



# Revista

## INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM

Nº8 SÉRIE II - AGOSTO 2014

### SUMÁRIO / SUMMARY

#### EDITORIAL

ARMÊNIO GUARDADO CRUZ

7

#### DEPRESSÃO NA PESSOA COM TUMOR CEREBRAL

*DEPRESSION IN PERSON WITH BRAIN TUMOR*

*DEPRESIÓN EN PERSONA CON TUMOR CEREBRAL*

ANA FERREIRA; CARLA PACHECO; JOANA PINTO; OSVALDO TAVARES; JOSÉ CARLOS SANTOS

9

#### UM MODELO DE EFETIVIDADE DE CUIDADOS EM ENFERMAGEM

*ONE MODEL FOR THE NURSING ROLE EFFECTIVENESS*

*UN MODELO DE EFECTIVIDAD PARA EL CUIDADO EN ENFERMERÍA*

ANTÓNIO FERNANDO SALGUEIRO AMRAL

20

#### CRITÉRIOS DE DECISÃO SOBRE O DESTINO DO DOENTE DEPENDENTE NO AUTOCUIDADO APÓS A ALTA HOSPITALAR

*DECISION CRITERIA ON THE DESTINATION OF THE PATIENT DEPENDENT ON SELF-CARE AFTER DISCHARGE*

*CRITERIOS DE DECISIÓN SOBRE EL DESTINO DEL PACIENTE DEPENDEN EN AUTOCUIDADO DESPUÉS DEL ALTA HOSPITALARIO*

FERNANDO ALBERTO SOARES PETRONILHO; FILIPE MIGUEL SOARES PEREIRA; ABEL AVELINO DE PAIVA E SILVA

35

#### IMPACTO DAS DOENÇAS DO HUMOR NA QUALIDADE DE VIDA

*IMPACT OF MOOD DISORDERS ON QUALITY OF LIFE*

*IMPACTO DE LOS TRASTORNOS DEL HUMOR EN LA CALIDAD DE VIDA*

ERMELINDA DE FÁTIMA DIAS DA CUNHA DE MACEDO; PAULO NUNO SOUSA NOSSA; CARLOS FERNANDES DA SILVA

44

#### A REPRESENTAÇÃO DA DOENÇA E O COPING NA PESSOA COM TUMOR DO APARELHO LOCOMOTOR

*REPRESENTATION OF THE DISEASE AND COPING IN PERSON WITH TUMOR OF THE LOCOMOTOR SYSTEM*

*REPRESENTACIÓN DE LA ENFERMEDAD Y EL AFRONTAMIENTO EN PERSONA CON TUMOR DEL APARATO LOCOMOTOR*

*Tese apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, sob orientação de Prof. Doutor Paulo Joaquim Pina Queirós*

RUI MANUEL JARRÓ MARGATO

54

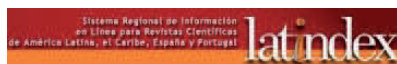
#### CUIDADOS DE ENFERMAGEM E INDICADORES DE IMPACTO ECONÓMICO ASSOCIADOS AO CATETERISMO VENOSO PERIFÉRICO

*NURSING CARE AND INDICATORS OF ECONOMIC IMPACT ASSOCIATED WITH PERIPHERAL INTRAVENOUS CATHETERIZATION*

*CUIDADOS DE ENFERMERÍA Y INDICADORES DE IMPACTO ECONÓMICO ASOCIADOS AL CATETERISMO VENOSO PERIFÉRICO*

JOÃO MANUEL N. GARCIA GRAVETO; JOÃO CARLOS AMARAL RIBEIRO; LAURA RAQUEL SANTOS BARROS; DANIELA VIDAL C. PEREIRA DOS SANTOS

72



# CRITÉRIOS DE DECISÃO SOBRE O DESTINO DO DOENTE DEPENDENTE NO AUTOCUIDADO APÓS A ALTA HOSPITALAR\*

Fernando Alberto Soares Petronilho<sup>(1)</sup>; Filipe Miguel Soares Pereira<sup>(2)</sup>; Abel Avelino de Paiva e Silva<sup>(3)</sup>



## Resumo

**Objetivo:** conhecer os critérios que estão envolvidos na decisão sobre o destino dos doentes dependentes após a alta hospitalar. **Método:** foram realizadas entrevistas exploratórias a 18 profissionais de saúde de 4 hospitais da região norte de Portugal. **Resultados:** emergiram 4 categorias relativas aos critérios de decisão: 1) aspetos centrados no doente dependente, 2) aspetos centrados na família, 3) aspetos centrados nas respostas da comunidade e, 4) aspetos centrados nas respostas dos serviços de saúde. Associado a estas categorias foram identificadas 21 subcategorias. Uma vez identificados os critérios utilizados na decisão sobre o destino após a alta, foi estudada uma amostra de 273 doentes dependentes. Destes, 58,6% foram para casa ao cuidado dos familiares; 28,2% foram encaminhados para as unidades da Rede Nacional Cuidados Continuados Integrados existente em Portugal; 9,5% foram encaminhados para lares de idosos e 3,7% para famílias de acolhimento. **Conclusão:** as terapêuticas de enfermagem são um recurso essencial na promoção das transições dos doentes dependentes no regresso a casa e famílias, uma vez que, os critérios envolvidos na decisão, inscrevem-se no âmbito da decisão clínica dos enfermeiros.

**Palavras-chave:** Critérios de decisão; Autocuidado; Dependência; Destino; Alta hospitalar

## Abstract

### DECISION CRITERIA ON THE DESTINATION OF THE PATIENT DEPENDENT ON SELF-CARE AFTER DISCHARGE

**Objective:** identify the criteria that are involved in deciding the destiny of dependent patients on self-care after discharge. **Method:** Exploratory interviews were conducted at 18 health professionals of 4 hospitals in the north of Portugal. **Results:** emerged 4 categories on the decision criteria: 1) Aspects patient-centered, 2) Aspects family-centered, 3) Aspects focused on community responses, and 4) Aspects focused on the responses of health services. Associated with these categories were identified 21 subcategories. Once identified the criteria used in deciding the destination after discharge was studied a sample of 273 dependent patients. Of these, 58,6% went home with family care; 28,2% was referred for the inpatient units of the National Network for Integrated Continuous Care; 9,5% were referred to nursing homes and 3,7% were for host families. **Conclusion:** the nursing therapeutic are an essential resource in promoting transitions of dependent patients in return home and families, once the criteria involved in the decision, it is inscribed within the scope of nurses' clinical decision.

**Keywords:** Decision criteria; Self-care; Dependency; Destination; Patient discharge

## Resumen

### CRITERIOS DE DECISIÓN SOBRE EL DESTINO DEL PACIENTE DEPENDE EN AUTOCUIDADO DESPUÉS DEL ALTA HOSPITALARIO

**Objetivo:** identificar los criterios que están involucrados en la decisión del destino de los pacientes dependientes después del alta hospitalario. **Método:** se realizaron entrevistas exploratorias a 18 profesionales de la salud de 4 hospitales de la región norte de Portugal. **Resultados:** surgieron 4 categorías sobre los criterios de decisión: 1) Aspectos centrados en el dependiente, 2) Aspectos centrados en la familia, 3) Aspectos centrados en las respuestas comunitarias, 4) Aspectos centrados en las respuestas de los servicios de salud. Asociado a estas categorías se identificaron 21 subcategorías. Una vez identificados los criterios utilizados para decidir el destino del alta se estudió una muestra de 273 pacientes dependientes. 58,6% se fue a casa al cuidado de las familias; 28,2% se refiere a las unidades de la Red Nacional Cuidado Continuo Integrado en Portugal; 9,5% fueron enviados a residencias de ancianos y 3,7% para las familias de acogida. **Conclusión:** las intervenciones de enfermería son un recurso esencial en la promoción de las transiciones de los dependientes de regreso a casa y familias, ya que los criterios que intervienen en la decisión, entran en el ámbito de la decisión clínica de las enfermeras.

**Palabras clave:** Criterios de decisión; Autocuidado; Dependencia; Destino; Alta del paciente

Rececionado em maio 2014. Aceite em julho de 2014

\* Extraído da tese de doutoramento em enfermagem "A alta hospitalar do doente dependente no autocuidado: decisões, destinos, padrões de assistência e de utilização dos recursos - estudo exploratório sobre o impacto nas transições do doente e do familiar cuidador", Universidade de Lisboa, 2013.

<sup>(1)</sup> Mestre em Ciências de Enfermagem, Especialista em Enfermagem de Reabilitação, Professor Adjunto da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho, E-mail: fpetronilho@ese.uminho.pt

<sup>(2)</sup> Doutor em Ciências de Enfermagem, Mestre em Ciências de Enfermagem, Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Professor Coordenador da Escola Superior de Enfermagem do Porto, E-mail: filipeira@esenf.pt

<sup>(3)</sup> Doutor em Ciências de Enfermagem, Mestre em Ciências de Enfermagem, Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Professor Coordenador da Escola Superior de Enfermagem do Porto, E-mail: abel@esenf.pt



## INTRODUÇÃO

Em Portugal, tal como nos países da União Europeia, os resultados estatísticos do último censo da população indicam que o fenómeno do duplo envelhecimento da população - aumento do número de idosos e diminuição da população jovem - agravou-se na última década (INE, 2011). Em Portugal, 19% da sua população residente pertence ao grupo dos mais idosos (65 ou mais anos de idade). Os avanços verificados no domínio da saúde, bem como, a melhoria das condições socioeconómicas, têm vindo a contribuir para o progressivo aumento da longevidade da população e, inevitavelmente, para o aumento de pessoas com doenças crónicas e em situação de dependência no autocuidado.

As decisões decorrentes das políticas atuais relacionadas com a redução do período de internamento hospitalar justificam, por si, uma maior preocupação por parte das equipas de saúde e das famílias quanto ao processo de preparação da alta hospitalar e, deste modo, à decisão sobre o destino dos doentes dependentes após a alta hospitalar. Em Portugal, com o objetivo de encontrar respostas mais adequadas às novas necessidades de saúde e sociais, associadas ao fenómeno do envelhecimento da população e ao consequente aumento de pessoas em situação de dependência, foi criada em 2006 a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI: Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho).

O estudo aqui relatado, teve como objetivo, conhecer os critérios de decisão sobre o destino dos doentes dependentes após a alta hospitalar. Este destino refere-se ao local ou contexto de cuidados para o qual o doente dependente é encaminhado após a alta hospitalar, constituindo este local um tipo de modelo assistencial determinante das transições saudáveis das famílias (Meleis, 2007; Petronilho, 2010; Schumacher et al, 2000; Shyu, 2000). As famílias têm desempenhado ao longo dos tempos um papel fundamental no apoio aos membros dependentes. Na verdade, múltiplos estudos têm demonstrado que os familiares são a principal fonte de suporte mas, também, frequentemente, o único apoio disponí-

vel (Schumacher et al, 2000; Shyu, 2000). No entanto, pouco se sabe sobre o nível de participação dos doentes dependentes, familiares e equipas de saúde quanto ao processo de tomada de decisão sobre o destino do doente após a alta hospitalar e, fundamentalmente, quais os principais critérios utilizados (Popejoy, 2010; Tavares, 2011). As decisões tomadas pela equipa de saúde multidisciplinar sobre o destino dos doentes dependentes após a alta hospitalar não levam em conta a sua própria vontade, assim como, as (possíveis) tensões existentes nas relações entre os membros da família (Opie, 1998).

As decisões sobre o destino do doente dependente após a alta hospitalar apontam para a existência de diferentes níveis de participação das famílias - ativa, colaborativa, passiva - (Popejoy, 2010). A participação é influenciada pela qualidade da relação entre os membros da família, entre estes e a equipa de saúde, a vontade expressa do doente dependente, a gravidade da doença, as exigências do processo de cuidar, as experiências prévias com os serviços de saúde e o apoio percebido da rede formal (Popejoy, 2010).

Num estudo já realizado em Portugal, foi possível identificar alguns aspetos envolvidos na decisão sobre os destinos dos doentes dependentes no autocuidado, após a alta hospitalar. Dos resultados do estudo importa destacar o facto do nível de suporte familiar e o potencial de recuperação do dependente serem os critérios mais utilizados pela equipa de saúde (Tavares, 2011).

O momento da alta hospitalar é considerado pela sua complexidade um momento crítico para as famílias que integram membros dependentes. Vários estudos revelam que as decisões inadequadas relativamente ao processo de preparação da alta hospitalar e da continuidade de cuidados no seio das famílias têm impacto negativo na transição do indivíduo associada à dependência no autocuidado e na forma como os familiares assumem o papel de prestador de cuidados e, em consequência, no aumento das taxas de readmissão hospitalar (Petronilho, 2007, Petronilho, 2010; Pringle, Hendry & McLafferty, 2008; Rotondi et al, 2007; Schumacher, 1995; Schumacher et al, 2000; Shyu, 2000; Shyu et al, 2008; Stoltz, Udén & Willan, 2004).

## MATERIAL E MÉTODOS

### *Participantes*

Foram realizadas entrevistas exploratórias a 18 profissionais de saúde de 4 hospitais da região Norte de Portugal, dos quais, 13 enfermeiros, 3 assistentes sociais e 2 médicos. O elevado grau de envolvimento no processo de preparação da alta hospitalar foi o critério estabelecido para a seleção dos participantes. Assim, foram realizadas entrevistas a elementos das Equipas de Gestão de Altas (EGA) intra-hospitalares e a enfermeiros das unidades de cuidados do contexto do estudo, conseguindo-se uma perspectiva multidisciplinar do fenómeno em estudo.

### *Procedimento de recolha de dados*

As entrevistas com os participantes foram realizadas nos respetivos hospitais de origem e foram gravadas para posterior transcrição e análise.

### *Técnica de recolha de dados*

Foi utilizada a técnica da entrevista exploratória temática, uma vez que a finalidade do estudo era examinar com detalhe uma área de interesse na perspetiva e ponto de vista dos participantes sem modelos prévios ou um guião pré-estabelecido (Polit, Beck & Hungler, 2004). A opção por esta abordagem dá liberdade aos participantes de expressarem o seu pensamento ou opinião sobre a problemática, de forma livre e espontânea. No início de cada entrevista, cada participante foi desafiado a dar a sua visão sobre o foco do estudo, a partir da seguinte questão aberta: *De acordo com a sua experiência e prática quotidiana, quais os critérios que são utilizados na tomada de decisão sobre o destino após a alta hospitalar dos doentes dependentes no autocuidado?* Em média, cada entrevista durou cerca de 20 minutos, tendo sido finalizada quando o participante entendeu esgotar os seus contributos.

### *Técnica de análise dos dados*

As narrativas resultantes do discurso dos participantes foram submetidas a análise de conteúdo, com base nos pressupostos metodológicos propostos por Bardin (2009). Assim, procedeu-se à trans-

crição integral do discurso dos participantes, o que correspondeu ao *corpus* documental, atendendo à exaustividade, representatividade, homogeneidade e respetiva adequação. Depois desta etapa, avançamos para a codificação dos dados, que se reporta ao processo de transformação e agregação dos dados brutos em unidades que permitem a descrição concisa das características relevantes do conteúdo. Dos dados recolhidos através das entrevistas realizadas emergiram as categorias e as respetivas subcategorias.

### *Questões éticas*

Foram garantidos os pressupostos deontológicos inerentes à ética da investigação. Obtivemos a autorização para a realização da investigação pelas Comissões de Ética/Conselhos de Administração dos hospitais envolvidos no estudo, assim como, o consentimento livre e informado dos participantes que se mostraram disponíveis para participar no estudo.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente estudo pretendia identificar os critérios utilizados na decisão sobre o destino após a alta hospitalar dos doentes dependentes no autocuidado. Do processo de análise de conteúdo dos relatos dos participantes foram identificadas 4 categorias: 1) Aspectos centrados no doente dependente, 2) Aspectos centrados na família, 3) Aspectos centrados nas respostas da comunidade e, 4) Aspectos centrados nas respostas dos serviços de saúde. Estas categorias integram 21 subcategorias (Tabela 1).

### *Categoria 1: Aspectos centrados no doente dependente*

Os “aspectos centrados no doente dependente” é apontado pelos profissionais de saúde como o principal critério de decisão sobre o destino do doente dependente após a alta hospitalar. Associado a esta categoria, temos o *potencial de recuperação de autonomia*, onde, perante um elevado potencial, são privilegiadas como destino do doente dependente as unidades de convalescença e unidades de média duração e reabilitação (RNCCI):

Tabela 1 - Critérios de decisão sobre o destino do doente dependente no autocuidado após a alta hospitalar

Categorias	Subcategorias
Aspetos centrados no doente dependente	- Potencial de recuperação de autonomia
	- Dependência inaugural
	- Intensidade da dependência no autocuidado
	- Complexidade do regime terapêutico
	- Elevado risco de complicações
Aspetos centrados na família	- Disponibilidade dos familiares para tomar conta do membro dependente em casa
	- Capacidades do FC para tomar conta do dependente
	- Continuidade do processo de desenvolvimento das capacidades do FC
	- <i>Stress</i> do FC
	- Processos familiares
	- Recursos económicos da família
	- Vontade da família
	- Condições habitacionais
Aspetos centrados na comunidade	- Serviços de cuidados ao domicílio disponíveis
	- Suporte da rede social
Aspetos centrados nas respostas dos serviços de saúde	- Acesso às diferentes unidades de internamento da RNCCI
	- Distância geográfica entre a unidade de internamento da (RNCCI) para a qual o doente é encaminhado e a residência da família
	- Burocratização no processo de encaminhamento dos doentes dependentes
	- Necessidade de gestão da duração dos internamentos hospitalares por parte dos profissionais de saúde
	- Conhecimento dos profissionais de saúde sobre os recursos necessários para a tomada de decisão sobre o destino do doente após a alta hospitalar
	- Atitude dos profissionais de saúde no processo de encaminhamento do doente dependente para a RNCCI

“Portanto, doentes com potencial de recuperação, com algum potencial de recuperação... Maior ou menor, não é? Portanto, isso é que nos leva a que eles vão para umas ou para outras unidades...” (P1)

*Dependência inaugural* foi uma subcategoria, também, presente no discurso dos participantes:

“O principal critério quando foi criada a rede é a dependência de novo.... era um doente que era autónomo, ou seja, um doente que a partir de uma determinada situação passou a ser dependente... ou porque teve um Acidente Vascular Cerebral ou porque fez uma cirurgia que o deixou mais debilitado.” (P1)

A *intensidade da dependência no autocuidado* e, no concreto, o domínio e o nível de dependên-

cia é, também, referido como critério importante na decisão. Perante situações de elevados níveis de dependência, os doentes são encaminhados para as unidades de longa duração e manutenção (RNCCI):

“Portanto, são as dependências e, portanto, dependendo do tipo de dependências que o doente tem [...] escolhemos uma ou outra unidade.” (P1)

Os profissionais de saúde também valorizam como motivo de referência a necessidade dos doentes desenvolverem competências face à *complexidade do regime terapêutico (medicação)* prescrito como, por exemplo, a necessidade de aprendizagem sobre a alimentação adequada, monitorização e administração de insulina e a gestão de sinais e sintomas associado ao diagnóstico de

diabetes. As unidades de convalescença (RNCCI) são apontadas como destinos privilegiados nestas situações:

“Imagine uma pessoa que não era diabética e passou a ser! Não é num dia nem em dois que a pessoa vai saber lidar com a sua diabetes... a alimentação e outros aspetos inerentes... então nós requeremos, face às preocupações do doente com a sua nova doença, requeremos treino para o doente e para os cuidadores para dar resposta à nova situação... e referenciamos habitualmente para as unidades de convalescença!” (P18)

O *elevado risco de complicações*, sobretudo nos doentes com elevado nível de dependência, também surge como critério de decisão. As unidades de longa duração e manutenção (RNCCI) são, habitualmente, o destino destes doentes muito dependentes:

“...doente que até já era acamado, mas é um doente de risco porque tem úlceras de pressão ou desidratado, eu referencio, por norma, para uma unidade de longa duração...” (P5)

#### *Categoria 2: Aspetos centrados na família*

Os “aspetos centrados na família” é uma categoria também muito presente e relevante nas narrativas dos participantes. A *disponibilidade dos familiares para tomar conta do membro dependente em casa* é referida como critério de decisão. A força de vontade, a consciencialização e o envolvimento dos membros da família são determinantes para a experiência bem-sucedida da transição que as famílias vivenciam com a necessidade de integrar um membro dependente (Meleis, 2007; Schumacher et al, 2000, Shyu, 2000). A procura de recursos acerca do que é necessário, a utilização de modelos, a preparação ativa e a proatividade, são exemplos do nível do envolvimento dos membros da família no processo de transição. A falta de disponibilidade por parte dos familiares frequentemente é motivo para que as unidades de internamento da RNCCI, os lares de idosos ou as famílias de acolhimento sejam destinos privilegiados:

“[...] doente mais dependente e reparamos... há qualquer coisa que nos diz que a família não quer ter capacidade para dar resposta às necessidades do doente ... então aí, em conjunto com o médico,

preenchemos então a nota de alerta, a nota de pré-alta, contactamos a assistente social e a equipa de gestão de altas ....” (P6)

As *capacidades do familiar cuidador (FC) para tomar conta do dependente* é, também, referido como um critério importante de decisão sobre o destino dos doentes dependentes. A preparação e o conhecimento, como recurso individual necessário para antecipar e preparar o FC para a experiência de cuidar que irá vivenciar é um fator facilitador das transições saudáveis (Meleis, 2007; Petronilho, 2007; Pringle et al, 2008; Schumacher et al, 2000):

“Tivemos aí um senhor que a rede não o queria receber e nós à luz de 12 internamentos que o doente tinha feito num ano apenas, conseguimos que eles o aceitassem numa unidade de longa duração... porque de facto o cuidador não tinha competência para cuidar dele em casa!” (P18)

Destaca-se, igualmente, a *continuidade do processo de desenvolvimento das capacidades do FC* como estratégia para aumentar o seu reportório de conhecimentos e habilidades face há necessidade de exercer o seu papel com maior eficácia (Petronilho, 2007; Rotondi et al, 2007; Schumacher et al, 2000):

“... mas se é um doente com família e vai ser referenciado para uma unidade longe de casa ... e o cuidador precisa de aprender... isso condiciona muito... normalmente há a preocupação de colocar os doentes o mais próximo possível da área de residência para o FC poder aprender!” (P5)

O *stress do FC* é uma das subcategorias emergentes, conduzindo os doentes em que os familiares cuidadores experimentam níveis elevados de sobrecarga a terem como destino as unidades de longa duração e manutenção (RNCCI):

“Às vezes somos procurados pelos familiares... a pedir a referenciação.... Porque têm conhecimentos... e vêm pedir... alguns por cansaço! Portanto, para descanso do cuidador!” (P18)

Os *processos familiares* é uma subcategoria que também surge no discurso dos participantes. Destacamos o apoio ao principal cuidador e a (in) capacidade das famílias para se organizarem na prestação de cuidados relativamente, por exemplo, à forma como o processo de tomar conta irá

ser partilhado pelos diferentes membros da família (Schumache et al, 2000; Shyu, 2000):

“O mais difícil é depois as famílias organizarem-se numa situação de uma nova dependência, a gente questiona sempre, porque depois eles ficam sempre muito como é que hei-de dizer... sem saber o que fazer, e acontece muitas vezes que eles ficam sem saber o que fazer...” (P7)

Os *recursos económicos da família* também surge como critério de decisão determinante para o destino do doente dependente. O *status socio-económico* é considerado um fator facilitador/inibidor das transições (Meleis, 2007; Petronilho, 2010; Schumacher et al, 2000; Shyu, 2000). Os lares de idosos e as famílias de acolhimento são, frequentemente, o destino destes doentes após a alta hospitalar:

“Há famílias que gostariam de continuar a cuidar dos familiares... é complicado!.. não o fazem, porque não têm disponibilidade... têm grandes dificuldades... também não podem abandonar os seus empregos! não é?!... é complicado! [...] Estamos a falar de famílias carenciadas... com grandes dificuldades económicas...” (P14)

A *vontade da família* é, também, relatada como um critério que pode influenciar o destino do familiar dependente:

“Ou o próprio doente ou a família recusam! (refere-se à possibilidade de internamento numa unidade da rede... Bem... eu não entendo isto como recusa do doente! ao longo deste processo, nós conversamos muito com a família e essa dita recusa é transformada numa reformulação da referenciação... o que é que isto quer dizer?... é cancelado a referenciação para a rede e é arranjada uma alternativa com apoio domiciliário!” (P14)

Outra subcategoria que emerge nas narrativas são as *condições habitacionais*. A necessidade de proceder à adaptação dos espaços da habitação (ex. quarto, casa de banho, espaços comuns) muitas vezes com dimensões limitadas e com estruturas e equipamentos que passam a ser desadequados perante a nova condição de saúde do familiar dependente (ex. escadas, banheira, degraus, a disposição dos móveis nas divisões mais frequentadas), o acesso exterior à habitação, constituem barreiras limitadoras quer da autonomia

do dependente, quer do exercício do papel do FC. Nestas situações, os doentes com maior potencial de recuperação têm frequentemente como destino temporário as unidades de convalescença, ou, na ausência de potencial, os lares de idosos e as famílias de acolhimento:

“... Assim como não terem condições habitacionais mínimas!” (P3)

### *Categoria 3: Aspectos centrados nas respostas da comunidade*

Os “aspectos centrados nas respostas da comunidade”, como fator determinante das transições (Meleis, 2007; Schumacher et al, 2000; Shyu, 2000) é uma categoria também evidenciada nas narrativas dos participantes, na qual, uma das subcategorias que emerge é os *serviços de cuidados ao domicílio disponíveis*, tais como, o apoio das equipas de saúde na supervisão e no desenvolvimento de capacidades nos FC e a prestação de cuidados de maior complexidade (ex. tratamento às úlceras de pressão, cuidados de reabilitação):

“Aqui no concelho, surgiu no mês passado algo muito importante... uma equipa da rede de apoio domiciliário e nós temos muitas pessoas que querem ir para casa mas com apoio domiciliário!... não querem ir para as unidades da rede!... e esta equipa é uma boa solução! [...] assim conseguimos que muitos doentes tenham apoio muito próximo ... no domicílio, e assim, eles dão continuidade, por exemplo, a ensinamentos que nós iniciamos quer com o próprio doente, quer com os cuidadores... estes enfermeiros são especialistas em reabilitação!” (P9)

O *suporte da rede social* é uma subcategoria que também emergente como critério de decisão. Falamos dos lares de idosos, famílias de acolhimento, equipas de apoio domiciliário que auxiliam nos cuidados de higiene e conforto e no fornecimento das refeições diárias:

“Nós temos uma excelente rede social de apoio no concelho, o que significa que isto também é determinante para não termos nos serviços casos sociais e assim os doentes têm alta hospitalar sem grandes problemas! [...] Se tivermos uma situação que seja referenciada para a rede e que não tenha vaga de momento... facilmente é recebido e compreendido pelas equipas dos serviços por-



que como temos um bom apoio social, as pessoas percebem que o doente, apesar de não ter vaga na rede, fica muito pouco tempo no serviço, porque arranja-se vaga com facilidade e rapidamente na rede social ... lares, família de acolhimento, apoio domiciliário...” P8

*Categoria 4: Aspectos centrados nas respostas dos serviços de saúde*

Por último, emerge os “aspectos centrados nas respostas dos serviços de saúde” como categoria importante. Engloba o *acesso às diferentes unidades de internamento da RNCCI*:

“O número de vagas para cada unidade da rede também influencia o próprio destino do doente... já tivemos casos desses!... sabes que para a convalescença há menos vagas do que para uma média ou longa duração... e muitas vezes os médicos também são pressionados para isso... eu noto isso... tenho essa experiência...” (P3)

A *distância geográfica entre a unidade de internamento da RNCCI proposta e a residência da família* surge como critério de decisão a considerar, uma vez que a cobertura da RNCCI é ainda assimétrica na região norte do país. Assim, nas situações em que a distância é significativa as famílias demonstram menor disponibilidade para aceitar esta opção, tendo em conta os recursos económicos (gastos significativos com os transportes), a gestão do tempo necessário para as visitas diárias (limitado). Deste modo, a perceção de abandono do dependente por parte de muitas famílias está presente, o que influencia a sua decisão de rejeitar as unidades de internamento da RNCCI como destino do familiar após a alta hospitalar. Nestas situações, o regresso a casa é a opção muitas vezes tomada pelos familiares:

“Depois há coisas importantes que são quando os doentes são referenciados para a rede para locais longe de casa... a questão da deslocação também é muito importante para os familiares!... sobretudo se forem convocados para os ensinos e treinos e as pessoas dizem que assim não podem!... aqui estavam muito mais perto de casa!... e isto é uma situação que ninguém pensa...os médicos não pensam! Eu utilizo sempre este aspeto como um critério de referência e falo sempre

com a família...” (P3)

Outra das subcategorias presente é a *burocratização no processo de encaminhamento dos doentes dependentes*. A complexidade burocrática na referenciação do doente percecionada como um processo que faz aumentar o número de dias de internamento, ameaçador à produção de indicadores assistenciais da qualidade desejados, torna a opção de encaminhar o doente para casa, a decisão mais “fácil”:

“...Antigamente nós tínhamos a possibilidade de mandar estes doentes... ou terminais, ou que não tinham solução, ou que eram da área de residência dos sítios onde havia os hospitais das misericórdias e mandávamos os doentes no próprio dia... Facilitava-nos muito os internamentos... e claro... nós já chegamos à conclusão que o tempo médio de internamento neste último ano aumentou nos serviços!... e um dos motivos, de facto, foi esse!...deixamos de poder mandar os doentes diretamente para esses sítios e os doentes têm que ficar nos serviços à espera dessas vagas, em lista de espera e às vezes, fizeram com que os internamentos se prolongassem e muitos médicos não querem pedir, não querem referenciar o doente porque acham que com isso é complicar a situação!!!... Então preferem mandar o doente para o domicílio...” (P1)

A *necessidade de gestão da duração dos internamentos hospitalares por parte dos profissionais de saúde* é, igualmente, referida pelos participantes. Daí, razões como as dificuldades no encaminhamento dos doentes para as unidades de internamento da RNCCI, a perceção do aumento do número médio de dias de internamento nos hospitais com a implementação da RNCCI (dificuldades no acesso devido à falta de vagas), a pressão sentida para procederem à alta hospitalar o mais precoce possível, são, também, motivos referidos e que condicionam a decisão sobre o destino do doente dependente. O regresso a casa é, habitualmente, nestas circunstâncias, a decisão tomada pelos profissionais de saúde.

“Sabemos que há doentes com critérios de referenciação... Mas sabemos que há clínicos que acham que ao referencia-los vão permanecer muito mais tempo e como também lutam com indica-

dores assistenciais e querem mostrar bons resultados... acaba por ser um fator para não os referenciar!..” (P18)

*O conhecimento dos profissionais de saúde sobre os recursos necessários para a tomada de decisão sobre o destino do doente após a alta hospitalar.* O nível de conhecimento dos profissionais de saúde envolvidos sobre os recursos (ex. critérios de decisão específicos da RNCCI), são apontados pelos participantes como fatores determinantes no processo de decisão sobre o destino dos doentes dependentes:

“Nós percebemos que a RNCCI e a EGA não eram muito bem conhecidas pelos nossos colegas, pelos médicos e outros!... Fizemos formação como te disse e tivemos uma excelente adesão... mas continuamos a ter em algumas áreas pessoas que não frequentaram a formação ... e estou a falar dos médicos!... Mas há partida já contávamos com isso, porque de uma forma geral, os médicos participam pouco nestes processos! Alguns enfermeiros e muitos médicos... o conhecimento que têm sobre a rede e a EGA é ainda é muito deficitário! ... e isso condiciona o nosso trabalho e assim a referenciação dos doentes após a alta hospitalar...” (P9)

Outra subcategoria refere-se à *atitude dos profissionais de saúde no processo de encaminhamento do doente dependente para a RNCCI*. É apontado como fator que compromete a qualidade da comunicação dos vários elementos envolvidos no processo (profissionais dos serviços de internamento, da EGA, a própria família do doente dependente) e, deste modo, a decisão sobre o destino do doente dependente. Em muitas destas situações, o doente regressa a casa:

“Há alguns profissionais que são um bocado renitentes a referenciar para a RNCCI... porque não vêm os cuidados continuados como uma mais-valia para a melhoria do estado de saúde da pessoa...” (P11)

*Destino dos doentes dependentes no momento da alta hospitalar: uma amostra de 273 casos*

Este estudo que apresentamos, refere-se à etapa inicial de uma investigação mais abrangente,

do tipo longitudinal, que visou acompanhar uma amostra de dependentes no autocuidado (273 casos), durante 3 meses, após a alta hospitalar, com 3 momentos de avaliação (1º, 2º e 3º mês). No momento da alta hospitalar, existiram 273 casos de pessoas dependentes que aceitaram participar no estudo de acompanhamento. A maioria destes doentes teve alta para casa (58,6%) e uma percentagem significativa para as unidades de internamento da RNCCI (28,2%). Os lares (9,5%) e as famílias de acolhimento (3,7%) constituíram ainda locais de destino destes dependentes, mas em menor escala (Tabela 2).

*Tabela 2 – Distribuição dos doentes dependentes relativamente ao destino no momento da alta hospitalar (N=273)*

Destino dos doentes dependentes no momento da alta hospitalar	Nº	%
RNCCI		
Unidades de Convalescença (UC)	24	8,8
Unidades de Média Duração e Reabilitação (UMDR)	23	8,4
Unidades de Longa Duração e Manutenção (ULDM)	26	9,5
Unidades de Cuidados Paliativos (UCP)	4	1,5
Domicílio	160	58,6
Lares	26	9,5
Famílias de Acolhimento	10	3,7
Total (N)	273	100,0

## CONCLUSÕES

Na decisão sobre o destino dos doentes dependentes após a alta hospitalar, os profissionais de saúde suportam-se num conjunto de critérios orientados, no essencial, pela condição de saúde do doente, pelos recursos familiares, pelas respostas disponíveis na comunidade e nos serviços de saúde. Existem critérios sistematicamente referidos pelos participantes como de maior peso no processo de tomada de decisão, independentemente da sua categoria profissional. Destacariamos os aspetos centrados no doente dependente com enfoque no potencial de recuperação de autonomia e o grau de dependência, bem como, os aspetos centrados no suporte familiar com enfoque no grau de mestria do FC para tomar conta do dependente

em casa. Com base nos resultados, as terapêuticas de enfermagem são um recurso essencial na promoção das transições saudáveis das famílias com dependentes no seu regresso a casa, uma vez que, os critérios envolvidos na decisão, inscrevem-se essencialmente no âmbito da decisão clínica dos enfermeiros.

## BIBLIOGRAFIA

- Bardin, Laurence (2009). *Análise de conteúdo*. Edições 70.
- Instituto Nacional de Estatística (2011). *Censos de 2011: principais indicadores*. Disponível online: [http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_princindic](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_princindic)
- Meleis, Afaf (2007). *Theoretical nursing: development and progress (4ª ed.)*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Opie, Anne (1998). “Nobody’s Asked Me for My View”: Users’ Empowerment by Multidisciplinary Health Teams. *Qualitative Health Research*. <http://qhr.sagepub.com/content/8/2/188>.
- Petronilho, Fernando (2007). Preparação do regresso a casa. Coimbra: Formasau.
- Petronilho, Fernando (2010). “A transição dos membros da família para o exercício do papel de cuidadores quando incorporam no seu seio um membro dependente no autocuidado: uma revisão da literatura”. *Revista de Investigação em Enfermagem*, fev., 43 – 58.
- Polit, D.; Beck, C. & Hungler, B. (2004). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação e utilização*, (5ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Popejoy, Lori (2010). Participation of elder persons, families, and health care teams in hospital discharge destination decisions. *Applied Nursing Research*.
- Portugal – Ministério da Saúde - *Decreto-Lei n.º 101/06* – cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. *Diário da República*, 1ª Série, (109), 6 de junho de 2006, pp.3856-3865.
- Pringle, J.; Hendry, C. & Mclafferty, E. (2008). A review of the early discharge experiences of stroke survivors and their carers. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 2384 – 2397.
- Rotondi, A.; J.; Sinkule, J.; Balzer, K.; Harris, J. & Moldovan, R. (2007). A Qualitative Needs Assessment of Persons Who Have Experienced Traumatic Brain Injury and Their Primary Family Caregivers. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, vol.22, nº1, 14-25.
- Schumacher, Karen (1995). Family Caregiver Role Acquisition: Role-Making Through Situated Interaction. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal*, 9 (3), 211-226.
- Schumacher, K.; Stewart, B.; Archbold, P.; Dodd, M. & Dibble, S. (2000). Family Caregiving Skill: Development of the Concept. *Research in Nursing & Health*, 23, 191–203.
- Shyu, Y. (2000). The needs of Family Caregivers of Frail Elders During the Transition From Hospital to Home: a Taiwanese Sample. *Journal of Advanced Nursing*, 32(3), 619–625.
- Shyu, Y.; Chen, M.; Chen, S.; Wang, H. & Shao, J. (2008). A family caregiver-oriented discharge planning program for older stroke patients and their family caregivers. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 2497 – 2508.
- Stoltz, P., Udén, J. & Willan, A. (2004). Support for family carers who care for an elderly person at home – a systematic literature review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18, 111–119.
- Tavares, Mónica (2011). *Destino dos doentes dependentes no autocuidado após a alta hospitalar: critérios, intervenientes e níveis de decisão*. Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Ciências da Enfermagem submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.