultado em 17 de Outubro de 2007 em http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/documents/94_OrdemEnfermeiros-SIE-PrincipiosBasicosArq+RequisitosTecFunc-Abril2007.pdf;
- Ordem dos Enfermeiros. **Parecer da Secção Regional da região Autónoma dos Açores da Ordem dos Enfermeiros do Plano Regional de Saúde 2004-2006**. Consultado em 17 de Outubro de 2007 em <http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/File/ACORES/PDF/pdf1.pdf>;
- Pacheco, S. & Cunha, S. (2006). A educação para a saúde nos cuidados de saúde primários: o papel do enfermeiro. *Nursing: revista de formação contínua em enfermagem*, 211, p. 19-22;
- Paskulin, L.M.G. & Dias, V.R.F.G. (2002). Como é ser cuidado em casa: as percepções dos clientes. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 55 (2), p.140-145;
- Patton, M.Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods*. London: SAGE publications. 532 p.;
- Paz, A.A. & Santos, B.R.L. (2003). Programas de cuidados de enfermagem domiciliar. *Revista Brasileira de Enfermagem*, nº 5, vol. 56, p. 538-541;
- Peixoto, I. *et al* (2001). Continuidade de cuidados. *Revista da Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses*, nº 5, vol.2, p.7-13;
- Perea Martínez, I., Reyez Cruz, C. & Tosquella i Babiloni, R. (1996). La importância de registrar en un ABS. *Revista ROL de Enfermería*, 215-216, p.13- 15;
- Pereira, F.J.M. (2002). Cuidados Continuados um desafio dos cuidadores de saúde primários. *Geriatrics*, n.146, vol. 15, p. 33-40;
- Pereira, H.R. (2005). *Concepções de Enfermagem e desenvolvimento cognitivo*. Ponta Delgada:Nova Gráfica, 143p.

- Perry, A.G.(1999). Profissão de enfermagem. In Potter, P. & Perry, A.. *Fundamentos de enfermagem: conceitos, processo e prática*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. p. 192-213;
- Pfettscher, S.A. (2004). Florence Nightingale: Enfermagem moderna. In Tomey, A.M. & Alligood, M.R. *Teóricas de enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem*. 5ª ed, Loures: Lusociência. P.73- 93;
- Pinheiro, A.; Sardo, D. & Henriques, V. (2004). Envolvimento dos enfermeiros na articulação de informação entre os cuidados de saúde primários e os cuidados diferenciados – um estudo na área de saúde materna e obstétrica. *Revista da Associação Portuguesa dos enfermeiros obstetras*, 5, p. 41-42;
- Pinho, A.M.S. (2006). Preparação do doente oncológico em cuidados continuados para o regresso a casa. *Enfermagem oncológica*, 37, p. 17;
- Polít; D.F; Beck, C.T & Hungler, B.P (2004). Fundamentos de pesquisa em enfermagem. 5ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 487p.
- Pombeiro, A.S. (2006). Preparação do regresso a casa. *Enfermagem oncológica*, 37, p. 16;
- Portugal, H.J.M.T (1999). Modelo Teórico de Enfermagem Contribuição para a autonomia Profissional. *Revista Sinais Vitais*, 26, p. 13-14;
- PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos. - Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2004.
- Primavera, R. (1999). Continuidade de cuidados em pediatria oncológica. *Enfermagem Oncológica*, 9, p. 31-37;
- Queirós, A.A. (2004). Perspectiva histórica da construção da profissão. In Neves, M.C.P; Pacheco, S. *Para uma Ética de Enfermagem – Desafios*. Coimbra: Gráfica de Coimbra, p 19-31.
- Quivy, R. & Campenhoudt, L.V. (1998). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. 2ª ed. Lisboa: Grávida, 282p.
- Ramos Alfonso, M.R.R. [et al.] (1999). Informe de enfermería al alta: una experiencia en la práctica asistencial. *Revista ROL de Enfermería*, nº 2, vol.22, p.143-148.

- Renaud, M. (2004). Dignidade Humana. In Neves, M. C. P; Pacheco, S. *Para uma ética de enfermagem: desafios*. Coimbra: Gráfica de Coimbra, p. 203-214;
- Resende, M.A.P. (2006). Cuidados domiciliários uma modalidade de intervenção. *Nursing: revista de formação contínua em enfermagem*, 216, p. 7-10;
- Resende, M.A.P. (2006). Cuidados domiciliários: uma modalidade de intervenção. *Nursing: Revista de formação contínua em enfermagem*, 216, p. 7-10;
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 84/2005, Diário da República I Série, 81 (2005-04-27)
- Ribeiro, J.L.P (1996). Saúde e desenvolvimento. *Análise psicológica*, nº2/3, série XIV, p. 177-187.
- Ribeiro, J.L.P. (1998) – *Psicologia e Saúde*. 1ª ed. Lisboa: Instituto superior de psicologia aplicada. 444p.;
- Ribeiro, L.F. (1995). Cuidar e tratar: formação em enfermagem e desenvolvimento sócio-moral. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses e Educa, 109 p.;
- Rice, R. (2004). Entender os cuidados domiciliários: Aplicação da teoria na prática clínica. In Rice, R. *Prática de enfermagem nos cuidados domiciliários: conceitos e aplicação*. Loures: Lusociência; p. 17-26;
- Rice, R. (2004). Prática de enfermagem nos cuidados domiciliários: perspectiva histórica e filosofia dos cuidados. In Rice, R. *Prática de enfermagem nos cuidados domiciliários: conceitos e aplicação*. Loures: Lusociência; p. 3-16;
- Rice, R. *et al* (2004). A formação prestada ao utente no domicílio. In Rice, R. *Prática de enfermagem nos cuidados domiciliários: conceitos e aplicação*. Loures: Lusociência; p. 107-129;
- Rodríguez, L.S.M., D'Amour, D. & Videla, M.F. (2006). La colaboración entre los profesionales de la salud – contexto, dinámica y elementos determinantes. *Revista ROL de Enfermería*, nº 6, vol. 29, p. 425-430;
- Roper, N. (2002). Continuidade dos cuidados de saúde. Porquê e para quê? *Enfermagem*, 25/26 (2ª série), p. 68-72;

- Salgueiro, A.J.M (1994). A enfermagem amanhã. *Nursing: Revista de formação contínua em enfermagem*, nº 77, p. 8-10;
- Sánchez Linares, A. & Sanz Penon, C. (2001). Protocolizar las actividades de enfermería. *Revista ROL de Enfermería*, nº1, vol. 24, p. 67-74;
- Santos, A.L. (2005). Os Serviços de Saúde: Uma centralidade na Comunidade Humana. *Servir*, nº4, vol 53, p175-184.
- Santos, F.M.L. (1999). Elaboração de protocolos. *Enfermagem*, 205, p. 9-12;
- Santos, J.M.O. (2002). *Parceria nos cuidados: uma metodologia de trabalho centrada no doente*. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa. 153p.
- Santos, O.R. & Silva, J.R.S. (2000). Importância atribuída pelas utentes à articulação de cuidados de enfermagem em saúde materna e obstétrica. *Revista Sinais Vitais*, 29, p. 32-39;
- Santos, P.A.L. (2005). O familiar cuidador em ambiente domiciliário. Dissertação apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública no âmbito do Mestrado em Saúde Pública;
- Santos, S.R. & Nóbrega, M.M.L. (2002). Metodologias para desenvolvimento de sistemas de informação em enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, nº6, vol. 55, p.680-683;
- Santos, S.R. (2005). Sistema de informação em enfermagem: interação do conhecimento tácito-explicito. *Revista Brasileira de Enfermagem*, nº1, vol. 58, p. 100-104;
- Santos, S.S.C. (1998). O cuidar da pessoa idosa no âmbito domiciliar: uma relação de ajuda na enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 51 (4), p. 665-676;
- Serra, A.S. (2002). Interdisciplinaridade valores e autonomia (I Parte). *Nursing: revista de formação contínua em Enfermagem*, 169, p. 22-25;
- Silva, A.A.P. (2001). *Sistemas de Informação em enfermagem – uma teoria explicativa*. Dissertação apresentada ao Instituto de ciências Biomédicas Abel Salazar no âmbito do Doutoramento em Ciências de Enfermagem;
- Silva, J.F (2007). A alta hospitalar e a valorização dos cuidados de enfermagem. *Servir*, nº 3, vol. 56, p. 67-77;

- Silva, J.M. Caldeira (1995). O Relatório sobre a Saúde no Mundo, 1995, “Reduzir as Desigualdades”, Organização Mundial de Saúde, Genève. *Revista portuguesa de saúde pública*, nº 4, vol. 13, p.29-30;
- Silva; A.; Ferreira, C. & Formigo, C. (2002). Prestação de cuidados de enfermagem no contexto dos cuidados continuados. *Informar: revista de formação contínua em enfermagem*, 27, p. 60-64;
- Silva; J.F. (2007). A alta hospitalar e a valorização dos cuidados de enfermagem. *Servir*, nº 3, vol 56, p 67-77.
- Skeet, M. (1991). O papel dos enfermeiros no ano 2000 e para além. *Servir*, nº 4, vol. 39, p. 167-169;
- Smith, C.E. & Sands, J.K. (2003). O ambiente dos cuidados domiciliários. In Phipps, W.J; Sands, J.K. & MAREK, J.F. *Enfermagem médico-cirúrgica: conceitos e prática clínica*. Loures: Lusociencia, p.655-677.
- Sousa, L.; Figueiredo, D. & Cerqueira, M. (2004). Envelhecer em família: os cuidados familiares na velhice. Porto: Âmbar. 171p.;
- Sousa, M.A. (1996). Enfermeiros agentes em saúde – que caminhos de intervenção. *Enfermagem em foco*, nº23, p. 30-34;
- Sousa, P. (2005). *Sistema de partilha de informação de enfermagem entre contextos de cuidados de saúde – um modelo explicativo*. Dissertação apresentada ao Instituto de ciências Biomédicas Abel Salazar no âmbito do Doutoramento em Ciências de Enfermagem;
- Sousa, P.A.F. (2006). A partilha de informação de enfermagem: um contributo para a continuidade de cuidados. [Enfermagem oncológica](#), nº 37, p. 20.
- Souza, A.C.C. [et al] (2006). Formação do enfermeiro para o cuidado: reflexões da prática profissional. *Revista Brasileira de Enfermagem*, nº 6, vol. 59, p. 805-807;
- Souza, M.C.V. [et al] (1998). O trabalho em equipa uma lógica de organização do trabalho. *Enfermagem em foco*, 31, p. 5-8;
- Squire, A. (2005). *Saúde e Bem-estar para pessoas idosas: Fundamentos básicos para a prática*. Loures: Lusociência, 448 p.

- Strauss, A. & Corbin, J. (1998). *Basics of Qualitative Research- Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*. London: SAGE Publications, Inc, 311p.
- Strauss, A. (1987). *Qualitative analysis for social scientists*. Cambridge: Cambridge University Press;
- Streubert, H. & Carpenter, D. (1999). *Investigação qualitativa em enfermagem: avançando o imperativo humanista*. 2ª ed. Loures: Lusociência, 383p.
- Sullivan, G.H.; Sheehan, J.P. & Rice, R. (2004). Considerações jurídicas e éticas nos cuidados domiciliários. In Rice, R. *Prática de enfermagem nos cuidados domiciliários: conceitos e aplicação*. Loures: Lusociência; p. 131-147;
- Sweeney, M.A. (1998). Registo de enfermagem. In Bolander, V.R.; *Enfermagem fundamental: abordagem psicofisiológica*. 3ª ed. Lisboa: Lusodidacta, p.597-619.
- Sylvestre, C. (2003). Le passage de l'information entre les structures sanitaires – comment et vers qui l'information est transmise. *Recherche en soins infirmiers*, nº 74, p. 47-71 ;
- Tavares, M. (2006). **Qualidade de vida de cuidadores informais de idosos dependentes dos Concelhos de Lagoa e de Ponta Delgada**. Ponta Delgada: Dissertação apresentada à Universidade do Açores, no âmbito do Mestrado em Ciências Sociais.
- Teeri, S.; Leino-Kilpi, Helena & Välimäki, Maritta (2006). Long-term Nursing Care of Elderly People: Identifying ethically problematic experiences among patients, relatives and nurses in Finland. *Nursing Ethics*, nº 2, Vol. 13, p.116-128;
- Teixeira, L.S. (2003). O enfermeiro de família no contexto de saúde XXI – OMS. *Nursing: Revista de formação contínua em enfermagem*, 177, p. 6-9;
- Triplet, S.J. & Rice, R. (2004). Prestação de cuidados de qualidade ao cliente. In Rice, R. *Prática de enfermagem nos cuidados domiciliários: conceitos e aplicação*. Loures: Lusociência; p. 171-183;
- Udina, J. *et al* (1999). Alta de enfermeria hospitalaria. Implantación e validación de un formato estándar. *Revista ROL de Enfermería*, 22, p. 873-880;
- Varanda, J. (1991). O fenómeno da desospitalização – financiamento e técnicas de gestão associados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, nº4, vol. 9, p. 5-16;

- Vaz, L. & Sousa, A. (2003). Unidade de cuidados continuados ao doente dependente do Centro de Saúde de Pinhel. *Geriatrics*, nº 152, vol. 15, p. 10-15;
- Veiga, M.A.L. (1994). [Cuidar da intimidade, intimidade no cuidar: sentimentos vividos por enfermeiros e doentes durante os cuidados de manutenção da vida](#). Lisboa: Universidade Católica Portuguesa, Faculdade de Ciências Humanas, 232 p.;
- Veríssimo, C. (2004). Importância dos conceitos para a produção multidisciplinar de cuidados. *Nursing: Revista de formação contínua em enfermagem*, 187, p. 20-24;
- Veríssimo, M.A.F. (2004). Sobreviver à transição Hospital-domicílio: uma reflexão. *Servir*, nº3, vol.52, p. 149-150;
- Viegas, M.C. [et al] (1998). O trabalho em equipa uma nova lógica de organização do trabalho. *Enfermagem em foco*, 31, p. 5-8;
- Vírginio, N.A. & Nóbrega, M.M.L. (2004). Validação de instrumento de coleta de dados de enfermagem para clientes adultos hospitalizados. *Revista Brasileira de Enfermagem*, nº 1, vol. 57, p. 53- 56;
- Welch, A. Z. (2004). Madeleine Leininger. Cuidar Cultural: Teoria da diversidade e da universalidade. In A. M, Tomey & M. R, Alligood. *Teóricas de Enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem*. 5ª ed. Loures: Lusociência, pp.563-591;
- Zurro, A.M.; Pérez, J.F.C. (1989). *Manual de Atención Primaria, Organización y pautas de actuación en la consulta*. 2ª ed. Barcelona: Ediciones Doyma. 711p.;

ANEXOS

Anexo I

Guião de entrevista para os enfermeiros do HDES

| Questionário a aplicar aos enfermeiros do Hospital do Divino Espírito Santo | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Objectivos | Perguntas principais | Perguntas secundárias |
| <p>- Identificar as acções e estratégias utilizadas pelos enfermeiros para promover a continuidade de Cuidados de enfermagem na interface entre o Hospital e o Centro de Saúde;</p> | <p>- O que faz quando um cliente proveniente no Centro de Saúde é admitido no seu serviço?</p> | <p>- O que faz em primeiro lugar? - O que deixa para mais tarde? - Qual a sua maior preocupação?</p> |
| | <p>- Que informação valoriza mais para dar continuidade aos cuidados?</p> | <p>- De que forma tem acesso a esta informação? - Quem a fornece?</p> |
| | <p>- Quando não tem acesso a esta informação o que faz?</p> | <p>- Consulta o processo único? - Contacta com a Unidade de Saúde da freguesia do cliente? - Contacta com outros profissionais de saúde? Com enfermeiros? Com médicos? Com assistentes sociais? - Contacta com a família? - Contacta com outras pessoas?</p> |
| | <p>- Que meio de colheita de dados utiliza?</p> | <p>- Este instrumento possibilita-lhe dar continuidade de cuidados? Porquê? - Sente necessidade de fazer questões que não estejam contempladas no instrumento de colheita de dados? - Que questões?</p> |
| | <p>- O que faz quando um cliente ao seu cuidado necessita de cuidados continuados após a alta hospitalar?</p> | <p>- A partir de que momento planeia a alta do cliente? Porque razão? - De que forma é planeada a alta? - Envolve a família e o cliente no planeamento? - Efectua ensinios ao cliente/família? - Envolve outros profissionais? Quais? Como? - Envolve outras Instituições? Quais? Para quê? - Contacta com a Unidade de Saúde da área de residência do Cliente? Com que Objectivo? - Fornece alguma informação à Unidade de Saúde? - Que informação? Como a envia?</p> |

| | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>- Identificar os factores que facilitam e/ou inibem a articulação dos cuidados de Enfermagem entre o Hospital e os Centros de Saúde.</p> | <p>- Pela sua experiência o que considera que facilita a articulação dos cuidados de enfermagem?</p> | <p>- Relativamente ao Centro de Saúde? E ao Hospital? - Relativamente aos Enfermeiros? E aos outros profissionais? - Relativamente ao cliente/família?</p> |
| | <p>- E o que dificulta?</p> | <p>- Relativamente ao Centro de Saúde? E ao Hospital? - Relativamente aos Enfermeiros? E aos outros profissionais? - Relativamente ao cliente/família?</p> |

Anexo II

Guião de entrevista para os enfermeiros do CSPD

| Questionário a aplicar aos enfermeiros do Centro de Saúde de Ponta Delgada | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Objectivos | Perguntas principais | Perguntas secundárias |
| - Identificar as acções e estratégias utilizadas pelos enfermeiros para promover a continuidade de Cuidados de enfermagem na interface entre o Hospital e o Centro de Saúde; | - O que faz quando um cliente, que tem alta hospitalar, é admitido na sua unidade de saúde? | - O que faz em primeiro lugar? - O que deixa para mais tarde? - Qual a sua maior preocupação? |
| | - Que informação mais valoriza, para dar continuidade aos cuidados? | - De que forma tem acesso a esta informação? - Quem a fornece? |
| | - Quando não tem acesso a esta informação o que faz? | - Consulta o processo familiar do cliente? - Contacta com a instituição onde o cliente esteve internado? - Contacta com outros profissionais de saúde? Com enfermeiros? Com médicos? Com assistentes sociais? - Contacta com a família? - Contacta com outras pessoas? |
| | - Que meio de colheita de dados utiliza? | - Este instrumento possibilita-lhe dar continuidade de cuidados? Porquê? - Sente necessidade de fazer questões que não estejam contempladas no instrumento de colheita de dados? - Que questões? |
| | - O que faz nos casos em que identifica que o cliente a seu cuidado necessita de cuidados hospitalares? | - Contacta com o médico de família? - Recomenda a família a procurar cuidados médicos? - Encaminha para o Serviço de Atendimento Urgente permanente do Centro de saúde? - Encaminha para o Serviço de Urgência do Hospital? - Porquê a sua opção? - Contacta com os enfermeiros dos respectivos serviços para onde envia os clientes? De que forma e porque razão? - Contacta com outros profissionais das referidas instituições? - Fornece alguma informação a estas Instituições? |

| | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | - Que informação? Como a envia? |
| | - O que faz quando tem conhecimento que o cliente a seu cuidado Ficou internado num serviço do HDES? | - Contacta o serviço onde o cliente ficou internado? - De que forma estabelece este contacto? - Contacta com os enfermeiros dos respectivos serviços? Porque razão? - Nos casos em que contacta, fornece alguma informação dos cuidados que são prestados na Unidade de Saúde? - Que informação? Como a envia? -Contacta a família? |
| - Identificar os factores que facilitam e/ou inibem a articulação dos cuidados de Enfermagem entre o Hospital e os Centros de Saúde. | - Pela sua experiência o que considera que facilita a articulação dos cuidados de enfermagem? | - Relativamente ao Centro de Saúde? E ao Hospital? - Relativamente aos Enfermeiros? E aos outros profissionais? - Relativamente ao cliente/família? |
| | - E o que dificulta? | - Relativamente ao Centro de Saúde? E ao Hospital? - Relativamente aos Enfermeiros? E aos outros profissionais? - Relativamente ao cliente/família? |

Anexo III

Exemplo de entrevistas transcritas realizadas a um enfermeiro do Hospital do Divino Espírito Santo e do Centro de Saúde de Ponta Delgada

**Exemplo de uma entrevista transcrita realizada a um enfermeiro do Hospital do
Divino Espírito Santo**

**O que faz quando um cliente que tem alta do Hospital é admitido aqui na
vossa unidade?**

1 Geralmente, pronto há várias formas de chegar aqui à unidade, a mais
2 frequente é através da carta médica particular ou hospitalar, tanto faz...
3 recebemos a carta, colhemos os primeiros dados essenciais, morada e pouco
4 mais e logo que possível, sempre que possível fazemos uma visitação
5 domiciliária para nos inteirmos da situação para averiguarmos quais são as
6 condições e com que regularidade é preciso voltarmos lá.

A carta de enfermagem normalmente é que contém?

7 Essencialmente o histórico de enfermagem, uma história muito ligeira do
8 internamento e o tipo de apoio que precisam de nós ao nível do apoio
9 domiciliário.

Qual é a sua principal preocupação quando admitem estes doentes?

10 Em primeiro lugar é saber realmente em que situação o doente está, por
11 exemplo fazemos a primeira visitação domiciliária vamos criar, vamos criar...
12 prioridades e vamos ver o que é que o doente precisa de nós, em primeiro
13 lugar. Se é um penso, vamos estipular o tipo de penso que é feito, a
14 assiduidade com que é feita. Pronto, para isso existe as fichas... a ficha com o
15 processo de enfermagem de cada um dos doentes e pronto, estabelece-se as
16 prioridades consoante o tratamento que cada doente precisa... Isso no caso de

17 doentes com tratamentos.

No caso em que não tem acesso a essa informação o que é que faz?

18 Por exemplo, se me chega um familiar a dizer: “Olhe o meu pai ou a minha
19 mãe tem uma ferida aqui ou acolá, eu Gostava que visse...” é a mesma coisa:
20 Vamos lá, fazemos uma primeira avaliação, se nós vimos que é uma situação
21 para continuarmos a ir estipulamos o plano de cuidados. Se vimos que
22 realmente pode ficar para auto cuidado, pois se vemos que não carece da nossa
23 ida lá informamos, explicamos, ensinamos e deixamos material lá, de facto
24 existe uma forte ligação com a família, e uma das fontes de informação é a
25 família, aliás, a principal.

Normalmente contactam com o serviço onde os clientes estiveram internados?

26 Em casos esporádicos sim, por exemplo o doente está algaliado e os colegas
27 esquecem-se em que data foi algaliado, então telefonamos para saber
28 informações... ou com Sonda Nasogástrica não sabemos quando é para
29 substituir também telefonamos e geralmente há sempre uma boa articulação.

E com outros profissionais têm contacto?

30 Não. Quando o doente é admitido, se o doente faz parte das listas dos médicos
31 do Centro de Saúde, temos contacto com o médico, aliás vem sempre uma
32 carta dirigida ao médico de família que ela á entregue ao médico e... pronto,
33 ele fica logo a tomar conhecimento da situação. Se é um utente que não
34 pertence às listas de Unidade de Saúde dos médicos da Unidade de saúde,

35 geralmente não temos... não temos contacto com nenhum médico. A não ser
36 que a família... a não ser que seja por intermédio da família, se precisa de
37 alguma coisa nós dizemos à família “olhe nós achamos que esta ferida tá
38 muito infestada, precisa de Antibiótico, vá falar com o médico lá no Hospital
39 assim e assado, diga que nós dissemos assim e assado” e eles às vezes vão...
40 por vezes. Mas nós só falamos com os nossos... com os médicos de família.
41 a equipa vai ter três médicos que em princípio vão estar cá apenas ao sábado,
42 portanto tá previsto fazerem VDs consoante as necessidades que nós
43 apresentarmos, mas de qualquer maneira nunca deixaremos de ter sempre
44 contacto com os médicos de família... primeiro o médico de família daquele
45 doente, depois, se isso não for possível, nessa altura os nossos médicos da
46 nossa equipa que a princípio, e daquilo que sei, serão três... então nesse caso
47 entraremos em contacto com eles. Isso é o que se espera. O que está previsto.

Com as assistentes sociais existe algum contacto?

48 Temos, temos contacto. Nós temos uma assistente social que é muito acessível
49 e qualquer situação que nós vemos e identificamos que precisa da colaboração
50 dela, falamos com ela. É uma pessoa extremamente acessível e ela assim que
51 pode intervém e se pode resolve a situação. Qualquer situação que a equipa
52 identifique que necessite de intervenção, referencia-se para ela e ela faz a
53 visitação domiciliária que para avaliar o que necessitam, e a partir daí é um
54 processo que é dela.

Utilizam algum meio de colheita de dados?

55 Utilizamos um instrumento de colheita dado normal que tem uma estrutura

56 básica para todos os serviços, portanto, tem identificação, os n.ºs de telefone,
57 de segurança social é uma colheita de tem uma base de identificação comum.
58 Para além disso, vamos implementar a base de dados informática, ou seja
59 vamos ter a ficha que tínhamos de admissão de enfermagem vai passar a ser
60 feito no computador fica tudo informatizado, mas nesta primeira fase vamos
61 funcionar das duas formas: suporte de papel e suporte informático, quando as
62 coisas estiverem mais assentes será só o registo informático. Pronto quando
63 começamos os primeiros passos para a criação da equipa nós criamos todos
64 aqueles modelos que achamos pertinentes e que eram precisos ao todo 13º a
65 14º modelos, modelos justamente isto, as notas de evolução das situações
66 consoante os nossos, os nossos planos de cuidados e a nossa actuação, isso aí
67 já não tem nada haver com o suporte informático, somos nós que fazemos por
68 escrito, com as datas com a evolução das situações e tudo isso. Isto é um dos
69 modelos, que contempla o processo de enfermagem, e que consiste numa 1ª
70 parte com a identificação dos problemas, etc...., e uma folha timbrada lisa
71 com espaço para colocar a data e depois um local para registo, para registos
72 normais para colocar toda aquela informação que não se pode colocar nos
73 outros impressos, o tipo de feridas, o tipo de situação, situação económica,
74 social e a avaliação, é um registo diário, como se trata-se de um serviço de
75 internamento, é uma folha tipo diário de enfermagem.

**O que faz quando um doente que esta a seu cuidado necessita de um
cuidado diferenciado?**

76 Nós quando chegamos á casa do doente e vemos que precisa de um cuidado
77 diferenciado, se tem médico de família na área de residência, se é uma coisa

78 que pode esperar dois ou três dias, chegávamos á unidade e reportámos a
79 situação ao médico de família e o médico, ás vezes, algumas vezes faz a
80 visitaçãõ domiciliaria, quando não faz a visitaçãõ domiciliária nós informamos
81 o medico naquilo que se passa e ele muitas vezes, muitas vezes mesmo,
82 algumas dependendo dos médicos prescreve medicaçãõ baseado naquilo que
83 dizemos, se é uma ferida infectada, por exemplo, agente descreve, “ olhe a
84 ferida esta assim, assado...” e o médico diz “ Oh pá, vai fazer isso ou
85 aquilo...” e depois vê-se a evoluçãõ. Se for uma situaçãõ que não pode
86 esperar, uma situaçãõ emergente, nós próprios chegamos a ligar a ambulância
87 e encaminhamos directamente para o hospital. Se for uma situaçãõ que não
88 pode esperar, uma situaçãõ emergente nós próprios chegamos a ligar para a
89 ambulância e encaminhamos directamente para o Hospital. Isso se fosse uma
90 situaçãõ realmente urgente que não pudesse esperar que fala-se-mos com o
91 médico, nós próprios chegamos a telefonar para a ambulância e encaminhamos
92 directamente para o hospital.

Enviãõ alguma informaçãõ escrita?

93 Sempre que possível sim, sempre que possível sim, enviamos um registo da
94 ocorrência da situaçãõ. Estou agora a lembrar-me de uma situaçãõ de um S^o
95 com um Neo a nível da traqueia e tinha uma ferida, uma coisa fenomenal a
96 nível do pescoço, e uma vez ao tirarmos o penso, faz uma hemorragia arterial,
97 mas uma coisa brutal, não houve tempo para fazer nada, foi só colocar pensos
98 americanos em cima de pensos americanos, chamar a ambulância e caminhar
99 para o serviço de urgência. Mas na maior parte das vezes existe a oportunidade
100 de fazer um registo e dizermos porque é que mandamos o utente.

101 Normalmente a informação que o doente leva para o serviço de urgência é o
102 único contacto. O tipo de informação depende do tipo de doente que é
103 enviado, por exemplo, o doente raramente é enviado por causa da algaliação
104 ou entubação normalmente nós tentamos resolver estes casos no domicílio.
105 Normalmente os doentes são enviados por agravamento do seu estado geral,
106 principalmente alguma situação nova que surge, mas pronto geralmente neste
107 tipo de situações, o que mandávamos na carta de informação é a razão porque
108 enviamos o utente á urgência. Se o doente fica internado, nesses casos
109 contactamos com o serviço onde fica internado para fornecermos as datas de
110 entubação e de algaliação para depois ser substituído nas datas
111 correspondentes.

Como é feito este contacto?

112 Telefonicamente ou dizemos á família porque na maior parte das vezes é
113 assim, dizíamos ao familiar que foi algaliado em tal data, foi entubado em tal
114 data, foi entubado em tal data e agradecíamos que dissessem aos colegas nas
115 enfermarias, geralmente funcionava assim.

Como têm conhecimento que o cliente ficou internado?

116 Pela família, a família vem nós dizer, a família diz-nos. Quando mandamos o
117 doente para o hospital, e alertamos a família para nos dizer qualquer coisa para
118 podermos saber se vamos lá no dia seguinte ou não. A família depois contacta-
119 nos e dizem-nos “ olhe ficou internado, não ficou internado, ...” nessa altura
120 então passamos o resto da informação à família para dizer no internamento.

Existe algum contacto prévio com o serviço de urgência a informar que vão enviar o cliente?

121 Não, não, chamamos a ambulância, e normalmente vai um familiar a
122 acompanhar.

Na sua opinião o que facilita e dificulta a articulação de cuidados entre o centro de saúde e hospital?

123 Na minha opinião o que realmente tem facilitado é a informação que o doente
124 traz do hospital, tanto a informação clínica como a informação de
125 enfermagem. É uma mais valia, porque a partir dali, já sabemos o que se passa
126 e já é meio caminho andado para fazermos a nossa, o nosso plano de cuidados.
127 O que dificulta muitas vezes, mas isso é de ambos os lados, é a discordância
128 de atitude, de acções, de elaboração de planos, pronto, estou a lembrar-me
129 essencialmente a nível de tipo de pensos utilizados. Ah, ... e depois há sempre
130 aquele problema, aquele eterno problema de o doente vir do hospital com uma
131 determinada prescrição de penso do médico e somos obrigados a seguir aquela
132 prescrição ou não somos obrigados a segui-la, temos autonomia para fazer a
133 mudança de prescrição uma vez que somos nós que estamos ali diariamente a
134 fazer o penso ou não temos autonomia para fazer isso. São situações que não
135 estão definidas e acho que nunca vão ficar, porque, pronto e agora confesso,
136 muitas vezes, algumas vezes fazia a alteração da prescrição médica. E chegava
137 a uma altura em que o doente ia ao médico fazer esta avaliação e lá tínhamos
138 que fazer o penso de acordo com a prescrição porque nós sabíamos que se não
139 fosse assim ia haver “tourada”. Fazíamos aquele período todo como
140 achávamos que deveria ser feito, mas na véspera de ir ao médico fazíamos

141 segundo a prescrição, senão e muitas vezes chegava lá e o médico dizia “ olhe
142 está ótimo, continue assim.”. E mal sabia ele que estava a ser feito de outra
143 forma. Eu estou a falar em “ tourada” como modo de expressão, porque existe
144 sempre aqueles conflitos, o médico dirige-se á família e diz “ ele não tinha
145 nada que mexer aqui, eu disse para fazer desta forma, etc., ...” e justamente
146 para evitar estas situações é que nós as vezes, ... pronto, fazemos estas
147 pequenas coisa.

148 Por outro lado acho que a criação deste serviço de cuidados continuados
149 domiciliários, com protocolos previamente estabelecidos com o hospital, com
150 os serviços do hospital, com protocolos devidamente assinados, estabelecidos,
151 eu acho que era o que estava a fazer falta, espero que seja. Pois estão a ser
152 criadas uma série de parcerias, uma delas com o hospital uma vez que são os
153 que nos enviam mais doentes. Relativamente á família considero que ela é o
154 nosso principal elo de ligação, tanto com o médico assistente que não seja da
155 unidade de saúde, quer com o próprio hospital em si tem sido de uma maneira
156 geral, é claro que existem exceções, mas de uma maneira geral tem sido o
157 principal elo de ligação.

Relativamente a outros profissionais de saúde?

158 Da minha experiência os médicos do centro de saúde, das unidades de saúde,
159 sim, aceitam as nossas recomendações, porque se não fosse assim não corriam
160 o risco de passar o receituário com base na nossa história, com base na nossa
161 avaliação, sem verem os doentes. Com outros médicos que não sejam do
162 centro de saúde, hum, ...hum, ...não é tão fácil quanto isso, porque ainda
163 impera a teoria de que eu mando e é assim que tem que ser feito. Apesar de

164 sermos nós que estamos a fazer os pensos todos os dias, acreditamos que
165 temos mais conhecimento e formação sobre feridas do que muitos deles, cada
166 vez tem surgido mais pensos, cada vez tem havido mais formações, sobre os
167 nossos pensos e não acredito que tenham mais formação sobre os pensos do
168 que nós.

169 Relativamente aos enfermeiros acho que nunca houve um problema de
170 articulação entre os dois grupos de enfermeiros. Os colegas mandam sempre a
171 carta de alta de enfermagem, o que tem sido uma grande ajuda, e uma
172 informação completa, com a descrição da situação, a colaboração que espera
173 de nós. Apesar de não nós conhecerem e nos também não os conhecemos, mas
174 por aquilo que está escrito acabamos por os conhecer porque realmente está
175 tudo ali.

Exemplo de uma entrevista transcrita realizada a um enfermeiro do Centro de Saúde de Ponta Delgada

O que faz quando um cliente proveniente do Centro de Saúde é admitido no seu Serviço?

1 Quando um doente é admitido aqui no serviço fazemos a colheita de dados,
2 normalmente quando o doente é mais dependente, tentamos identificar o cuidador e as
3 necessidades que este cuidador e doente têm, depois, costumamos orientar, o cuidador
4 por ex; para a assistente social, para depois se necessário o doente e cuidador receber
5 algum apoio social, quer durante o internamento, quer após a alta. Também há aquelas
6 situações em que o doente piorou o seu estado e necessitará de outro tipo de apoio no
7 domicílio como por exemplo os casos em que o doente fica totalmente dependente e não
8 tem cuidador, nestes casos alertamos a assistente social do serviço, para resolver a
9 situação social daquele utente. De facto a nossa maior preocupação quando admitimos
10 estes doentes é conhecer toda a dinâmica familiar, ou melhor os hábitos de vida daquele
11 doente e os cuidados que são efectuados quer pelo cuidador ou familiar, pois na sua
12 maioria é um familiar que presta os cuidados no domicílio, quer pelo Centro de Saúde,
13 ou melhor pelos enfermeiros.

Que informação valoriza mais quando admite estes clientes?

14 Nos normalmente colhemos os dados com a família, recorremos sempre ao cuidador
15 principal...e... preocupamo-nos em saber nestes casos, como são prestados os cuidados
16 de higiene, o nível de dependência, a alimentação, o padrão do sono, a este nível se
17 fazem alguma medicação para dormir por exemplo, a nível da eliminação, ou seja, a
18 nível das necessidades humanas básicas. Se os doentes têm...hmmm... às vezes, há duas

19 situações, há aqueles doentes que vêm com zonas de pressões ou úlceras de pressão, ou a
20 família... tem o papel de nos descrever o tratamento, e já chegou a alguns casos em que
21 ligamos para os colegas do Centro de Saúde para perguntar como fazem os pensos, ou
22 então para saber as datas das entubações ou algaliações nos casos dos doentes que são
23 entubados ou algaliados, ou seja os cuidados mais técnicos que são efectuados pelos
24 enfermeiros, isto para nós aqui podermos dar continuidade aos cuidados que são
25 prestados no domicílio. Mas normalmente são os cuidados que são prestados no
26 domicílio pelo cuidador a informação que mais privilegiamos para podermos dar
27 continuidade aos cuidados.

Porque razões privilegiam esta informação?

28 Porque estes doentes normalmente quando saem do seu meio ambiente, normalmente
29 ficam confusos, por vezes desorientados, pois não conhecem o meio... pelo que eu acho
30 que ao conhecermos melhor os hábitos daquela pessoa podemos minimizar muitos
31 daqueles sentimentos de abandono. Devemos apoiar, podemos tentar fazer com que
32 aquela situação seja a menos penosa para aquele doente e conseqüentemente para a sua
33 família. Para além de que são os cuidadores que prestam a maioria dos cuidados no
34 domicílio, e são neste caso as pessoas que podem nos informar melhor.

Quando não têm acesso a esta informação o que faz?

35 Geralmente a família ou o cuidador é que nos informa sobre os cuidados que são
36 prestados, pois, desde que trabalho aqui, raramente nós recebemos qualquer informação
37 do Centro de Saúde e... também é muito raro contactarmos o Centro de Saúde, muitas
38 vezes o que fazemos é contactar a assistente social, e é através desta que conseguimos
39 que nós conseguimos obter mais informações acerca daquele doente, que contacta a

40 assistente social da zona onde aquele doente reside. Vou dar um exemplo, se é um
41 doente dependente que é admitido sem qualquer acompanhante ou informação,
42 contactamos a assistente social, a assistente social entra em contacto com a família e vai
43 dos dando alguma informação acerca daquele doente... se é ou não acompanhado pelo
44 Centro de Saúde, que tipo de apoio é que tem, etc., mas é raro, é muito raro
45 contactarmos em primeiro lugar com o Centro de Saúde ou com os enfermeiros daquela
46 área, e também é muito raro eles contactarem connosco, por vezes recebemos é pedidos
47 de informação daqueles doentes que estão já internados no Centro de Saúde, e que
48 agravam a sua situação e vão para o Hospital, porque normalmente um doente que tem
49 alta e que depois é seguido em ambulatório não há qualquer... contacto... o contacto
50 normalmente que existe é feito através dos familiares, que as vezes vão ao serviço ou
51 para esclarecer dúvidas, ou para tirar alguma... ou mesmo... muitas vezes é para
52 agradecer, de facto o contacto que existe é com a família e esporadicamente com os
53 enfermeiros. E depois é engraçado porque normalmente... nós há tempo para cá,
54 tentamos fazer; implementar uma forma de contacto, um doente vai dependente para, o
55 doente era independente e se por alguma circunstância se torna dependente, mesmo que
56 não tenha úlceras de pressão, não tenha nenhum cuidado específico, hum,.. temos as
57 vezes contactado telefonicamente, com as colegas do Centro de Saúde mesmo só para
58 irem fazer uma supervisão, daquela família porque nós sabemos que a dinâmica da
59 família esta toda alterada, e... as colegas estranham muito porque como isto não é uma
60 prática que esta muito implementada, infelizmente, deveria estar mais implementada, os
61 colegas estranham e também não é feita com a frequência com que deveria ser feita, por
62 exemplo tive uma vez uma doente que foi, teve alta e eu liguei à colega e disse-lhe: olhe
63 há uma doente aqui que vai ter alta, uma a senhora, tal e tal, que mora nesta rua, pronto
64 ela não leva úlceras de pressão, nem nada, uma senhora dependente, o marido é que...

65 pronto tinha alta, e era mais para avaliar aquela dinâmica da família se estava alterada ou
66 não, e a colega ficou muito espantada ao telefone por este contacto, mas e... pronto não é
67 algo que a gente faça com regularidade, normalmente a realidade é esta: hoje em dia
68 todo o doente leva a carta de alta, que vai referenciada ao Centro de Saúde, mas o que
69 conhecemos da realidade é que o Centro de Saúde não tem, capacidade para dar
70 resposta, normalmente dão prioridade aos doentes que estão algaliados ou que têm
71 úlceras de pressão, ou que estão entubados porque não conseguem dar resposta. E
72 naquele contacto, no desenrolar da conversa é que eu senti que o colega estava um
73 bocado... surpreendido, e depois eu também tive outro caso... e são estas situações que
74 nos faz ficar um pouco renitentes, as más experiências...inibe-nos de contactos futuro...
75 tive uma doente que era diabética, insulino-dependente, que ia para casa com insulina só
76 que tinha imensas dificuldades, mas dificuldade só a nível da... da caneta, não conseguia
77 rodar a caneta de insulina, ela não conseguia e então nos pedimos a colaboração das
78 colegas só para irem lá a casa dosear a caneta, e a doente é que administrava, porque o
79 resto ela conseguia fazer, e depois foi uma complicação tão grande que eu depois , eu
80 pensei eu tive tempos a pensar nisso, pois tentamos fazer com os doentes tenham
81 cuidados continuados e por vezes as coisas nem sempre resultam.
82 Às vezes. Mas mais no sentido de colher dados, se são internamentos muito repetitivos,
83 nós às vezes pedimos o processo único por causa de consultar algumas informações e
84 completá-las.

Porque razão é que foi complicado este contacto?

85 Porque o que a colega dizia que não conseguia dar resposta, com tantos domicílios que
86 tinha, não conseguia dar resposta a estas solicitações... hmmm, ao fim ao cabo aquilo
87 não era uma prioridade, e não... e, eu senti-me quando desliguei o telefone, senti-me,

88 desiludida porque ao fim ao cabo tentei-me esforçar e depois não senti,
89 reconhecimento... mas pronto, mas há colegas que agradecem, e já temos tido algumas
90 experiências assim engraçadas...

Falou-me que efectuem a colheita de dados aquando da admissão, que meio de colheita de dados utiliza?

91 Utilizamos o guia de colheita de dados que esta implementado em todo o Hospital, em
92 que consiste em vários itens, nomeadamente identificação, antecedentes clínicos,
93 medicação que efectuem no domicilio, seguindo depois questões sobre as necessidades
94 humanas básicas, e outras questões, e é este instrumento que utilizamos.

Este instrumento possibilita-lhe dar continuidade aos cuidados?

95 Aquilo abrange quase todas as áreas, aquele guia de colheita de dados, e depois o
96 hospital tem vindo a criar outras folhas, para anexar, por exemplo a nível das alterações
97 cutâneas, e também existe espaço, e nos vamos tentando, vamos acrescentando alguma
98 coisa, por exemplo pessoa responsável, nós colocamos o nome da pessoa e o contacto do
99 cuidador directo ou tem apoio domiciliário, ou então existe ali uma zona que deixam em
100 aberto no que diz respeito a doente, nós também fazemos questões sobre alguma coisa
101 mais específica sobre o doente. Pronto complementámos alguma informação.

O que faz quando um cliente a seu cuidado necessita de cuidados continuados aos a alta hospitalar?

102 Normalmente a família, quero dizer quando o cliente tem alta, é chamada e é informada
103 de todas as hmmm... de todas as situações, de todos os cuidados que deve prestar, fala-
104 se também acerca do aspecto social, por causa do apoio ao domicilio, da alimentação

105 hmmm... e depois há a carta de alta que a família leva para entregar aos nossos colegas
106 do Centro de Saúde. Mas não existe aquele telefonema nem aquele contacto directo com
107 os nossos colegas do Centro de Saúde. Quem faz esse contacto, ao fim e ao cabo, é a
108 família que leva a carta de alta que entregamos no dia da alta.

A partir de que momento planeia a alta do cliente?

109 Muitas vezes sabe-se com dois dias de antecedência, começa-se primeiro a preparar a
110 alta no serviço, nós aqui temos doentes oncológicos e muitas vezes é preciso arranjar
111 camas articuladas, cadeiras... e isso leva muito tempo a preparar e a arranjar.
112 Mas a maior parte dos doentes nós sabemos que eles têm alta é de véspera. Não deveria
113 ser assim. O que está preconizado é que devemos preparar a alta do doente desde o
114 momento da admissão, mas não é isso que acontece. Normalmente na admissão nós
115 identificamos alguns problemas e vamos tentando resolver, mas muito é deixado para o
116 momento da alta.

Incluem a família e o cliente nesse processo?

117 Mais a família. A família sim. Uma vez que a maioria dos doentes são dependentes, e
118 nestes casos trabalhamos mais com as famílias, no sentido mais de identificar problemas
119 com a família e também, é claro com o doente, e tentar orientar a família para a
120 resolução dos problemas, é mais nesse sentido.
121 Nós também vamos fazendo alguns ensinamentos, mesmo sobre os levantamentos dos doentes, as
122 mobilizações, o que não quer dizer que nos serviços há... hmmm... situações de altas
123 em que nota-se que não houve esse cuidado.

Envolve outros profissionais?

124 Por vezes quando necessário encaminhamos para a assistente social do serviço se o
125 doente ou família necessitar de apoio no domicílio, como cama articulada, apoio na
126 higiene do doente, apoios deste género.

Contacta com a Unidade de Saúde da área de residência do cliente?

127 Não, normalmente não, normalmente o que fazemos é encaminhar a família para ir ao
128 Centro de Saúde entregar a carta de alta aos enfermeiros. A excepção dos casos dos
129 doentes que são internados naqueles Centros de Saúde que têm internamento, nesses
130 casos o médico telefona para o médico assistente da zona e depois deste contacto quando
131 a transferência está assente, enviamos a carta de alta com os bombeiros, ou através da
132 família, às vezes nestes casos contactamos os enfermeiros do internamento do Centro de
134 Saúde para dar alguma informação.

Que informação envia na carta de alta?

135 A carta de alta... hmmm... aquela carta de alta, inclui os cuidados no domicílio, os
136 cuidados especiais, os ensinamentos que foram efectuados aqui no internamento, nós
137 preenchemos e à partida quando o enfermeiro do Centro de Saúde a recebe... hmmm...
138 consegue identificar o que foi feito e o que ainda falta ser feito... e para além da
139 informação incluída na carta de alta geralmente, não enviamos outra informação.

Pela sua experiência o que considera que facilita a articulação dos cuidados de enfermagem?

140 Por exemplo... eu acho que por vezes o que dificulta um bocado essa articulação... às
141 vezes é um bocado de falta de tempo, de excesso de trabalho, falta de disponibilidade
142 para. Por exemplo, se tivéssemos o hábito, e agora as cartas de alta vão passar a ir para o

143 Centro de Saúde, porque agora o Hospital já agora, envia as cartas de alta médicas por
145 Correio, e as de enfermagem vão passar também a ser, e assim temos a certeza que
146 chegam lá.

147 Mas por exemplo, é muito engraçado eu tive numa formação da Ordem dos Enfermeiros
148 lá fora, e parece que existe um registo informática... em que a minha colega do Centro
149 de Saúde sabe por exemplo, que o seu doente está internado no Serviço de Medicina e o
150 que é que está a ocorrer com aquele doente pronto, e eu sei que aquele doente quando
151 tiver alta esse enfermeiro vai ter acesso àquela informação., se houve-se cá seria muito
152 bom. E eu penso que se houvesse isso também, eu estou a falar do ideal, mas, pelo
153 menos, que houvesse aquela obrigação de fazer aquele telefonema a dizer “ Olhe este
154 doente vai ter alta, vai nestas e nestas condições, a família leva a carta de alta, pois então
155 se vocês puderem fazer o favor de passar lá” nós sabemos que muitas vezes a família
156 não vai hoje, não vai amanhã, porque até têm um consulta na próxima Quinta-feira e a
157 entrega da carta pode esperar até lá, portanto eu acho que devia haver... e mesmo por
158 parte dos colegas do Centro de Saúde ao saber que um doente seu está internado, deveria
159 contactar o serviço para ver o que é que se passa, porque é que o doente está internado,
160 isto porque há certas informações que nós só sabemos uma parte e... e há muita
161 informação que nós sabemos é através da Assistente Social, ela é que consegue obter,
162 porque a Assistente Social daquela zona conhece bem aquela família e, vejamos... um
163 caso de maus tratos, um enfermeiro do Centro de Saúde consegue muito mais identificar
164 essa situação do que o enfermeiro do Hospital. Mas se nós tivéssemos um enfermeiro do
165 Centro de Saúde que dissesse “Tem atenção, assim e assado”, porque o que nós vemos
166 aqui não é bem a realidade, porque até, por exemplo, nós sabemos que há famílias que
167 aqui no internamento são de uma maneira, mas depois nos seus domicílios não cuidam
168 assim tão bem. Mas por enquanto, enquanto não existir essa base de dados que existe no

169 Continente, em que há Centros de Saúde e Hospitais que existe. Mas pelo menos que
170 houvesse uma garantia de entrega da carta de alta á enfermagem, que na minha opinião
171 não deveria ser entregue à família e deveria ir directamente para o colega, e também
172 deveria fazer-se esse telefonema e acima de tudo outra coisa que também facilitaria era o
173 facto de haver o enfermeiro de família, por exemplo, eu já sei que aquele enfermeiro é
174 responsável por aquelas famílias, e ele ao saber que um doente da sua lista está
175 internado, liga para o hospital e aí obtém informações que quisesse e se, nós enfermeiros
176 do Hospital quiséssemos saber alguma coisa sobre aquela família, ligaríamos para aquele
177 enfermeiro a saber o que necessitasse, até já saberia quando fizesse a carta de alta a
178 quem era que eu a dirigia. E isso facilitava-nos muito mais, quer dizer, isso era um
179 sonho, que eu espero que venha a acontecer.

180 Eu penso que essa política de instituir o envio da carta de alta por todos os serviços do
181 hospital eu acho que está a valorizar essa relação entre o Hospital e os cuidados de saúde
182 primários. Eu acho que se a articulação for boa, eu acho que os doentes são que vão
183 beneficiar.

E o que dificulta?

184 Vamos lá ver... não sei. Eu acho existe uma barreira por parte dos enfermeiros, eu acho
185 que a ideia que dá é que os enfermeiros eu não sei... eu não sei se são os enfermeiros do
186 Hospital que se... que se valorizam tanto em relação aos enfermeiros do Centro de
187 Saúde. Eu às vezes sinto isso em relação aos enfermeiros do Centro de Saúde, quando eu
188 faço uma carta de alta, por exemplo, eu mando uma carta de alta por exemplo com as
189 indicações de como fazemos um determinado penso, e os colegas do Centro de Saúde
190 ficam ofendidos pelo facto de se explicar da forma como o penso é feito. Eu não sei se
191 é... mas existem barreiras que são postas pelos próprios enfermeiros. Eu acho que se

192 olhássemos de outra maneira e víssemos o benefício da articulação para a continuidade
193 de cuidados, eu acho que mudaríamos o nosso modo de pensar e actuar. E é isso que a
194 Gente não vê. E depois à coisas, que, muitas vezes não dependem de nós por exemplo os
195 pensos, aqui no serviço existe um quadro com os graus de úlceras de pressão, com o
196 tratamento correspondente aquele tipo de ulcera, e nos temos é que usar aquele tipo de
197 penso porque o hospital estipulou que só se usa aquelas marcas, assim mesmo que,
198 mesmo que faça outros nos domicílios com outro tipo de pensos fazemos é com aquilo
199 se está estipulado, a não ser em casos especiais como é o caso dos doentes que são
200 seguidos pela plástica, por exemplo, há agora doentes com úlceras de pressão que fazem
201 agora com Convatec® e também com Allevyn® é só nestes casos é que cumprimos
202 mesmo aqueles que são específicos dessas áreas porque de resto eles vêm para cá e nós
203 aplicamos o que está estipulado, porque mesmo que a gente queira pedir outro material
204 nós não conseguimos porque no Hospital não consome lkoi®.

Anexo IV

Pedido de autorização aos Conselhos de Administração do HDES e do CSPD, para a colheita de dados

Ao Conselho de Administração do Hospital
do Divino Espírito Santo

Assunto: Trabalho de investigação no âmbito do XIII Curso de Mestrado em Ciências de Enfermagem

Helena Margarida Correia Vicente Tavares, aluna do XIII Curso de Mestrado em Ciências de Enfermagem – turma B, do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar Universidade do Porto, vem solicitar autorização para aceder aos Serviços de Medicina, Pneumologia e Doenças Infecciosas identificação de a fim de proceder à selecção dos participantes (enfermeiros) do trabalho de investigação que pretende realizar subordinado ao tema "A Articulação dos Cuidados de Enfermagem entre Hospital e Centro de Saúde no Âmbito dos Cuidados Continuados". Este estudo tem como finalidade reflectir sobre a importância atribuída pelos enfermeiros à articulação dos cuidados de enfermagem entre Hospital e Centro de saúde, bem como ao seu papel na promoção desta articulação, e perseguirá os seguintes objectivos: identificar as acções de Enfermagem no processo de articulação de cuidados entre o Hospital e o Centro de Saúde, identificar as estratégias utilizadas pelos enfermeiros para promover a continuidade de Cuidados de enfermagem na interface entre o Hospital e o Centro de Saúde, identificar os factores que facilitam e/ou inibem a articulação dos cuidados de Enfermagem entre o Hospital e os Centros de Saúde. Este estudo é orientado pela Professora Doutora Maria Arminda Costa.

A investigação em causa seguirá uma metodologia qualitativa de características fenomenológicas. Como critérios de elegibilidade definimos: os enfermeiros a desempenhar funções nos serviços de Medicina I, II, III e IV, Pneumologia e Serviço de Doenças Infecciosas do HDES, uma vez que são os serviços onde a prevalência de idosos dependentes e de doenças crónico-degenerativas em situação de descompensação é maior exigindo um cuidado continuado aquando da alta para o domicilio; os enfermeiros dos respectivas serviços, que têm um horário fixo de manhãs (8-16h), uma vez que é neste período que na maioria das vezes as altas ocorrem; os enfermeiros que trabalham há dois ou mais anos nos serviços anteriormente referidos; que aceitem participar no estudo, após terem sido devidamente esclarecidos, acerca da finalidade do mesmo.

A colheita de dados será efectuada nos Serviços dos participantes seleccionados ou outro local por eles indicado, de acordo com a sua disponibilidade e marcação prévia, tendo sempre em atenção não perturbar a dinâmica dos serviços.

Os dados colhidos serão apenas para usar no presente estudo.

Não estão previstos danos, e os benefícios do estudo relacionam-se com o aumento de conhecimento do assunto em causa, proporcionando assim, a oportunidade de melhorar a prestação de cuidados de enfermagem. A participação dos informantes é voluntária, salvaguardando-se o direito à recusa ou desistência em qualquer momento do estudo.

Para assegurar o rigor científico ter-se-á em conta os critérios de credibilidade, segurança, confirmabilidade e transferibilidade.

No que diz respeito aos procedimentos éticos compromete-se em assegurar que o presente estudo seja sólido do ponto de vista ético e moral, seguindo os princípios da beneficência, do respeito pela dignidade humana e da justiça.

A identidade dos informantes apenas será conhecida pelo investigador, salvaguardando-se assim o direito à privacidade e ao anonimato.

Compromete-se a interferir o menos possível com o normal funcionamento do serviço, e em divulgar os resultados do estudo junto da V. Instituição após o seu terminus, previsto para Março de 2008.

Em anexo envia o Projecto de Tese, o Documento de Consentimento Informado, a Nota Biográfica da orientadora do estudo e da investigadora.

Grata pela atenção dispensada, solicita deferimento.

A Mestranda

(Helena Margarida Correia Vicente Tavares)

Ao Conselho de Administração do Centro de Saúde de Ponta Delgada

Assunto: Trabalho de investigação no âmbito do XIII Curso de Mestrado em Ciências de Enfermagem

Helena Margarida Correia Vicente Tavares, aluna do XIII Curso de Mestrado em Ciências de Enfermagem – turma B, do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar Universidade do Porto, vem solicitar autorização para aceder às Unidades de Saúde a fim de proceder à selecção dos participantes (enfermeiros) do trabalho de investigação que pretende realizar subordinado ao tema "A Articulação dos Cuidados de Enfermagem entre Hospital e Centro de Saúde no Âmbito dos Cuidados Continuados". Este estudo tem como finalidade reflectir sobre a importância atribuída pelos enfermeiros à articulação dos cuidados de enfermagem entre Hospital e Centro de saúde, bem como ao seu papel na promoção desta articulação, e perseguirá os seguintes objectivos: identificar as acções de Enfermagem no processo de articulação de cuidados entre o Hospital e o Centro de Saúde, identificar as estratégias utilizadas pelos enfermeiros para promover a continuidade de Cuidados de enfermagem na interface entre o Hospital e o Centro de Saúde, identificar os factores que facilitam e/ou inibem a articulação dos cuidados de Enfermagem entre o Hospital e os Centros de Saúde. Este estudo é orientado pela Professora Doutora Maria Arminda Costa.

A investigação em causa seguirá uma metodologia qualitativa de características fenomenológicas. Como critérios de elegibilidade definimos: Os enfermeiros destacados para desempenhar funções na futura Unidade de Cuidados Continuados do CSPD, uma vez que serão os profissionais de enfermagem que irão garantir a continuidade de cuidados no domicílio, no concelho de Ponta Delgada; os enfermeiros que trabalham há dois ou mais anos no CSPD, que aceitem participar no estudo, após terem sido devidamente esclarecidos, acerca da finalidade do mesmo.

A colheita de dados será efectuada nos Serviços dos participantes seleccionados ou outro local por eles indicado, de acordo com a sua disponibilidade e marcação prévia, tendo sempre em atenção não perturbar a dinâmica do serviço.

Os dados colhidos serão apenas para usar no presente estudo.

Não estão previstos danos, e os benefícios do estudo relacionam-se com o aumento de conhecimento do assunto em causa, proporcionando assim, a oportunidade de melhorar a prestação de cuidados de enfermagem. A participação dos informantes é voluntária, salvaguardando-se o direito à recusa ou desistência em qualquer momento do estudo.

Para assegurar o rigor científico ter-se-á em conta os critérios de credibilidade, segurança, confirmabilidade e transferibilidade.

No que diz respeito aos procedimentos éticos compromete-se em assegurar que o presente estudo seja sólido do ponto de vista ético e moral, seguindo os princípios da beneficência, do respeito pela dignidade humana e da justiça.

A identidade dos informantes apenas será conhecida pelo investigador, salvaguardando-se assim o direito à privacidade e ao anonimato.

Compromete-se a interferir o menos possível com o normal funcionamento do serviço, e em divulgar os resultados do estudo junto da V. Instituição após o seu terminus, previsto para Março de 2008.

Grata pela atenção dispensada, solicita deferimento.

A Mestranda

(Helena Margarida Correia Vicente Tavares)

Anexo V

Autorização dos Conselhos de Administração do HDES e do CSPD para a realização do
estudo



REGIÃO AUTÓNOMA DOS AÇORES
SECRETARIA REGIONAL DOS ASSUNTOS SOCIAIS
DIRECÇÃO REGIONAL DE SAÚDE
HOSPITAL DO DIVINO ESPIRITO SANTO

Exma. Senhora
Enf^a Margarida Correia Vicente Tavares
Rua Eng^o Deodato Magalhães, n^o 8 - 3^o esq
9 500-768 Ponta Delgada

| V/ Referência | Data | N/Referência | Data |
|---------------|------|------------------|------------|
| | | S-HDES/2007/1591 | 2007-05-22 |

ASSUNTO: PEDIDO DE REALIZAÇÃO DE TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO

Em resposta ao solicitado informamos que foi autorizada a realização do Trabalho de Investigação do XIII Curso de Mestrado em Ciências de Enfermagem do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto subordinado ao tema "A articulação dos cuidados de enfermagem entre Hospital e Centro de Saúde no âmbito dos cuidados continuados".

Cumprimentos,

A Enfermeira Directora,

Cândida Benevides



**SECRETARIA REGIONAL DOS ASSUNTOS SOCIAIS
DIRECÇÃO REGIONAL DA SAÚDE
CENTRO DE SAÚDE DE PONTA DELGADA**

Rua Cons. Luís Bettencourt Medeiros Câmara, n° 26/28
Telef. 296 205 260

9500-058 - PONTA DELGADA (AÇORES) CODEX

Exma. Senhora
Enf.^a Helena Margarida C. V. Tavares
Rua Engenheiro Deodato de Magalhães
N° 8, 3° Esquerdo

9500 Ponta Delgada

Sua referência

Sua comunicação

Nossa referência

Ponta Delgada

2007/CA

2847

07 JUN 04

ASSUNTO: Trabalho de Investigação no âmbito do XII Curso de Mestrado em Ciências de Enfermagem

É com muita satisfação que autorizamos a realização de mais um estudo na área dos cuidados continuados. Temos muito interesse no conhecimento do vosso trabalho, dado que iremos iniciar este serviço brevemente.

Sempre ao dispor.

Com os melhores cumprimentos,

A Vogal Enfermeira do Conselho de Administração

Maria Manuela Duarte Ferreira

Anexo VI

Consentimento informado escrito

CONSENTIMENTO INFORMADO

Helena Margarida Correia Vicente Tavares, a frequentar o XIII Mestrado de Ciências em Enfermagem - Turma B, pelo Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar Universidade do Porto, pretende realizar um estudo de investigação sobre as **“A Articulação dos Cuidados de Enfermagem entre Hospital e Centro de Saúde no Âmbito dos Cuidados Continuados”**, sendo orientadora da tese a Professora Doutora Maria Arminda Costa. Para o efeito, surgiu a necessidade de colher dados a enfermeiros a desempenhar funções nos serviços de Medicina I, II, III, IV e serviço de Pneumologia do HDES, a fim de realizar uma entrevista semi-estruturada.

Neste sentido, achamos pertinente esclarecer, desde já, determinados aspectos que pretendemos cumprir rigorosamente:

- a) O uso da informação que pretendemos é exclusivamente para este trabalho e não estará ao acesso de terceiros;
- b) O trabalho destina-se a reflectir sobre a importância atribuída pelos enfermeiros à articulação dos cuidados de enfermagem entre Hospital e Centro de saúde, bem como ao seu papel na promoção desta articulação;
- c) Os dados serão colhidos através de uma entrevista semi-estruturada, com gravação áudio;
- d) A selecção dos informantes será de acordo com os critérios de elegibilidade;
- e) Não se prevêem danos físicos, emocionais ou colaterais potenciais;
- f) A participação dos informantes é voluntária;
- g) A confidencialidade e a privacidade dos informantes ficarão completamente salvaguardadas;
- h) Em caso de dúvidas, necessidade de informação adicional ou reclamações relativamente a este estudo, os informantes podem contactar a autora deste trabalho, sempre que julguem necessário, através do telefone 968814178;
- i) Após a conclusão do trabalho de investigação a cassette da entrevista será destruída, bem como o consentimento informado.

Compreendi as explicações que me foram fornecidas sobre o trabalho de investigação a ser realizado. Foi-me dada oportunidade para colocar questões que julguei necessárias às quais obtive resposta satisfatória e aceito participar no estudo.

Data: ___/___/___ Assinatura do(a) Participante _____

Eu, abaixo-assinado, expliquei os objectivos, métodos, resultados esperados e consequências possíveis do trabalho de investigação em questão e confirmei o seu correcto entendimento.

Data: ___/___/___ Assinatura da entrevistadora _____

