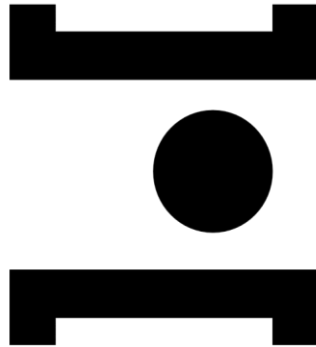


INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
Escola Superior de Gestão e Tecnologia



**POLITÉCNICO
DE SANTARÉM**

AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE GESTÃO DE ALTAS
uma contribuição para a melhoria contínua nos
Serviços Médicos do Centro Hospitalar do Oeste

Projeto Aplicado

Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde

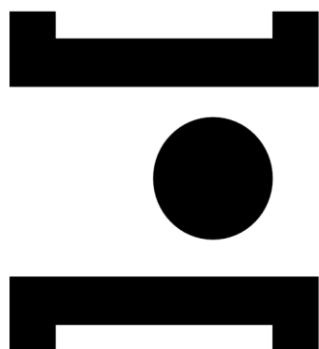
Ana Catarina Marques dos Santos Conceição Rosinha

Orientação:

Professora Doutora Sandra Oliveira

Julho, 2023

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
Escola Superior de Gestão e Tecnologia



**POLITÉCNICO
DE SANTARÉM**

AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE GESTÃO DE ALTAS
uma contribuição para a melhoria contínua nos
Serviços Médicos do Centro Hospitalar do Oeste

Projeto Aplicado

Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde

Ana Catarina Marques dos Santos Conceição Rosinha

Orientação:

Professora Doutora Sandra Oliveira

Julho, 2023

*“Temos dentro de nós, uma reserva insuspeita de força
que surge quando a vida nos põe à prova...”*

Isabel Allende

AGRADECIMENTOS

Este trabalho é o culminar de um caminho com muitos vales e montanhas, por vezes solitário, mas não só, acompanhada por diversas pessoas que me permitiram chegar ao fim.

Em primeiro lugar, agradeço à minha orientadora, Professora Doutora Sandra Oliveira pela oportunidade de pensar “fora da caixa”, de sair da minha zona de conforto, de me colocar à prova, mas também, por me ter agarrado, por me ter “obrigado” a continuar, pela ajuda em todos os momentos.

Um agradecimento ao Centro Hospitalar do Oeste onde realizei esta investigação, pela autorização para a realização da mesma, por toda a disponibilidade e informação facultada. Um especial agradecimento à Dr.^a Rosa Amorim pelo reconhecimento da pertinência do tema. Também, um agradecimento sentido à Enf^a Luiza Pires pela transmissão dos inúmeros conhecimentos e pela amizade.

Aos utentes e cuidadores que disponibilizaram o seu tempo para participar no estudo.

Aos profissionais que disponibilizam o tempo e conhecimento para participar neste estudo.

Aos meus pais, pela ajuda incessante, por tornarem o caminho menos tortuoso, por estarem sempre na primeira fila, por serem o meu exemplo, nada disto teria sido possível sem vocês.

Ao meu marido, amigo e companheiro de viagem, obrigada pela partilha de mais este percurso de vida, pelo empenho que colocas em tudo o que fazes e me motivas a querer ser igual.

Às minhas filhas, por me darem força, pelo amor incondicional, pela compreensão nas ausências provocadas pelos longos períodos dedicados à investigação.

À minha tia que, apesar de longe, está sempre perto.

Nunca esquecendo os meus amigos, obrigada por todo o apoio. E ainda, um agradecimento especial ao Filinto e ao Manuel por toda a ajuda e disponibilidade.

A todos os que contribuíram para que este trabalho fosse concluído com sucesso, a minha enorme e sincera gratidão.

RESUMO

Com a crescente necessidade de gerir de forma sustentável os recursos, torna-se imperioso delinear processos de gestão de alta eficazes, padronizados, que sejam capazes de mitigar os fatores que interferem no planeamento de alta, como a comunicação ineficaz, a colaboração ineficiente e a indefinição de papéis. Este trabalho tem como objetivo avaliar e compreender os processos de gestão de altas que ocorrem nos Serviços Médicos do Centro Hospitalar do Oeste e efetuar uma proposta de modelo de planeamento de alta.

Para tal, desenhou-se e implementou-se um estudo de natureza qualitativa e quantitativa, descritivo, exploratório e transversal, que levou à aplicação de um questionário aos utentes e cuidadores, assim como aos profissionais de saúde e a realização de *focus group* envolvendo três grupos distintos de profissionais.

Do ponto de vista do cuidador, a escassez de informação e a sua diminuta intervenção no planeamento de alta são as suas principais preocupações. Relativamente aos profissionais, a escassez de tempo para a realização de ensinamentos, a comunicação deficitária, a insuficiência do trabalho em equipa e a indefinição dos papéis são os principais fatores de insucesso do planeamento de alta.

No final foi elaborado um modelo de planeamento de alta, ajustado às características do Centro Hospitalar do Oeste, que resulta da pesquisa bibliográfica e da análise aos resultados obtidos. O modelo proposto prevê uma definição clara de papéis, assente numa comunicação e colaboração multidisciplinar efetiva, tendo em vista uma transição segura de cuidados para a evitar readmissões futuras.

Palavras-chave: Gestão Hospitalar, Planeamento de Alta, Eficiência, Comunicação, Colaboração

ABSTRACT

With the increasing need for sustainable resource management, it is imperative to outline effective, standardised discharge management processes that are able to mitigate factors that interfere with discharge planning, such as ineffective communication, inefficient collaboration and blurred roles. This work aims to evaluate and understand the discharge management processes that occur in the medical services of the Centro Hospitalar do Oeste, and to propose a discharge planning model.

To this end, a qualitative and quantitative, descriptive, exploratory and cross-sectional study was designed and carried out, which led to the application of a questionnaire to users and carers, as well as health professionals, and the organisation of focus groups involving three different groups of professionals.

From the carers' point of view, the lack of information and their limited involvement in discharge planning are their main concerns. For professionals, lack of time for training, poor communication, insufficient teamwork and lack of role definition are the main factors for unsuccessful discharge planning.

Finally, a discharge planning model adapted to the characteristics of the Centro Hospitalar do Oeste was developed, based on the bibliographic research and the analysis of the results obtained. The proposed model provides for a clear definition of roles, based on effective multidisciplinary communication and collaboration, aiming at a safe transition of care in order to avoid future readmissions.

Keywords: Hospital Management, Discharge Planning, Efficiency, Communication, Collaboration

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	1
CAPÍTULO 1 – REVISÃO DA LITERATURA	3
1.1. Os fluxos dos utentes no hospital	3
1.1.1. A gestão de camas	4
1.1.2. A gestão de altas	5
1.2. O Planeamento da Alta hospitalar	5
1.3. A influência do Planeamento da Alta no desempenho hospitalar.....	6
1.4. Fatores que interferem no Planeamento da Alta.....	9
1.4.1. Comunicação	9
1.4.2. Colaboração.....	10
1.4.3. Organização/Sistemas informáticos	11
1.5. Os intervenientes no processo de gestão de altas.....	12
1.5.1. A Equipa Multidisciplinar	12
1.5.2. O Utente e o Cuidador	13
1.5.3. A Equipa de Gestão de Altas	14
1.5.4. A Equipa de Gestão de Camas	14
2. Premissas de um Planeamento de Alta	15
CAPÍTULO 2 – METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO	21
2.1. A Instituição em estudo - Centro Hospitalar do Oeste.....	21
2.2. Desenho do Projeto.....	23
2.2.1. Exploração.....	23
2.2.2. Conceptualização	24
2.2.3. Proposta de um Modelo	26
CAPÍTULO 3 – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS	27
3.1. Cuidadores	27
3.1.1. Apresentação dos Resultados	27
3.1.2. Discussão dos resultados – Cuidadores	33
3.3. Profissionais de Saúde	37

3.3.1. Apresentação dos resultados – Profissionais de Saúde.....	37
3.3.2. Apresentação dos resultados – Focus Group.....	49
3.3.3. Discussão dos resultados – Profissionais de Saúde	51
CAPÍTULO 4 – MODELO DE PLANEAMENTO DE ALTAS	59
4.1. O Modelo Proposto.....	59
4.2. A saída do utente	61
CONCLUSÕES.....	63
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67
ANEXO A – AUTORIZAÇÃO PARA RECOLHA DE DADOS	77
ANEXO B – PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE DO CHO.....	79
ANEXO C – QUESTIONÁRIO VERSÃO PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE	81
ANEXO D – QUESTIONÁRIO VERSÃO PARA UTENTES	89
ANEXO E – QUESTIONÁRIO VERSÃO PARA CUIDADORES	93
ANEXO F – RESULTADOS DOS QUESTIONÁRIOS DOS UTENTES	97
ANEXO G – GUIÃO DO <i>FOCUS GROUP</i>	103
ANEXO H – CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO	105

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - O Fluxo do utente (Adaptado de Hu, 2021).	3
Figura 2 - Fatores que interferem no PA (autor).	9
Figura 3 - Intervenientes no processo de gestão de altas (autor).	12
Figura 4 - Esquema do percurso do utente até à alta (autor).....	16
Figura 5 - Fluxo do utente (adaptado de Tortorella et al., 2013).	18
Figura 6 - Representação gráfica das camas e população do CHO (autor).	22
Figura 7 - Visão geral do projeto (autor).	23
Figura 8 - Proposta de modelo de planeamento da alta hospitalar (autor).....	59
Figura 9 - Atividades do Planeamento de Alta (autor).....	62

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Estudos que reforçam o impacto do PA nos reinternamentos hospitalares....	7
Tabela 2 - Método de recolha de dados.	24
Tabela 3 - Amostra dos utentes e cuidadores.....	25
Tabela 4 - Amostra dos profissionais de saúde.	25

Tabela 5 – Distribuição de respostas dos cuidadores divididas pelos diferentes domínios em avaliação.	31
Tabela 6 – Distribuição de respostas às perguntas 1 e 2, 2ª Parte.	32
Tabela 7 - Distribuição de respostas à pergunta aberta 1, 2ª Parte.	33
Tabela 8 - Distribuição de respostas às perguntas 1 e 2, 1ª Parte.	39
Tabela 9 - Distribuição de respostas às perguntas 3 e 4, 1ª Parte.	40
Tabela 10 - Distribuição de respostas às perguntas 1 a 4, 2ª Parte.	41
Tabela 11 - Distribuição de respostas à pergunta 5, 2ª Parte.	41
Tabela 12 - Distribuição de respostas à pergunta 6, 2ª Parte.	42
Tabela 13 - Distribuição de respostas às perguntas 8, 9, 11 e 12, 2ª Parte.	42
Tabela 14 - Distribuição de respostas às perguntas 2, 3 e 4, 3ª Parte.	43
Tabela 15 - Distribuição de respostas às perguntas 5, 6 e 7, 3ª Parte.	44
Tabela 16 - Distribuição de respostas às perguntas 8, 9, 10 e 11, 3ª Parte.	44
Tabela 17 - Distribuição de respostas às perguntas 1, 2 e 3, 4ª Parte.	45
Tabela 18 - Distribuição de respostas às perguntas 4, 5 e 6, 4ª Parte.	45
Tabela 19 - Distribuição de respostas às perguntas 2, 3, 4 e 5, 5ª Parte.	46
Tabela 20 - Distribuição de respostas à pergunta 6b, 5ª Parte.	47
Tabela 21 - Distribuição de respostas às perguntas 7, 8 e 9, 5ª Parte.	48
Tabela 22 - Distribuição de respostas à pergunta 1, 6ª Parte.	48
Tabela 23 - Distribuição de respostas à pergunta 2, 6ª Parte.	49
Tabela 24 - Resultados do Focus Group.	50

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Representação do sexo dos participantes no questionário dos cuidadores.	27
Gráfico 2 – Representação do grau de parentesco no questionário dos cuidadores.	28
Gráfico 3 – Representação dos grupos etários no questionário dos cuidadores.	28
Gráfico 4 – Representação quanto ao “Único Cuidador”.	29
Gráfico 5 – Representação quanto ao “Vive com o Utente”.	29
Gráfico 6 – Representação do sexo nos inquiridos no questionário dos profissionais de saúde.	38
Gráfico 7 - Tempo de exercício profissional nos inquiridos no questionário dos profissionais.	38
Gráfico 8 - Grau académico nos inquiridos no questionário dos profissionais.	39
Gráfico 9 - Distribuição de respostas à pergunta 6a, 5ª Parte.	47

LISTA DE ABREVIATURAS

ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
CA	Conselho de Administração
CHBA	Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio
CHO	Centro Hospitalar do Oeste
CR	Caldas da Rainha
DGS	Direção Geral de Saúde
DM	Demora média
EGA	Equipa de Gestão de Altas
EGC	Equipas de gestão de camas
ERPI	Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas
GA	Gestão de Altas
HFF	Hospital Fernando da Fonseca
INE	Instituto Nacional de Estatística
PA	Planeamento de Alta
RNCCI	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
SI	Serviços de Internamento
SMI	Serviços de Medicina Interna
SU	Serviço de Urgência
SNS	Serviço Nacional de Saúde
TI	Tecnologias da Informação
TV	Torres Vedras

INTRODUÇÃO

O número de internamentos inapropriados em 16 de março de 2022 é de 1048, o que representa 6,3% dos utentes¹ internados, sendo que 71% são internamentos médicos e, totalizam um custo de cerca de 10 milhões de euros (Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares, 2022). A nível nacional, a falta de resposta da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (59%) (RNCCI), a incapacidade do cuidador² (11%) e, a incapacidade de resposta das Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (11%) (ERPI), são as principais causas do número de dias de internamentos inapropriados (Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares, 2022).

Ressalva-se, que segundo PORDATA, o número de camas do Serviço Nacional de Saúde (SNS) por 100 mil habitantes, em 2018, era inferior, face ao ano de 1985. Este número é, também, inferior quando comparado com a média europeia (Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2020). Contudo, na última década as respostas existentes após a alta hospitalar aumentaram consideravelmente, sejam elas de cariz social, como as Estruturas Residenciais Para Pessoas Idosas (ERPI), ou RNCCI (ACSS, 2018).

O retorno ao domicilio nem sempre é possível e o cuidador pode não ter capacidade de se ajustar às novas rotinas e, de se adaptar ao agravamento da dependência, pelo que é essencial planear a alta hospitalar precocemente, para que esta transição de cuidados ocorra da melhor forma, quer para o utente e cuidador, quer para reduzir os gastos inapropriados em saúde (Flesch & Araujo, 2014).

Tendo em conta esta redução de camas hospitalares e o aumento da resposta após a alta, é vital referenciar e planear, desde cedo, a alta dos utentes, pois só dessa forma se conseguirá maximizar os recursos existentes de forma eficiente. O planeamento da alta hospitalar é importante a vários níveis. Este planeamento terá impacto na faturação hospitalar, na lotação dos serviços de urgência e gestão de camas, mas também, junto dos cuidadores e dos utentes (Ramos, 2015).

Quando existe um planeamento da alta hospitalar, as organizações tendem a diminuir a demora média (DM) dos internamentos, que é considerado o principal indicador de gestão hospitalar em Portugal (Lopes et al., 2014). Segundo o INE (2015), a DM é um indicador que mede a produção do internamento, considerando o número médio de dias de internamento por utente saído de um estabelecimento de saúde num período de referência. O adequado

¹ Neste trabalho, o termo utente é utilizado para referir a pessoa que se encontra com um processo de doença e necessita de cuidados de saúde.

² Neste trabalho, o cuidador considera-se o individuo que cuida da pessoa dependente, que tem intenção e/ou responsabilidade de dar apoio, podendo este ser familiar ou não.

planeamento da alta, também, permite evitar reinternamentos desnecessários, bem como, uma maior satisfação do utente, do cuidador e da equipa multidisciplinar (Ramos, 2015).

Com o crescimento da procura dos serviços de saúde, agrava-se a falta de recursos e de camas disponíveis para receber os utentes, pelo que é fundamental implementar processos de gestão de altas (GA) eficientes e suficientemente robustos de forma a evitar que os serviços de urgência fiquem sobrelotados e incapazes de prestar cuidados de qualidade. Desta forma, é importante desenhar um processo de GA, capaz de ultrapassar os problemas e obstáculos existentes.

O presente trabalho pretende contribuir para a identificação dos *bottlenecks* existentes nos processos de GA do Centro Hospitalar do Oeste (CHO) e delinear estratégias de melhoria.

Assim sendo, o objetivo geral deste trabalho é – Avaliar e compreender os processos de GA que ocorrem nos serviços Médicos do Centro Hospitalar do Oeste.

Delinearam-se, como objetivos específicos, os seguintes:

- Identificar na bibliografia quais as melhores recomendações sobre o planeamento de gestão de alta;
- Analisar a situação atual do processo de GA através dos seus intervenientes, utentes, cuidadores e profissionais de saúde;
- Contribuir para a reformulação do processo de GA.

Este projeto enquadra-se num estudo de caso e trata-se de um estudo de natureza qualitativa e quantitativa, descritivo, exploratório e transversal.

No que concerne à estrutura, este trabalho encontra-se dividido em cinco capítulos. Na primeira parte encontra-se a revisão da literatura, onde se abordam os fluxos hospitalares, o planeamento de alta (PA), os seus intervenientes e os aspetos que o PA influencia. A segunda parte evidencia o percurso metodológico utilizado, onde se apresentam os procedimentos, e instrumentos de pesquisa e recolha de dados e a amostra. No terceiro capítulo realiza-se análise e discussão dos resultados obtidos no estudo. O quarto capítulo inclui o modelo de PA proposto, após a análise dos resultados e da literatura revista. E, por fim, o último capítulo encerra este trabalho com as conclusões obtidas, as limitações do estudo e as singelas sugestões para investigações futuras.

CAPÍTULO 1 – REVISÃO DA LITERATURA

1.1. Os fluxos dos utentes no hospital

A admissão de utentes é um desafio, visto que o apelo ao internamento de utentes urgentes provoca pressão nos recursos existentes, não só nos Serviços de Urgência (SU), como também, nos Serviços de internamento (SI). Desta forma, é importante identificar os entraves para que possam ser implementadas medidas que permitam um fluido fluxo de utentes.

Desde a entrada do utente no SU até à decisão de internamento, o lapso temporal pode ser imenso, como observado na Figura 1, tanto pela escassez de recursos humanos, como pela lotação dos serviços de urgência. Após a decisão de internamento, o utente acaba por ficar a aguardar na urgência até existir uma cama vaga no SI, sendo que, alguns utentes efetuam o seu internamento todo no serviço de urgência. Este facto contribui para a sobrelotação do SU e provoca uma experiência negativa ao utente e, por último, ainda tem um impacto negativo para as finanças hospitalares (Hammer et al., 2022).

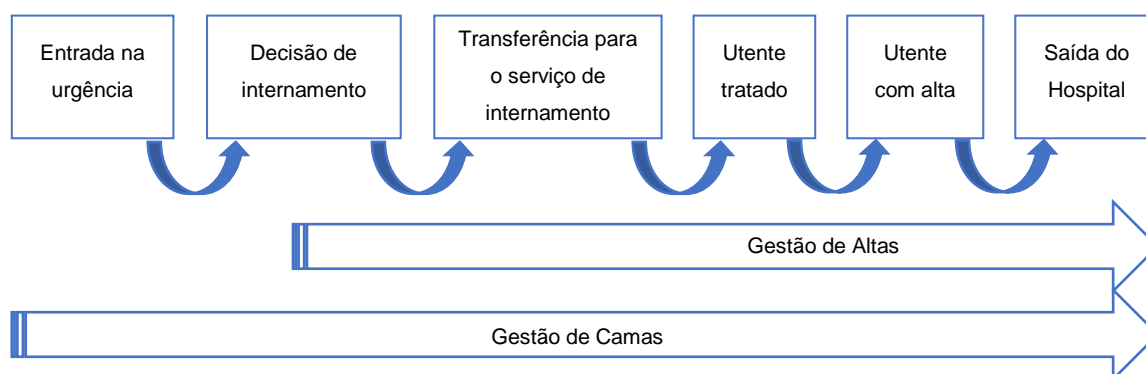


Figura 1 - O Fluxo do utente (Adaptado de Hu, 2021).

De acordo com Lindner e Woitok (2021), a problemática da sobrelotação do SU pode ser decomposta em três fatores: de entrada, de fluxo e de saída. O último corresponde à incapacidade de resposta dos SI por falta de camas. Desta forma, as equipas de gestão de camas (EGC) com estratégias eficazes e fortemente empoderadas pelos Conselhos de Administração (CA) afetam positivamente o fluxo do utente e permitem reduzir os custos em saúde. Importa referir que a gestão de camas é um conceito amplo que interliga diversas áreas clínicas e inclui diversas tarefas como o planeamento de camas, a admissão dos utentes, o planeamento de recursos, o planeamento de processos relacionados com o percurso do utente desde a sua entrada até à sua saída (Encarnação, 2019).

Após ocorrer a transferência para uma cama no SI e, para evitar o efeito negativo a jusante de um pobre fluxo de utentes é necessário iniciar o complexo processo, o qual deve abranger

as múltiplas variáveis e ter em conta a transição de cuidados do utente (Hammer et al., 2022). Neste processo de GA insere-se o PA que, quando fortemente entrosado entre a equipa multidisciplinar, impedirá o aparecimento de problemas aquando da alta clínica do utente, evitando mais dias de internamento, mais custos hospitalares e menos camas disponíveis para dar resposta aos utentes que, diariamente, aguardam por uma cama num serviço de internamento.

Contudo, o fluxo de utentes está, também, dependente da taxa de ocupação hospitalar que, em muitos locais, se encontra muito acima do desejável. A taxa de ocupação média diária deve rondar os 85%. Alguns autores relatam que existem riscos de carências regulares de camas quando a ocupação média é superior a 90% ou mais (Hu, 2021).

1.1.1. A gestão de camas

A gestão do fluxo de utentes é difícil e tem profundas implicações na qualidade dos cuidados, incluindo a sua segurança, eficácia e eficiência. Existem diversas abordagens que podem melhorar o fluxo dos utentes, que requerem um eficaz trabalho de equipa, negociação, colaboração interna, confiança e transparência. Uma das abordagens com melhores resultados é a gestão de camas, que afeta de forma positiva a qualidade dos cuidados e os custos de saúde (Benjamin, 2021).

Tendo em conta o envelhecimento da população e a manutenção do número de camas por 100 mil habitantes, quase igual na última década, a cama hospitalar torna-se um bem essencial que deve ser gerido de forma eficiente e com o menor custo possível (Proudlove et al. 2007; Noonan, 2019). Esta redução de camas é impulsionada pela melhoria das técnicas e dos cuidados hospitalares que conduzem a uma redução na demora média hospitalar.

O papel da gestão de camas cobre uma série de questões que afetam a colocação de utentes em camas num hospital, tais como: a rapidez de admissão, a admissão do utente na enfermaria apropriada, aos requisitos de isolamento, evitando o cancelamento de procedimentos cirúrgicos eletivos devido à falta de camas. A lista atrás apresentada não é exaustiva, mas demonstra os problemas que são enfrentados pelas EGC, que têm, como papel fundamental, fazer o melhor uso das camas existentes (Noonan et al. 2019).

A gestão de camas compreende a monitorização, através de um sistema informático, o planeamento da ocupação hospitalar, a criação de processos de admissão e de alta. O seu propósito é assegurar a eficiência na utilização dos recursos existentes (Wasgen et al. 2019).

Nos hospitais, a gestão de camas deve estar enquadrada no planeamento estratégico, por forma a aumentar a sua taxa de ocupação, com segurança dentro dos critérios estabelecidos e, ainda, com o objetivo de otimizar o tempo de espera dos internamentos e a satisfação dos utentes. Esta otimização de camas reduz a percentagem de cirurgias canceladas por falta de camas. Contudo, a gestão de camas só consegue ser eficaz se existir:

um planeamento de alta, com previsão do dia da alta do utente; uma boa comunicação entre a equipa multidisciplinar; uma equipa de gestão de camas; definição clara de processos; local no hospital onde os utentes com alta possam esperar pelo seu transporte (Raffa et al. 2017).

Muitos locais onde existe uma eficaz gestão de camas, utilizam sistemas informáticos, uma vez que é possível acompanhar em tempo real as diferentes etapas do processo, permitindo às EGC um melhor acompanhamento. O uso das tecnologias da informação (TI) é já vastamente utilizado na área da saúde. Porém, no que concerne à gestão de camas é altamente recomendado, visto que a equipa de gestão de camas precisa de ter acesso rápido à programação das altas (Raffa et al. 2017).

1.1.2. A gestão de altas

Um processo de gestão de altas bem delineado, com definição clara de funções, com uma comunicação efetiva entre os profissionais envolvidos, com definição de indicadores e a sua avaliação, permitirá aos hospitais alcançar uma redução de custos, através de uma diminuição da duração do internamento e de readmissões hospitalares (Ramos, 2015; Khalifa, 2017).

Existem alguns pontos no processo de GA que permitem melhorar o fluxo de utentes no hospital, como o início precoce do planeamento da alta e a saída dos utentes com alta até ao meio-dia. Estes objetivos para além de equilibrarem a carga de trabalho dos profissionais ao longo do dia, permite reduzir a demora média do internamento, bem como, o tempo de espera por uma cama no internamento, facilitando o escoar de utentes da urgência (Henke et al. 2016; Khanna et al. 2016).

Segundo diversos autores, os hospitais devem nomear um coordenador de altas. Estes podem ajudar na clareza de funções, na comunicação e na melhoria da GA. Esta função é habitualmente atribuída a um enfermeiro, já com algum nível de diferenciação e o seu papel tem repercussão positiva ao nível dos dias de internamento e à taxa de reinternamentos (Farkasa et al. 2011; Dahl et al. 2014; Okoniewska et al., 2015).

1.2. O Planeamento da Alta hospitalar

“O planeamento da alta é um processo complexo que exige uma efetiva comunicação entre os membros da equipa, o doente e a sua família e que deve considerar as necessidades de equipamentos materiais e sociais, assim como, a ligação com quem na comunidade providencia os cuidados e serviços necessários.” (Direção-Geral de Saúde, 2004, p. 3)

É um processo que envolve profissionais de saúde de diferentes áreas, que implica uma coordenação de procedimentos onde são identificadas as necessidades dos utentes, visando facilitar a continuidade dos cuidados de saúde, na transição do hospital para o seu núcleo sociofamiliar ou para a RNCCI.

O PA deve ser iniciado o quanto antes, preferencialmente, desde a data do internamento. Este tem como objetivos: garantir a existência de um programa com os cuidados necessários no local adequado, para potenciar a máxima independência do utente; assegurar a continuidade dos cuidados prestados; criar registos fidedignos, com todas as fases do processo de transferência; garantir que o utente só fica no hospital o tempo necessário para a avaliação ou tratamento da situação clínica, que não possam ser efetuados em ambulatório ou nas outras unidades de internamento (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2008).

Um PA robusto permitirá aumentar a qualidade do serviço prestado com uma redução dos custos. Isto porque o atraso do início do PA pode levar ao protelamento da alta hospitalar. Antes de avançar, será importante distinguir o conceito de alta hospitalar da de alta clínica: o primeiro ocorre quando o utente sai da instituição hospitalar, no segundo verifica-se que o utente se mantém no hospital, mas já não necessita de cuidados hospitalares, aumentando os custos hospitalares e reduzindo os indicadores de desempenho assistencial (Ramos, 2015).

A alta atempada do hospital exige aos profissionais de saúde formação sobre o seu papel e disponibilidade para ideias inovadoras. O nível de complexidade envolvida no processo estará dependente do local onde o utente irá receber a alta, como também da idade do utente e das comorbilidades apresentadas (Hunt-O'Connor, 2021).

É demonstrado por Boulding et al. (2011) que a satisfação dos utentes com o planeamento da alta está associada a menores taxas de readmissão hospitalar em 30 dias, pelo que, é preponderante desenhar um processo de gestão de alta centrada no utente.

Nos hospitais, a gestão da alta hospitalar é fundamental para a satisfação do utente e cuidador, para a qualidade dos cuidados, mas também, para a disponibilidade de camas. O PA deve ser visto como um processo e não como um ato isolado, que ocorre com a saída do utente, pois este tem impacto na eficiência do fluxo dos utentes no hospital, regulando-o indiretamente (Fernandes, 2018).

A introdução de estratégias como o PA, só conseguem ser bem-sucedidas, quando existem políticas consistentes e uma liderança hospitalar fortemente comprometida (Simbolon & Hamid, 2019).

1.3. A influência do Planeamento da Alta no desempenho hospitalar

O PA tornou-se uma premissa importante nos sistemas de saúde a nível mundial, com o objetivo de melhorar a coordenação dos serviços do hospital para a comunidade, para assegurar uma transição de cuidados de saúde em pleno, diminuindo o tempo de internamento hospitalar e a taxa de readmissões (Hunt-O'Connor et al., 2021). Contudo, Hunt-O'Connor et al. (2021), referem que a medida mais apropriada para a avaliação do impacto

do PA deve ser a taxa de readmissão, tendo em conta que o PA pode aumentar a duração dos dias de internamento.

Simbolon et al. (2019), reforçam que um PA adequado irá permitir: (a) ajudar os utentes a receberem cuidados de saúde adequados, (b) evitar que os utentes regressem ao hospital com as mesmas complicações, (c) maximizar a eficácia dos serviços hospitalares, (e) ajudar os utentes a reduzir os custos de manutenção. Nos utentes com doenças crónicas, com elevados custos de manutenção, o PA apresenta-se como uma ferramenta útil para reduzir os mesmos, evitando que os utentes recorram repetidamente com complicações semelhantes, encurtando o tempo de internamento. Estes autores realçam que os benefícios do PA estão para além da redução das taxas de recorrência da doença, da prevenção da hospitalização e exposição ao SU. O PA ajuda os utentes a compreender as suas necessidades em relação ao seu tratamento e todos os custos necessários, tornando o utente mais capacitado para a gestão da sua doença.

Vários autores reforçam que a qualidade do planeamento está associada a taxas mais baixas de readmissões hospitalares a 30 dias após a alta, ver tabela 1. O planeamento abrangente da alta que se concentra nas transições de cuidados é um passo fundamental para evitar uma readmissão hospitalar (Brennan et al., 2015; Henke et al., 2016; Mitchell et al., 2016; Dadgari et al., 2022).

Tabela 1 - Estudos que reforçam o impacto do PA nos reinternamentos hospitalares.

Título e Autor(es)	Método	Pais	Objetivo	Resultados/Conclusões
<i>Inpatient Readmissions and Emergency Department Visits within 30 Days of a Hospital Admission</i> Brennan et al., 2015	Estudo retrospectivo (utentes internados em dois hospitais em 2011)	EUA	Avaliar a utilização do SU, após o internamento hospitalar nos últimos 30 dias, e readmissões por qualquer causa.	Dos 18% da amostra, que recorreram ao SU no prazo de 30 dias após um internamento hospitalar, apenas 55,6% foram reinternados, tendo uma taxa de reinternamento, por todas as causas em 30 dias de 10,1%. Diversas medidas podem ser utilizadas em toda a continuidade dos cuidados, incluindo as idas ao SU, para melhorar as intervenções e os reinternamentos evitáveis. Pelo que, um planeamento abrangente da alta que se concentre na transição de cuidados é um passo fundamental para impedir os reinternamentos hospitalares.
<i>The Effect of Nursing Discharge Planning Program to Prevent Recurrent Falls, Readmission, and Length of Hospital Stay in the Aged Patients</i> Dadgari et al., 2022	O estudo centra-se num ensaio paralelo, aleatório e controlado. (outubro de 2019 a abril 2020)	Irão	Determinar os efeitos da implementação de um programa de planeamento de alta de enfermagem na prevenção de quedas recorrentes, readmissão e tempo de internamento hospitalar nos utentes idosos.	Os participantes do grupo experimental apresentaram uma diminuição significativa das quedas e da gravidade das lesões nos episódios subsequentes de quedas. Além disso, apresentaram uma redução nas taxas de readmissão e no tempo de permanência no hospital.

<p><i>Discharge Planning and Hospital Readmissions</i></p> <p>Henke et al., 2016</p>	<p>O estudo, focado no período de 2010 a 2011, utiliza um modelo misto linear genérico para estimar a contribuição das características do utente e do hospital para as readmissões em 30 dias por qualquer tipo de causas.</p>	<p>EUA</p>	<p>Determinar se a qualidade do planeamento da alta influencia a readmissão hospitalar em 30 dias e se esta está associada à decisão do utente em regressar ao mesmo hospital para uma readmissão.</p>	<p>A qualidade do planeamento de alta está associada a uma redução das taxas de reinternamentos a 30 dias e a taxas mais elevadas de readmissões hospitalares no mesmo hospital em algumas condições clínicas. Estes resultados sugerem que ao melhorar o planeamento de alta os hospitais são capazes de reduzir as taxas de readmissões a 30 dias.</p>
<p><i>How Hospitals Reengineer Their Discharge Processes to Reduce Readmissions</i></p> <p>Mitchell et al., 2016</p>	<p>O estudo, que decorreu entre abril de 2011 e junho 2012, visa a implementação do programa RED (Re-Engineered Discharge) que envolveu o desenvolvimento de um conjunto de ferramentas para implementação, seleção de 10 hospitais e avaliação do processo de implementação. Foram utilizados métodos de investigação qualitativa para avaliar a experiência de implementação no hospital.</p>	<p>EUA</p>	<p>Demonstrar que a utilização do programa RED tem impacto na redução dos reinternamentos hospitalares.</p>	<p>Liderança focada e a utilização de equipas multidisciplinares para a implementação do RED foram um meio para o sucesso. Oito em cada 10 hospitais relataram redução das taxas de readmissão em 30 dias.</p>
<p><i>Effectiveness of nurse-led early discharge planning programmes for hospital inpatients with chronic disease or rehabilitation needs: a systematic review and meta-analysis</i></p> <p>Zhu et al., 2015</p>	<p>Revisão sistemática e meta-análise.</p>	<p>Não aplicável.</p>	<p>Comparar a eficácia do planeamento de alta precoce liderado por enfermeiros com os programas de planeamento padrão.</p>	<p>Em comparação com os programas de planeamento padrão, o planeamento de alta precoce liderado por enfermeiros tem um impacto positivo em vários aspetos dos cuidados de saúde dos utentes, incluindo a redução da readmissão, da duração do internamento, da mortalidade e a melhoria da qualidade de vida.</p>

Em relação às doenças crónicas, especificamente na doença respiratória crónica, o estudo de Fitz et al. (2020) refere que a utilização de um planeamento de alta padronizado demonstrou reduzir as taxas de readmissão não planeadas a 30 dias após a alta. Esta padronização do PA permitia que todos os utentes recebessem a mesma formação, educação e informação durante o período de internamento, até à data da alta. Contudo, o acompanhamento é feito para além do internamento e ocorre em ambulatório, havendo um seguimento, avaliação e reabilitação dos utentes.

Também El-Eid et al. (2015) assumem que os atrasos existentes nas altas dos utentes podem criar estrangulamentos do fluxo de utentes, causando profundo impacto a montante. Esta melhoria a jusante terá um impacto positivo nos fluxos de utentes do hospital e na redução do tempo de permanência no SU, melhorando, desta forma, a experiência e a

satisfação do utente. Estes autores corroboram a eficácia das altas até ao meio-dia no indicador de demora média e, na redução da taxa de ocupação e reinternamentos.

Contudo, a necessidade de melhorar os indicadores não se deve sobrepor aos interesses dos utentes e dos seus cuidadores, que são, muitas vezes, o suporte dos utentes na pós-alta. Muitas vezes, as altas hospitalares são adiadas porque não se conseguem arranjar soluções em tempo útil. Ou então, os utentes acabam por sair do hospital com o suporte do cuidador, mas voltam a ser reinternados dias depois, por dificuldades do cuidador em lidar com a situação. Desta forma, é crucial iniciar-se o PA o mais precocemente possível, de forma estruturada, dando tempo e capacitando os cuidadores para acompanharem o utente, ou providenciar outras soluções (Marques, 2005).

Dentro do processo de GA é vital efetuar-se a sinalização dos casos com necessidade de apoio social e/ou vaga na RNCCI após a alta, de forma a evitar obstáculos à alta dos utentes. O grupo Técnico para a Reforma Hospitalar, no seu relatório em 2011, referia que havia problemas internos de gestão do processo de referenciação e não apenas falta de vagas. Este grupo sugere que uma forma de controlar esta situação é a utilização de um processo de GA, com supervisão da gestão de topo e controlo através de indicadores que reflitam os resultados, bem como, com a definição de políticas nesta matéria (Ribeiro, et al., 2011).

1.4. Fatores que interferem no Planeamento da Alta

De acordo com a bibliografia analisada existem três fatores que apresentam maior impacto no PA, conforme é possível observar na figura seguinte (Figura 2).

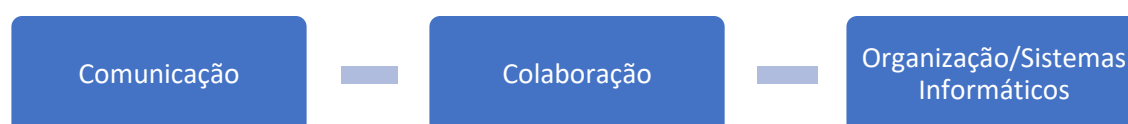


Figura 2 - Fatores que interferem no PA (autor).

1.4.1. Comunicação

A comunicação é algo inerente ao dia-a-dia do ser humano. No entanto, muitas vezes, ela é ineficaz. Segundo a Direção Geral de Saúde (DGS) a comunicação eficaz entre profissionais de saúde deve ter as seguintes características: “ser oportuna, precisa, completa, sem ambiguidade, atempada e compreendida pelo recetor” (2017, p. 4).

Para Chapin et al. (2014), uma pobre comunicação entre os diversos intervenientes no planeamento da alta, os médicos e os serviços de saúde da comunidade, representam a maior barreira ao planeamento da alta. Esta ideia é, também, corroborada por Sharma et al (2017), que advoga que a falta de comunicação entre a equipa de saúde e o utente tem impacto no fluxo do paciente e contribuem para o atraso da alta.

Também New et al. (2016) referem que uma das barreiras identificadas no planeamento da alta são os problemas de comunicação entre a equipa de saúde, os utentes e os seus cuidadores, nomeadamente no que diz respeito à data ou destino após a alta. Esta falha de comunicação tem um impacto negativo no utente e no seu cuidador e pode levar a um aumento da duração do internamento. Estes autores, no seu estudo, referem a utilização de um documento com informação de saída do hospital, que fosse entregue aos utentes/cuidadores. Este melhorava a comunicação entre a equipa de profissionais de saúde e os utentes/cuidador. Este documento permitia um aumento do conhecimento sobre aspetos importantes do planeamento da alta, nomeadamente, a data da alta e, ainda, o possível destino após a mesma e a sensibilização dos utentes/cuidador.

No complexo processo de dar alta, uma pobre comunicação pode resultar em eventos adversos pós-hospitalares, readmissão e, eventualmente, mortalidade. Contudo, a esta falha de comunicação está, muitas vezes, associada a falta de clareza de papéis, bem como, a falta de recursos. Algumas estratégias como resumos informáticos de alta, rondas às enfermarias ou um coordenador de altas, permitem melhorar o planeamento da alta e ultrapassar algumas barreiras (Okoniewska et al., 2015; Nordmark et al., 2016).

Hammer et al (2022) no seu projeto, apresentavam como a principal intervenção o uso de rondas multidisciplinares. Os líderes hospitalares foram os primeiros a ser integrados no projeto, tendo sido importantes para que os profissionais dos internamentos aceitassem o projeto e percebessem o quão relevante o seu trabalho é para que a montante o fluxo de utentes não fosse comprometido. Desta forma, estas rondas multidisciplinares focaram-se na melhoria da comunicação e colaboração dos membros da equipa do internamento. A implementação deste projeto resultou numa melhoria estatisticamente significativa, com a redução em 0,83 dias na demora média de internamento.

1.4.2. Colaboração

A colaboração interprofissional e inter-organizacional é componente essencial das melhores práticas de cuidados com o foco em torno do utente. Contudo, é, muitas vezes, difícil de pôr em prática. No planeamento da alta, é vital que exista colaboração dentro e fora dos hospitais. Dentro dos hospitais é importante que exista uma correta definição de funções e cooperação entre os diferentes profissionais de saúde, mas também, é essencial estreitar os laços entre os hospitais e a comunidade, quer ao nível dos serviços de saúde, quer ao nível dos serviços sociais (Atwal & Caldwell, 2002).

Uma fraca colaboração entre os diferentes prestadores de cuidados pode provocar graves ruturas na continuidade de cuidados, que pode levar a consequências, tais como: protelamento da alta hospitalar, readmissão e cuidados pós alta inadequados (Nordmark et al., 2016). Dahl et al. (2014), corroboram que um dos grandes desafios ao desenvolvimento

do planeamento da alta é a falta de colaboração entre as diferentes organizações e entre os profissionais.

O estudo “In-Hospitool” demonstra que a otimização da colaboração interprofissional é um pré-requisito para a prestação de cuidados de saúde orientada para o utente, auxiliando na redução do tempo de internamento (Kutz et al., 2019).

Diversos países ocidentais, nomeadamente, a Austrália, a Suécia e o Reino Unido, definiram estratégias, leis e/ou diretrizes que regulam o planeamento da alta. Para isso estabelecem que o seu início deve ser o mais cedo possível após a admissão e que deve ser desenvolvido por um enfermeiro, assistente social, ou médico. Estas diretrizes também definem que deve ser enviado um resumo do hospital para o médico de família, aquando da alta do utente. No entanto, nem sempre é possível haver a colaboração entre as diferentes equipas de profissionais, tendo em conta os horários variáveis dos profissionais de saúde, a falta de formação, a pouca clareza de papéis, a falta de rotinas e a informação pouco estruturada (Nordmark et al. 2016).

1.4.3. Organização/Sistemas informáticos

Os sistemas informáticos obsoletos e a burocracia existente adiam o desenrolar dos processos, desmotivando, muitas vezes, os profissionais. No estudo de Pinelli et al. (2017), uma das barreiras, que frequentemente era citada pelos participantes, prende-se com os problemas relacionados com os sistemas. Os problemas referidos neste campo, incluíam autorizações para medicamentos e exames; desconhecimento das vagas; a demora dos exames pedidos; indisponibilidade de determinados serviços aos fins-de-semana; dificuldade de navegar no registo de saúde eletrónico, ou a falta de informação no mesmo e, por fim, a reconciliação terapêutica.

Existem vários fatores que contribuem para o atraso da alta do utente e, entre eles, para além dos já conhecidos, destaca-se a gestão de informação. Por conseguinte, os investimentos efetuados que potenciem a gestão da informação nos hospitais e, entre as diversas unidades de saúde, têm o potencial de trazer poupanças substanciais (Peltonen et al., 2015).

A implementação de um instrumento eletrónico de utilização interprofissional de PA (In-Hospitool) constatou que a sua utilização estava associada a uma redução do tempo de internamento de utentes do foro médico com diversas patologias, sem aumentar o risco de readmissão hospitalar, mortalidade hospitalar ou dificuldade de saída hospitalar (Kutz et al., 2022).

Algo estreitamente ligado à GA é a gestão de camas. A gestão de camas tem vindo a desenvolver-se nas últimas décadas e abarca, não só, o desenvolvimento de sistemas de informação de monitorização e planeamento da ocupação hospitalar, como também, a

elaboração de processos operacionais de admissão e acompanhamento da terapêutica e alta. A gestão de camas permite uma maior coordenação e comunicação e um conhecimento do estado do utente que possibilita uma melhoria do fluxo de utentes (Tortorella et al. 2013; Machado & Machado, 2019).

1.5. Os intervenientes no processo de gestão de altas

O processo de GA é executado por diversos intervenientes. Cada interveniente tem um papel diferente e importante no processo (Figura 3).



Figura 3 - Intervenientes no processo de gestão de altas (autor).

1.5.1. A Equipa Multidisciplinar

- O papel do Assistente Social

A intervenção do assistente social inclui o acompanhamento do utente e do seu cuidador durante a estadia hospitalar. O assistente social terá um papel mais incisivo quanto maior for o grau de dependência do utente (Ramos, 2015).

O assistente social colabora na resolução de problemas dos utentes, na prevenção de obstáculos à otimização da sua capacidade e na reintegração dos utentes após a alta hospitalar. São eles que promovem e facilitam a articulação dos utentes e/ou cuidador com os recursos da comunidade com vista à satisfação das suas necessidades (Gomes, 2020; Santos, 2020).

- O papel do Enfermeiro

O enfermeiro, como integrante da equipa multidisciplinar, tem como função coordenar e realizar o cuidado de maior complexidade ao utente. Sendo o elemento que mais tempo passa junto do utente, torna-se, muitas vezes, o ponto de ligação entre o utente e a restante equipa, promovendo o bem-estar e os recursos necessários para a alta do utente (Lopes et al., 2019).

Muitos enfermeiros desconsideram o papel que devem ter no PA, por ser uma competência que apenas adquirem no local de trabalho, visto que a mesma é pouco abordada no seu percurso académico. Contudo, para vários autores o papel do enfermeiro no processo de PA é visto como uma mais-valia, sendo o elemento que assume um processo dinamizador, que otimiza o processo de articulação entre a equipa multidisciplinar interna e externa ao serviço (Ramos, 2015; Benjamin, 2021; Dadgari et al., 2022).

O enfermeiro deve, logo no início do internamento, avaliar a capacidade do utente para o autocuidado e a disponibilidade do cuidador em apoiá-lo no regresso a casa. Ao longo do internamento, deverá ir estabelecendo intervenções que visem a maior independência possível do próprio e/ou do cuidador. Os ensinamentos realizados ao longo do internamento devem visar informações claras, reforços e avaliação. Toda a informação deve ser reforçada na carta de alta de enfermagem e deve ser efetuada a transição de cuidados para a comunidade para que o utente e o cuidador mantenham o amparo (Ramos, 2015).

- O papel do Médico

O médico é o elemento que efetua o diagnóstico clínico e elabora o plano terapêutico. O médico é responsável por comunicar com a restante equipa multidisciplinar o diagnóstico base, pré morbidades e historial médico. Apresenta um papel preponderante na alta do utente para a comunidade, sendo o principal responsável pela decisão de alta do utente (Ramos, 2015).

1.5.2. O Utente e o Cuidador

O utente e, quando necessário o seu cuidador, têm um papel tão ou mais importante quanto o dos restantes intervenientes do PA. São estes que, no fim de contas, ditam quando ocorre a saída do utente.

Desta forma o utente, quando possível, deve ser incluído no seu PA. Deve ser auscultado sobre as dificuldades sentidas durante o internamento e sobre aquelas que poderão vir a ser vivenciadas aquando da alta hospitalar. De forma a diminuir as taxas de reinternamento, principalmente nos utentes com doenças crónicas é vital comprometê-los no seu processo de saúde, educando-os, formando-os, apoiando-os durante o internamento para os tornar o mais independentes possível à data da alta hospitalar, efetivando a transição de cuidados para a comunidade.

Numa sociedade cada vez mais envelhecida, é, muitas vezes, o cuidador que substitui o utente nas suas decisões e é quem deve acompanhar o utente nas tomadas de decisão relativas ao seu PA. Este novo papel é para este cuidador um processo complexo que exige uma mudança de comportamento, aquisição de conhecimentos e competências, que leva tempo, pelo que, quanto mais cedo for incluído no PA, quanto mais cedo forem ministrados os ensinamentos e validadas as competências, mais rapidamente conseguiremos dar alta ao utente (Pereira & Petronilho, 2018).

1.5.3. A Equipa de Gestão de Altas

A Equipa de Gestão de Altas (EGA) é uma equipa multidisciplinar, constituída pelo menos por um assistente social, um enfermeiro e um médico. Esta avalia e confirma as propostas de referenciação dos utentes para as unidades e equipas da RNCCI. Pertence à EGA efetuar o PA de todos os utentes que necessitem de cuidados continuados integrados, como também, a todos os utentes que apresentem um agravamento do grau de dependência que inviabilize o regresso a casa em segurança ou aqueles a quem seja necessária uma avaliação mais precisa do grau de dependência (Ministérios das Finanças, da Saúde e da Solidariedade, Emprego e Segurança Social, 2014).

De acordo com Martins et al. (2018), em Portugal para efetivar a continuidade do modelo de GA, além dos enfermeiros que pertencem à EGA, existem enfermeiros especialistas e/ou enfermeiros gestores nos serviços de internamento que têm a função de ligação. Estes elos identificam e avaliam os utentes que precisam de continuidade de cuidados, enquanto a EGA realiza o plano e a transferência do paciente dos serviços hospitalares para a RNCCI. É fulcral que a EGA e os seus pontos de ligação trabalhem em equipa e tenham objetivos claros acerca da necessidade da continuidade dos cuidados, bem como as formas e estratégias para os alcançar.

É fundamental elaborar um processo de GA para adequar a resposta às necessidades do utente e do cuidador. Contudo, a par da GA, os hospitais devem ter sólidos processos de gestão de camas, pois, só assim, conseguirão melhorar o fluxo de utentes, aumentar a eficiência, bem como, melhorar e aprimorar os cuidados prestados.

1.5.4. A Equipa de Gestão de Camas

Apesar de os hospitais portugueses apresentarem no seu organograma uma equipa de gestão de camas, são poucos aqueles que têm, diariamente, profissionais atribuídos a esta função. Em outros países, a gestão de camas é maioritariamente efetuada por equipas de profissionais afetos a elas, na sua maioria enfermeiros (Proudlove et al., 2007; Benjamin, 2021). A nível internacional é considerada uma área da gestão de enfermagem já com duas décadas de expansão (Proudlove et al., 2007; Benjamin, 2021). Contudo, em Portugal, são

poucos os que, na prática, desenvolveram esse conceito e o aplicam diariamente. Proudlove et al. (2007) reforçam que uma EGC pode desempenhar um papel importante no contínuo esforço para melhorar a capacidade do hospital de admitir, tratar e dar alta aos utentes de forma apropriada.

Apenas há relatos descritos do sucesso da EGC do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio (CHBA) e da EGC do Hospital Fernando da Fonseca (HFF). Relativamente à EGC do CHBA a sua descrição já remonta a 2012, e refere que após a sua criação, conseguiram reduzir a sobrelotação do serviço de urgência, reduzindo para cerca de metade o número de internamentos no serviço de urgência, permitindo uma melhoria substancial dos padrões de qualidade (Carneiro, 2012). Também, o HFF no seu Relatório e Contas, de 2010, faz referência da sua positiva experiência da EGC. Neste caso, os elementos desta equipa são os mesmos da EGA. Obtiveram ganhos qualitativos para os utentes e de eficiência operacional. Também identificaram novos procedimentos de gestão de fluxo de utentes, possibilitando uma maior otimização da capacidade instalada (Conselho de Administração do Hospital Fernando Fonseca, 2010).

Benjamin (2021) refere que os Enfermeiros como gestores de camas são parte integrante do fluxo de utentes e o seu conhecimento e experiência são valiosos no processo de melhoria contínua, pelo que, é necessário que os CA os apoiem e utilizem os seus conhecimentos para melhorar a qualidade de cuidados prestados ao utente. Os enfermeiros na EGC estão única e intimamente envolvidos com decisões relacionadas com o fluxo do utente e têm demonstrado uma elevada capacidade de gerir a tomada de decisões complexas em situações de escassez e de diferentes prioridades. Estes apresentam um pensamento crítico e são competentes na integração estratégica e operacional, assim como, em reflexões clínicas para a resolução dos problemas, sendo que a sua experiência os torna bem-adaptados para a participação em projetos que visem a melhoria do fluxo de utentes (Proudlove et al., 2007; Borges, et al., 2020).

Na sua revisão, Sharma et al (2020) salientam que os conhecimentos e as competências de várias funções de enfermagem (operacionais, estratégicas e expandidas) são centrais para o sucesso das intervenções relacionadas com o fluxo de utentes e apresentam oportunidades para uma melhor otimização. Sublinham, ainda, que os enfermeiros podem mitigar várias barreiras de fluxo e melhorar a eficiência dos processos existentes com um custo reduzido.

2. Premissas de um Planeamento de Alta

Como observado, a alta hospitalar é o término do processo de GA, no entanto deve ser assegurada uma transição segura de cuidados. Este processo deverá incluir um conjunto de atividades que, de uma forma sequenciada, permitam uniformizar o processo e torná-lo mais

robusto. De uma forma muito simples, a alta hospitalar pode ser representada conforme a Figura 4.



Figura 4 - Esquema do percurso do utente até à alta (autor).

Segundo, o Departamento da Saúde do *Victorian Government* (2010), o PA deve assentar em quatro princípios:

1 - Comunicação e Colaboração - prevê o envolvimento dos diferentes elementos da equipa multidisciplinar, do utente e cuidador, para construir projetos eficazes de transição de cuidados;

2- Fluxo de cuidados e processos - o PA começa com a avaliação inicial; realização de protocolos padronizados para promover a coerência de práticas na equipa multidisciplinar.

3- Funções e responsabilidades do pessoal – as responsabilidades com o processo de alta são assumidas pelos elementos séniores da equipa multidisciplinar.

4 - Monitorização dos resultados – existe a recolha e monitorização da informação sobre os dias de internamento, taxas de ocupação e readmissão hospitalar.

O Departamento da Saúde do *Victorian Government* (2010) define seis normas: comunicar com os utentes e cuidador, reforçar as ligações com os prestadores de cuidados primários e a comunidade; racionalizar o fluxo do utente; planeamento e documentação das altas; utilização de dados para monitorizar e melhorar o desempenho da alta; utilizar eficazmente as equipas multidisciplinares para apoiar a alta hospitalar.

O *IDEAL Discharge Planning* promovido pela *Agency for Healthcare Research and Quality* (2017) que tem como objetivo uma transição mais segura e mais eficaz, apresenta cinco elementos-chave, que são:

- Incluir (*Include*) – o utente e a cuidador como parceiros no PA. Identificar precocemente o elemento que irá prestar os cuidados e incluí-lo no processo.

- Discutir (*Discuss*) – sobre cinco itens para minimizar os problemas em casa: descrever como será a vida em casa; revisão da medicação; identificar sinais de alarme e problemas; explicar os resultados dos exames; planejar consultas de seguimento.

- Educar (*Educate*) – o utente e o cuidador numa linguagem de fácil compreensão e assertiva sobre o estado do utente, o processo de alta e os passos seguintes.

- Avaliar (*Assess*) – a forma como os profissionais de saúde explicam o diagnóstico, a condição e os próximos passos ao utente e ao cuidador e, melhorar o processo quando necessário.

- Ouvir (*Listen*) – e honrar os objetivos, preferências, observações e preocupações do utente e do cuidador.

Na admissão do utente no internamento é efetuado um diagnóstico e, através deste diagnóstico, é prescrito um tratamento e definidas as ações necessárias a realizar até à data da alta (Werner et al. 2019).

Antes de avançar, é importante analisar o fluxo do utente. Este está intimamente relacionado com a admissão dos utentes e a alta hospitalar. Para não haver uma sobrelotação dos SU é necessário um fluxo contínuo. Desta forma, é imprescindível implementar sistemas de gestão de camas, que permitem melhorar a rotatividade das camas hospitalares, interferindo positivamente na alta dos utentes e na admissão de outros. Estes sistemas permitem criar alertas, em tempo real, sobre o estado em que se encontra a cama; se ocupada, se livre, ou a necessitar de limpeza; saber qual o estado do utente, se ainda lhe faltam realizar exames, se aguarda o resultado de análises, possibilitando a que os profissionais de saúde, sem deslocações, tenham conhecimento do estado de ocupação da cama. De uma forma muito simplista a Figura 5 representa o fluxo do utente (Tortorella et al. 2013; Peltonen et al. 2015; Lovett et al. 2016; Werner, 2017; Kutz et al. 2019; Wasgen et al. 2019; Werner et al. 2019).

Estes sistemas de gestão de camas devem estar disponíveis em todos os serviços do hospital, sejam eles serviços de internamento ou serviços de apoio, de forma, a que todos possam ter acesso à informação disponível em tempo real e, assim, responder em conformidade. No entanto, é essencial que, por detrás deste tipo de sistemas, exista uma equipa de gestão de camas que coordene e se responsabilize pela monitorização da informação (Lovett et al. 2016; Kutz et al., 2019).

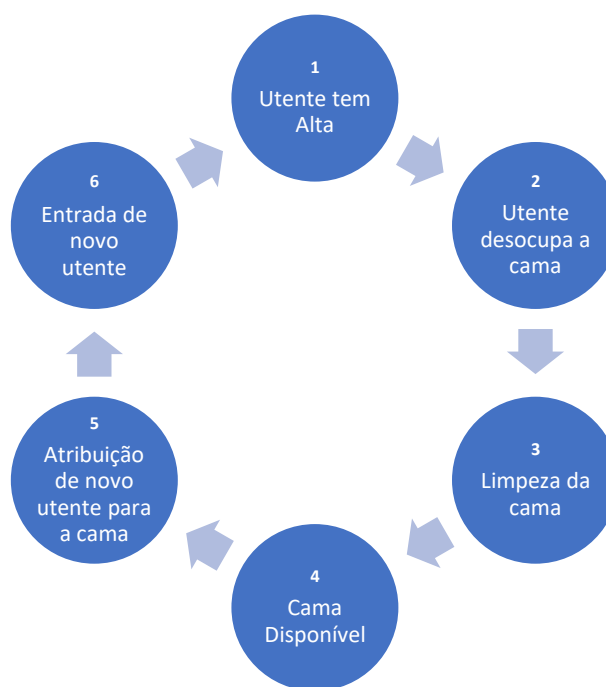


Figura 5 - Fluxo do utente (adaptado de Tortorella et al., 2013).

- Quando começar o planeamento da alta hospitalar

O início do planeamento hospitalar deverá ocorrer logo no início do internamento, ou seja, nas primeiras 24 horas do mesmo. Porém, isso nem sempre se verifica, começando logo por atrasar todo o processo (Noonan et al. 2019). Como já atrás referido, no início do internamento define-se um diagnóstico do utente e, com ele devem ser planeadas diversas ações, incluindo uma data provável de alta, que poderá sofrer alterações ao longo do internamento.

Logo, desde o início do internamento, o utente deve ser questionado sobre quem deseja envolver na tomada de decisão sobre a sua alta hospitalar, ou quando isso não for possível envolver o mais precocemente possível o cuidador responsável pelo mesmo. A equipa multidisciplinar, deve aferir a necessidade de cuidados após a alta, as necessidades a longo prazo e, quando apropriado, cuidados em fim de vida.

Muitos autores defendem que uma das estratégias úteis e que permite uniformizar o planeamento da alta é a elaboração de uma *checklist* que inclua as atividades que devem ser realizadas ao longo do internamento do utente. Também, nesta *checklist* deve estar implícita a distribuição das diferentes atividades pelos diferentes profissionais de saúde de forma a evitar atropelos e reduzir a ineficiência do processo, esta *checklist* poderá ser ajustada aos diferentes serviços, mediante as suas especificidades (Carroll & Dowling, 2007; Werner, 2017; Noonan et al. 2019; Werner et al. 2019).

- Os intervenientes do planeamento da alta

O planeamento de alta envolve uma equipa multidisciplinar, entre médicos, enfermeiros, assistentes sociais, coordenador de alta e, principalmente, o utente e o seu cuidador. Estes últimos, devem ter um papel preponderante no planeamento da alta e uma voz ativa nas decisões tomadas. Contudo, é necessário haver um elemento que possa fazer a ligação entre o utente/cuidador e a restante equipa multidisciplinar, evitando ruídos e mal-entendidos. Para Loureiro (2020) este elemento de enfermagem, especialista ou não, deve ter *soft skills* adquiridas empiricamente através do seu percurso profissional e não académico. Contudo, Ibrahim et al. (2022) reforçam que estes enfermeiros devem receber formação adicional no local de trabalho sobre PA. Também Zhu et al. (2015), reforça que PA liderados por enfermeiros, com uma visita nas primeiras 48h após admissão, uma avaliação pré-alta e acompanhamento telefónico estruturado no pós-alta, é eficaz na melhoria da qualidade de vida dos utentes, bem como na redução das estadias hospitalares e nos custos envolvidos.

Chapin et al. (2014) sugerem o *huddle*, que se enquadra numa das estratégias dos processos de melhoria contínua, como forma de identificar barreiras existentes no planeamento de alta dos utentes. Os autores sugerem que se realizem regularmente os “*bed huddle*”, não à cabeceira do utente, mas sim numa sala de reuniões/auditório. Este deverá incluir médicos, enfermeiros, assistentes sociais, coordenadores de alta, mas também, representantes dos CA. O *huddle* pretende eliminar alguns problemas de comunicação e encontrar soluções para as barreiras existentes. Younger (2020) apresenta os *huddles*, também, como uma estratégia para melhorar a assiduidade das altas, sejam eles, os *huddle* interdisciplinares de gestão da alta, ou os *huddle* matinais de gestão de camas. No primeiro, é dada prioridade à análise dos casos dos utentes do serviço e do seu estado clínico, potenciais necessidades da alta, data prevista e barreiras previstas. Esta informação está disponível para todos os intervenientes no registo médico eletrónico. No segundo *huddle*, é priorizado a logística do fluxo dos utentes durante o dia, as transferências, as possíveis altas, tentando que as mesmas estejam definidas até às 9h30, analisam-se os obstáculos e são implementadas medidas de melhoria.

Ibrahim et al. (2022) no seu trabalho criou uma equipa multidisciplinar de Alta e implementou reuniões semanais que incluíram médicos, enfermeiros, assistentes sociais, financeiros e representantes dos utentes para abordar proactivamente as barreiras para a alta. Desta abordagem resultou uma redução do tempo de internamento, de 15,45 dias para 9,04 dias, sem aumento das readmissões. Os profissionais de saúde evidenciaram que as reuniões semanais melhoraram o sentimento de colaboração.

CAPÍTULO 2 – METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

2.1. A Instituição em estudo - Centro Hospitalar do Oeste

A investigadora escolheu o Centro Hospitalar do Oeste para instituição em estudo por exercer funções no mesmo e, dessa forma, ter um acesso facilitado para o desenvolvimento do trabalho. Para que isto fosse possível, foi efetuado um pedido de autorização para recolha de dados ao CHO (ANEXO A) e um pedido de parecer à Comissão de Ética para a Saúde do CHO (ANEXO B).

O CHO foi criado a 1 de outubro de 2012 pela Portaria nº 276/2012, resultado da fusão do Centro Hospitalar do Oeste Norte, que contemplava o Hospital Distrital de Caldas da Rainha (CR), Hospital São Pedro Gonçalves Telmo (Peniche) e o Hospital Bernardino Lopes de Oliveira (Alcobaça) com o Centro Hospitalar de Torres Vedras (TV). Com esta fusão, o Hospital Bernardino Lopes de Oliveira passou a integrar o Centro Hospitalar de Leiria. Em 2018, o CHO foi convertido em Entidade Pública Empresarial pelo Decreto-Lei nº 44/2018.

A área de influência do CHO é constituída pelos concelhos de Caldas da Rainha, Óbidos, Peniche, Bombarral, Torres Vedras, Cadaval e Lourinhã e de parte dos concelhos de Alcobaça (freguesias de Alfeizerão, Benedita e São Martinho do Porto) e de Mafra (com exceção das freguesias de Malveira, Milharado, Santo Estevão das Galés e Venda do Pinheiro) (Centro Hospitalar do Oeste EPE, 2022). O CHO integra diretamente uma população de 292.546 mil pessoas, da qual se salienta o envelhecimento da população abrangida e ressalva-se o elevado número de lares (mais de 4.000 lugares) e unidades de cuidados continuados (UCC) na região (400 lugares) (Centro Hospitalar do Oeste EPE, 2022). Para além da dispersão geográfica da população e dos diferentes polos hospitalares, o CHO abrange uma área citadina e rural.

Conforme descrito no Relatório e Contas - 2021 do CHO, este apresenta um baixo *ratio* do número de camas hospitalares para a população abrangida (1.1 camas/1000 hab.), sendo este *ratio* menor que a média nacional (2.1/1000 hab.). Ao nível das camas nos Serviços de Medicina Interna (SMI) dos três polos, em 2021 apresentaram um decréscimo de 5 camas, em comparação com 2020 (2020 – 122 camas, 2021 – 117 camas) (Figura 6).

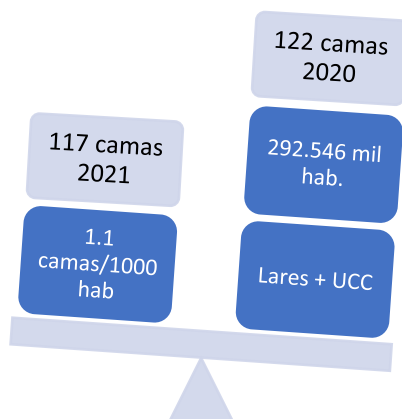


Figura 6 - Representação gráfica das camas e população do CHO (autor).

O mesmo documento dá-nos conta do impacto das altas proteladas por motivos não clínicos, onde cerca de 1,8% dos utentes permaneceram no hospital por motivos não clínicos, que corresponde a 3,6% do total de dias de internamento. A totalidade dos dias de internamento protelados teve um custo estimado de 948.435 € (valor diário - 265€). De modo a libertar de forma mais célere as camas para utentes que necessitem de cuidados agudos, foram contratualizadas 15 camas de retaguarda numa instituição privada, onde se verificaram 625 dias de internamento com um custo total de 48.080€ (valor diário – 77€).

Analisando alguns dados fornecidos pelo Gabinete de Informação para a Gestão (GIG) do CHO para o período de análise da investigação (julho a dezembro de 2021) pode-se verificar que existe uma taxa de ocupação de serviço (174%) muito superior aquela que a bibliografia releva como adequada. Relativamente à demora média (9,2 dias), esta apresenta-se muito aquém da melhor Instituição do grupo a que o CHO pertence, Grupo B (6,07) (ACSS, 2022).

Dentro da dimensão da qualidade, a percentagem de reinternamentos a 30 dias (7,5%), e a percentagem de internamentos com demora superior a 30 dias (3,1%), apresentam, ambas, um valor superior ao valor apresentado pelo melhor do grupo, respetivamente, 4,6% e 1,53% (ACSS, 2022).

Antes de avançar, importa efetuar aqui uma ressalva. Os dados fornecidos pelo GIG referem-se, exclusivamente, aos SMI do CHO e, os valores retirados do sítio do Benchmarking dos Hospitais, são médias hospitalares e não, exclusivamente, dos SMI. Contudo, é perceptível a disparidade dos valores apresentados, principalmente, ao nível da demora média, o que tem uma implicação enorme ao nível dos fluxos dos utentes.

2.2. Desenho do Projeto

O projeto foi desenvolvido em três etapas: 1) exploração; 2) conceptualização 3) proposta de um modelo (Figura 7).

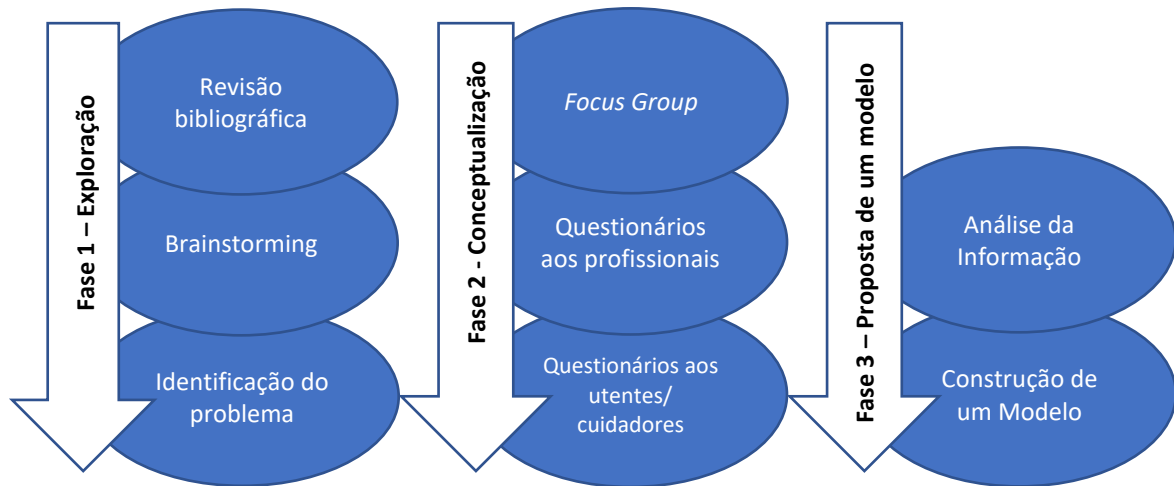


Figura 7 - Visão geral do projeto (autor).

2.2.1. Exploração

A primeira etapa teve o seu início com uma extensa revisão bibliográfica sobre a temática do PA e qual o seu impacto na gestão das instituições hospitalares.

A investigadora toma a decisão de escolher a instituição onde trabalha não só por ter um acesso mais facilitado, mas também, por existir necessidade de melhorar o processo de GA existente.

A revisão bibliográfica permitiu definir que a criação de um processo de GA contribui para a melhoria da qualidade (indicadores de estrutura) e a obtenção de melhores resultados (indicadores de resultado), otimizando a eficiência da organização e visando um melhor desempenho hospitalar. Ao longo deste trabalho, serão abordados alguns desses indicadores: (1) percentagem de reinternamentos em 30 dias, (2) percentagem de internamentos com demora superior a 30 dias, incluídos na dimensão da qualidade e; (1) demora média (2) taxa de ocupação em internamento, compreendidos na dimensão produtividade (Aguiar et al., 2015).

Nesta fase, foram, também, definidos e construídos os questionários e o guião do *focus group*. O questionário aplicado aos utentes e cuidadores foi o PREPARED, que visa avaliar a qualidade do PA. Este foi traduzido e validado para Portugal em 2011 (Ferreira et al. 2011). Relativamente aos profissionais de saúde, o questionário foi elaborado pela investigadora, adaptado de Grimmer et al. (1999) e Glette et al. (2019). Posteriormente, foi efetuado um pré-teste com cinco profissionais de saúde. O guião do *focus group* foi elaborado com base na revisão da literatura e tendo em conta o objetivo geral do projeto.

Os utentes no hospital podem ser internados de forma eletiva, por via da referenciação da Consulta externa, ou de forma urgente, através do SU (Santo et al. 2021). Contudo, este trabalho apenas irá abordar os utentes que recorrem ao hospital de forma urgente.

2.2.2. Conceptualização

Nesta fase foram efetuados os pedidos de autorização à instituição em estudo e assume-se a total garantia do anonimato dos diferentes participantes.

De forma a auscultar os diferentes intervenientes do PA, foram aplicados questionários e efetuados *focus group (FG)*, como é explicado na Tabela 2.

Tabela 2 - Método de recolha de dados.

Método de Recolha de Dados	Intervenientes	Local	Instrumento
Focus Group	Assistentes Sociais Enfermeiros Médicos	SMI – CR SMI – Peniche SMI – TV	Guia de Moderação
Questionário	Enfermeiros Médicos	SMI – CR SMI – Peniche SMI – TV	Elaborado pela Investigadora (ANEXO C)
Questionário	Utentes ou cuidadores	SMI – CR SMI – Peniche SMI – TV	PREPARED (versão utente) (ANEXO D) PREPARED (versão cuidador) (ANEXO E) (Ferreira et al. 2011)

Foi aplicado um questionário aos utentes e cuidadores. O questionário aplicado foi o PREPARED, conforme referido anteriormente. Este questionário foi aplicado durante o último trimestre de 2021. Relativamente aos cuidadores, foram considerados os seguintes critérios de inclusão: ter idade igual ou superior a 18 anos, ser cuidador principal do utente com alta, que confirme a sua participação voluntária. Relativamente aos utentes, consideraram-se os seguintes critérios de inclusão: não necessitar de um cuidador, estar capacitado para responder ao questionário e que confirme a sua participação voluntária. Nestes dois grupos apenas serão incluídas as situações em que houve diminuição da capacidade funcional do utente durante o internamento, sendo previsível a necessidade de algum apoio social. A Tabela 3 apresenta discriminadamente a amostra em estudo.

Tabela 3 - Amostra dos utentes e cuidadores.

	CR	Peniche	TV	Total da amostra
Utentes	6	6	2	14
Cuidadores	46	21	9	76

Importa referir que em virtude de a investigação ter decorrido durante o período vigente da Pandemia Covid-19, a investigadora, ao contrário do que era expectável inicialmente teve de mudar a forma como fazia chegar os questionários aos utentes/cuidadores, visto não ser possível efetuar a entrega dos questionários. Dessa forma, a investigadora selecionou em cada serviço um elemento que lhe fizesse chegar o número do processo do utente que tinha alta e, posteriormente, a própria efetuava uma chamada telefónica e, após confirmação da participação voluntária, efetuava o questionário. A aplicação do questionário foi realizada entre o 5º e o 10º dia após a alta.

Os utentes são uma peça basilar no processo de PA, contudo foi decidido não tratar os resultados referentes aos mesmos atendendo à pequena dimensão da amostra, pelo que se colocam no ANEXO F os resultados dos questionários.

Foram efetuados, também, questionários aos profissionais de saúde, enfermeiros e médicos dos três SMI do CHO. O mesmo foi aplicado durante os meses de julho e agosto de 2021 e foram efetuados online através da partilha de um link, não sendo possível efetuar o questionário sem antes aceitar a participação voluntária. A amostra é apresentada na Tabela 4, que contabiliza um total de 65 profissionais que responderam ao questionário. É de salvaguardar que os cuidados médicos em Peniche são assegurados pela equipa médica da unidade de Caldas da Rainha e por médicos tarefeiros. As principais temáticas abordadas no questionário foram: 1) planeamento de alta; 2) apoios da comunidade; 3) gestão de camas.

Tabela 4 - Amostra dos profissionais de saúde.

	CR	Peniche	TV	Total
Enfermeiros a exercer funções	36	24	33	93
Enfermeiros que responderam	17	11	17	45
Médicos a exercer funções	15 ³	Não Aplicável	16 ⁴	59
Médicos que responderam	15	Não Aplicável	5	20

³ - Este número compreende médicos especialistas e médicos de formação específica.

⁴ - Este número abrange os médicos dos serviços de Medicina A e Medicina B, mas apenas foi fornecido o questionário à equipa da Medicina B.

Por fim, foram realizados os *focus group*, esta técnica pode ser utilizada em diferentes momentos do processo de investigação. Os FG são um método de investigação dirigido à recolha de dados; localiza a interação na discussão do grupo como a fonte dos dados, bem como, reconhece o papel ativo do investigador na dinamização da discussão do grupo para efeitos de recolha dos dados. Permite a focalização da discussão num dado assunto, o seu contributo para a compreensão do assunto de interesse e o facto dos participantes, que os compõem, terem alguma característica em comum e relevante face ao tema em discussão (Silva et al. 2014).

Foram efetuados três FG, durante o último semestre de 2021, um em cada unidade hospitalar, nos quais participaram quatro assistentes sociais, seis enfermeiros e quatro médicos, que, diariamente, lidam com o processo de GA. Optou-se por utilizar como instrumento de colheita de dados um guião do FG desenhado para o efeito (ANEXO G). Este guião abordava algumas temáticas, tais como; 1) os obstáculos existentes na gestão de altas; 2) as estratégias que podem tornar o processo mais eficaz; 3) a pertinência da existência de uma equipa de gestão de camas; 4) a articulação com os cuidados de saúde primários. A todos os profissionais incluídos foi efetuado pedido de consentimento livre e esclarecido para a participação do estudo, incluindo a autorização para gravação de som (ANEXO H). O número de participantes no FG das Caldas da Rainha e de Torres Vedras foi de cinco, em cada um, e em Peniche foi de seis participantes. Por imprevistos decorridos da pandemia, o de Peniche foi efetuado em formato online e os restantes em formato presencial, em local próprio. A duração das sessões foi entre os 60 e os 90 minutos.

Todos os participantes desta investigação deram o seu consentimento livre e esclarecido para a participação do estudo, sendo assegurado o sigilo dos seus dados.

2.2.3. Proposta de um Modelo

Após uma rigorosa pesquisa bibliográfica e avaliação do processo de GA do CHO, efetuada através dos questionários e *focus group* realizados aos diferentes intervenientes, surge a proposta de um Modelo de PA. Esta proposta, espelha as ideias dos intervenientes auscultados ao longo do processo de análise da GA do CHO e, está em consonância com as melhores práticas de GA descritas na bibliografia, respeitando a natureza da Instituição.

CAPÍTULO 3 – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Tendo em conta os objetivos definidos, trata-se de um estudo de natureza qualitativa e quantitativa, descritivo, exploratório e transversal.

Relativamente à metodologia de tratamento de dados, será feita através de estatística descritiva nos dados quantitativos, e de análise de conteúdo nos dados qualitativos.

3.1. Cuidadores

3.1.1. Apresentação dos Resultados

Apesar dos questionários terem sido aplicados separadamente, em cada unidade, os resultados foram analisados em conjunto num total de 76 respostas.

Relativamente à caracterização dos inquiridos, 77,6% eram do sexo feminino e 22,4% do sexo masculino (Gráfico 1).

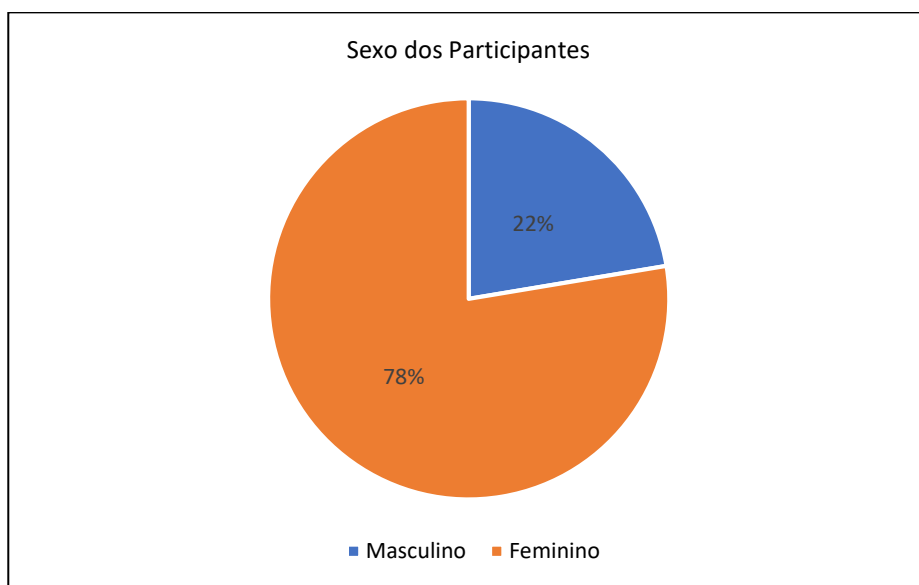


Gráfico 1 – Representação do sexo dos participantes no questionário dos cuidadores.

A maioria dos cuidadores são filhos dos utentes internados (57,9%) e 51,3% apresentam idades compreendidas entre os 41 e os 60 anos, comparativamente com 15,8% com idades entre 21- 40 anos e 32,9% com mais de 61 anos de idade (Gráfico 2 e 3).

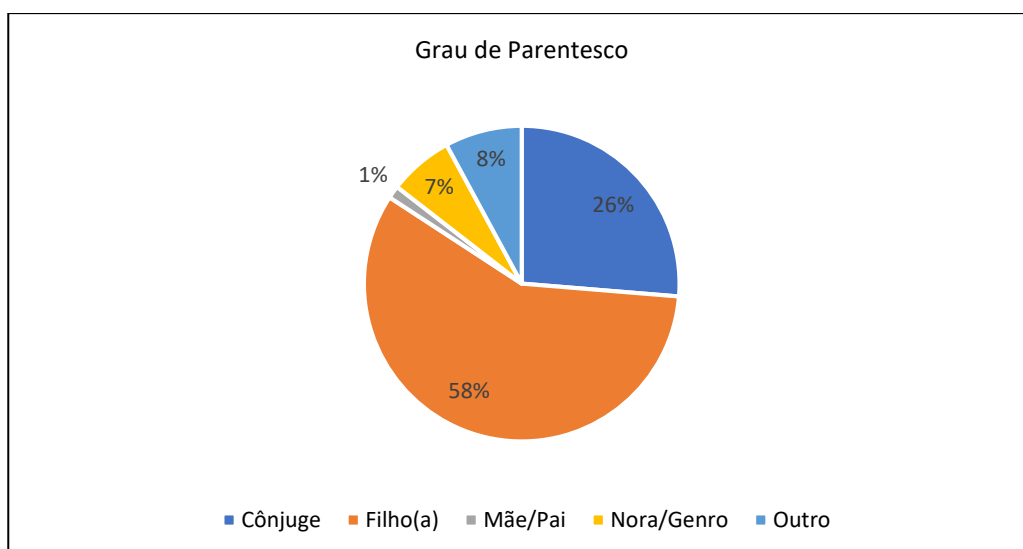


Gráfico 2 – Representação do grau de parentesco no questionário dos cuidadores.

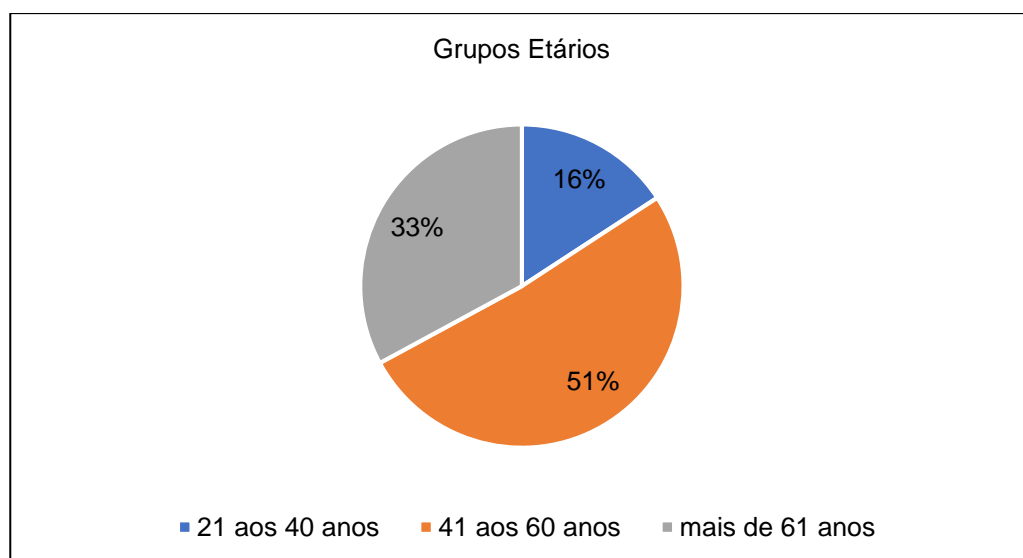


Gráfico 3 – Representação dos grupos etários no questionário dos cuidadores.

Apesar de a maioria dos cuidadores dividir a responsabilidade de cuidar do utente com outra pessoa (51,3%), existe uma enorme percentagem de cuidadores que são o único cuidador do utente internado (48,7%). A grande maioria dos cuidadores reside com o utente (59,2% vs. 40,8%) (Gráfico 4 e 5).

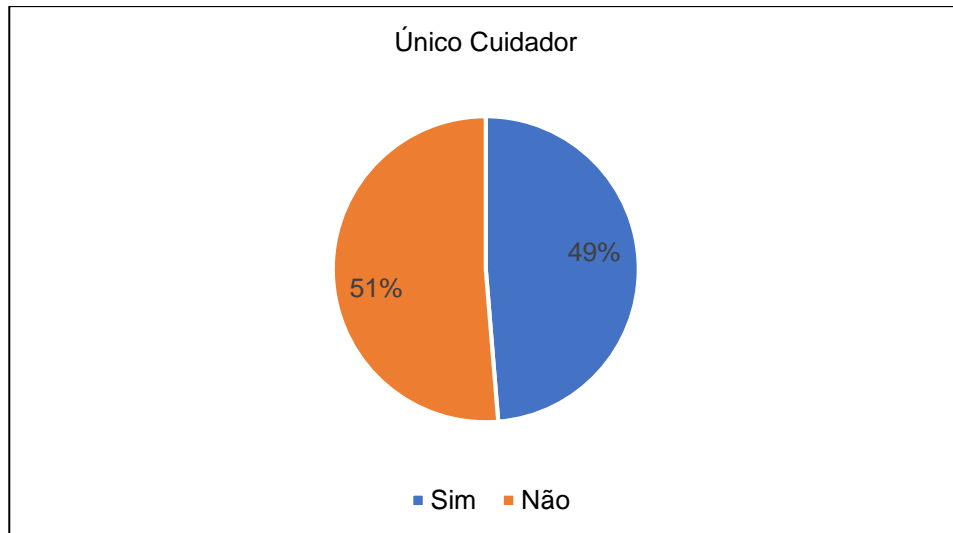


Gráfico 4 – Representação quanto ao "Único Cuidador".

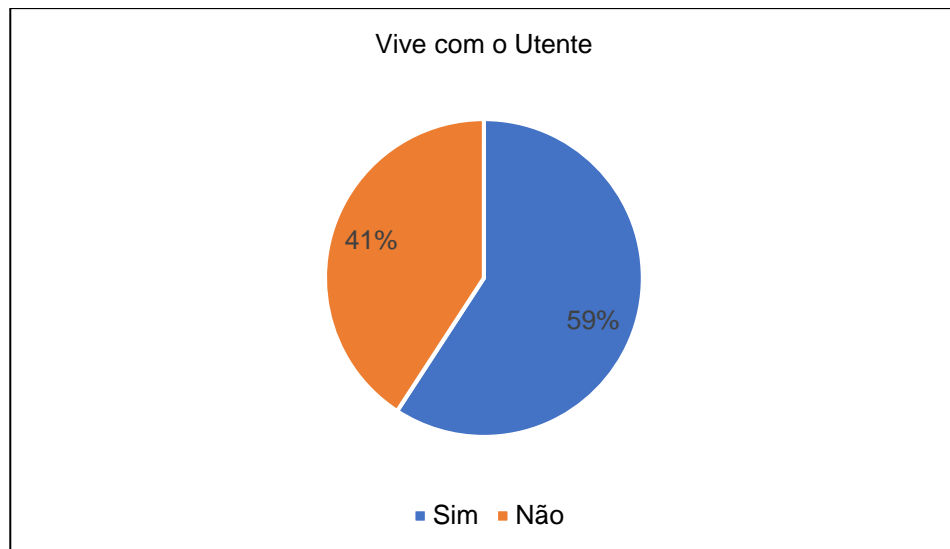


Gráfico 5 – Representação quanto ao "Vive com o Utente".

No âmbito das informações sobre as **estruturas de apoio**, analisou-se as respostas fornecidas pelos cuidadores e observou-se que:

- 60,5% dos cuidadores considera que não são fornecidas informações sobre como conseguir realizar as atividades de vida diárias; 11,8% consideram que são fornecidas as informações necessárias e 27,6% consideram que as informações fornecidas não foram as suficientes.
- 61,8% dos cuidadores considera que não são fornecidas nenhuma informação sobre a existência de serviços comunitários e 2,6% consideram que são fornecidas as informações necessárias. Mas 23,7% considera que as informações fornecidas não foram as suficientes.

Avaliação do Processo de Gestão de Altas

- Apenas 35,5% dos inquiridos tiveram que recorrer a serviços comunitários e, 6,6% já tinham esse apoio.
- 72,4% dos cuidadores considera que não são fornecidas nenhuma informações sobre equipamentos e 1,3% considera que foram fornecidas as informações necessárias. No entanto, 18,4% consideram que as informações fornecidas não foram as suficientes.
- Dos inquiridos 43,4% teve necessidade de arranjar equipamento e 11,8% já tinham o equipamento.

No que concerne às informações sobre a **medicação dos utentes**, após análise das respostas observou-se que:

- 53,9% dos cuidadores considera que foram fornecidas as informações necessárias sobre a medicação no ambulatório e 7,9% considera que não foram fornecidas nenhuma informações sobre a medicação em ambulatório. Contudo, 38,2% consideram que as informações fornecidas não foram as suficientes.
- 78,9% dos cuidadores considera que não foram fornecidas nenhuma informações sobre os efeitos secundários da medicação e 7,9% consideram que foram fornecidas as informações necessárias sobre os efeitos secundários da medicação. Mas, 13,2% considera que as informações fornecidas não foram suficientes.
- 63,2% dos cuidadores considera que não foram fornecidas nenhuma informações sobre como conseguir prestar cuidados e 6,6% considera que foram fornecidas as informações necessárias. Já 30,3% considera que as informações fornecidas não foram as suficientes.

Tendo em vista a preparação para a **reintegração dos utentes**:

- 85,5% dos cuidadores considera que não foram dadas informações sobre como preparar o dia-a-dia em casa, enquanto, 90,8% dos cuidadores manifesta preocupação com os cuidados a prestar em casa.

Relativamente ao domínio - **controlo sobre as circunstâncias**:

- 68,4% dos cuidadores considera estar confiante para executar as tarefas diárias em casa. E 69,7% dos cuidadores considera que não houve atraso no dia da alta hospitalar (Tabela 5).

Tabela 5 – Distribuição de respostas dos cuidadores divididas pelos diferentes domínios em avaliação.

Domínio	Indicadores	Opções de Resposta	Cuidador	
			N	%
Informação sobre estruturas de apoio	Informação sobre como conseguir fazer AVD	As necessárias	9	11,8
		Algumas, não suficientes	21	27,6
		Nenhumas	46	60,5
	Informação sobre existência de serviços comunitários	As necessárias	2	2,6
		Algumas, não suficientes	18	23,7
		Nenhumas	47	61,8
		O doente não necessita	9	11,8
	Alguém arranjou serviços comunitários	Sim	27	35,5
		Não	30	39,5
		Serviços já existiam	5	6,6
		Serviços não necessários	14	18,4
	Informação sobre equipamento	As necessárias	1	1,3
		Algumas, não suficientes	14	18,4
		Nenhumas	55	72,4
		Serviços não necessários	6	7,9
	Alguém arranjou equipamento	Sim	33	43,4
Não		24	31,6	
Serviços já existiam		9	11,8	
Serviços não necessários		10	13,2	
Informação sobre medicação	Informação sobre medicação a levar para casa	As necessárias	41	53,9
		Algumas, não suficientes	29	38,2
		Nenhumas	6	7,9
		Não tomou medicação	0	0
	Informação sobre efeitos secundários da medicação	As necessárias	6	7,9
		Algumas, não suficientes	10	13,2
		Nenhumas	60	78,9
		Não tomou medicação	0	0
	Informação sobre como conseguir prestar cuidados	As necessárias	5	6,6
		Algumas, não suficientes	23	30,3
		Nenhumas	48	63,2
	Preparação para a reintegração	Informação para preparar o dia-a-dia em casa	Sim	11
Não			65	85,8
Preocupação com os cuidados a prestar ao utente		Sim	69	90,8
		Não	7	9,2
Controlo sobre as circunstâncias	Confiança para executar as tarefas diárias em casa	Sim	52	68,4
		Não sei bem	12	15,8
		Não	12	15,8
	Atraso no dia da alta do hospital	Sim	23	30,3
		Não	53	69,7

Relativamente à **alta hospitalar**, foi efetuada uma questão que pretendia saber com que antecedência sabia o cuidador da alta do utente e se achava que tinha tempo para preparar tudo o que pensa ser necessário para receber o utente em casa, desta forma, conseguimos observar que:

- 50% dos cuidadores refere que teve conhecimento da alta hospitalar do utente no próprio dia e 31,6% no dia antes.
- 53,9% dos cuidadores considera que não teve tempo para preparar tudo o que achava necessário para o utente vir para casa, entre o momento em que soube da alta e a alta concretizada (Tabela 6).

Tabela 6 – Distribuição de respostas às perguntas 1 e 2, 2ª Parte.

Questão	Opções de Resposta	Cuidador	
		N	%
Conhecimento sobre o dia da alta	No próprio dia	38	50
	1 dia antes	24	31,6
	2 dias antes	7	9,2
	3 dias antes	7	9,2
Considera que teve tempo para preparar tudo o que achava necessário desde o dia que teve conhecimento da alta até ao dia da mesma	Sim	35	46,1
	Não	41	53,9

Foram efetuadas duas questões abertas aos cuidadores para que pudessem expor o que gostariam de ver alterado no PA e referir quais os pontos positivos do processo.

Relativamente ao que os cuidadores gostariam de ver alterado no processo do PA, as mais referidas foram: 1) escassez de ensinamentos; 2) falta de informações; 3) falta de forma de comunicar com os seus cuidadores; 4) pouco envolvimento dos cuidadores no PA. Os restantes pontos referidos são apresentados na Tabela 7.

Tabela 7 - Distribuição de respostas à pergunta aberta 1, 2ª Parte.

O que deve ser alterado no processo do PA	N.º
Escassez de ensinios	17
Falta de informações	11
Falta de forma de comunicar com os seus cuidadores	11
Pouco envolvimento dos cuidadores no PA	10
Não ter conhecimento do estado de dependência do utente	9
Escassez de resposta do serviço social e apoios na comunidade	8
Aviso da alta no próprio dia, já após as 12H	6
Reduzido acompanhamento no pós-alta	4
Sem referenciação para reabilitação; alta precoce; impossibilidade de preparar a casa	6

Em relação aos pontos positivos no processo apenas houve 26 respostas das quais 14 mencionam não haver nada a referir; 8 cuidadores enalteceram as informações prestadas; 2 cuidadores referem que os utentes foram muito bem cuidados; 1 cuidador faz alusão ao encaminhamento feito para a consulta de enfermagem de diabetes e outro elogiou a simpatia demonstrada durante o internamento.

3.1.2. Discussão dos resultados – Cuidadores

Relativamente ao perfil do cuidador, esta amostra, vai ao encontro do perfil que se encontra traçado na literatura disponível (Pimenta et al., 2009; Pereira, 2015; Pocinho et al., 2017; Pereira, 2018; Caldeira, 2020). Os diferentes estudos afirmam que são as mulheres que assumem maioritariamente a responsabilidade do cuidar, neste caso com uma representatividade de 78%, como refere Pereira (2018). Esta escolha é uma questão cultural e deve-se à organização social e política instituída e à própria ideologia. No que diz respeito à idade dos cuidadores, apesar de não haver uma concordância plena nos estudos referidos, a maioria revela que os cuidadores pertencem à faixa etária dos 45 aos 69 anos, para Carvalho (2021) a média de Idades ronda os 55 anos, este facto também se verificou nesta amostra onde 51% dos inquiridos se encontra entre os 41 e os 60 anos. No que concerne ao grau de parentesco, a grande expressividade é dada aos cônjuges e aos filhos. No estudo de Caldeira (2020) os filhos representaram 55,4% e os cônjuges 29,7%, reforçando o que foi confirmado nesta investigação. No que se refere à coabitação, apesar de nem todos os estudos fazerem alusão a este facto, Pereira (2015) e Pocinho (2017) reforçam o facto de o cuidador residir com a pessoa cuidada, 80% e 70%, respetivamente, corroborando o resultado desta investigação. Tendo em conta a exigência da tarefa do cuidador, verifica-se na maioria dos estudos a existência de uma rede de ajuda, seja ela de cuidadores e amigos, seja de apoios da comunidade, apenas Pocinho (2017) refere que existe apenas um único cuidador

(56,7%). Nesta investigação o valor não é eloquente, visto que existem 51% de únicos cuidadores versus 49% de cuidadores que dividem essa tarefa com terceiros.

Em relação ao domínio “Informação sobre estruturas de apoio”, foram elencados 5 domínios: 1) Informação sobre como conseguir fazer AVD; 2) Informação sobre existência de serviços comunitários; 3) Alguém arranjou serviços comunitários; 4) Informação sobre equipamento; 5) Alguém arranjou equipamento.

No primeiro indicador, a investigação conclui que em 60% dos casos não foram dadas “nenhumas” informações sobre como conseguir fazer AVD. Este facto é suportado por Pereira (2015), que com a aplicação do mesmo questionário teve uma taxa de 50% de respostas à opção “nenhumas”. Outros autores sustentam esta ideia (Petronilho et al., 2017; Loureiro, 2020; Martins & Santos, 2020; Wong et al., 2020), reforçando que a necessidade de dar este tipo de informações é essencial para aumentar a segurança da alta do utente. Contudo, referem que a avaliação dos ensinos em contexto domiciliário deveria fazer parte do processo. Estas informações sobre AVD deverão fazer parte do foco de atenção da equipa de enfermagem, sendo os enfermeiros, os elementos da equipa multidisciplinar que têm uma posição mais privilegiada para identificar e satisfazer as necessidades dos cuidadores (Pereira, 2015; Martins & Santos, 2020). Importa referir que a capacitação do cuidador é vista como um elemento fundamental para a obtenção de melhores resultados na reabilitação, níveis superiores de autonomia e diminuição de custos e reinternamentos (Martins & Santos, 2020).

A respeito da informação quer sobre a existência de serviços comunitários, quer sobre o equipamento, os cuidadores referem que não foram dadas informações em cerca de 62% e 72%, respetivamente. Verifica-se, desta forma, um vazio de informações, quer sobre os serviços comunitários, quer sobre o equipamento necessário. Como refere Loureiro (2020), é essencial que o assistente social oriente o cuidador quanto aos recursos disponíveis na comunidade e disponibilize novos recursos físicos e financeiros, encaminhando para soluções da rede formal e ou informal de cuidados. É, muitas vezes, o enfermeiro que no decorrer do seu exercício profissional, identifica os obstáculos à acessibilidade e eventuais necessidades de equipamento que o utente necessitará aquando da alta (Loureiro, 2020; Martins & Santos, 2020). No PA devem ser consideradas não só as necessidades de apoio social, mas também a necessidade de equipamentos e, através da articulação da equipa multidisciplinar, devem ser promovidos todos os esforços para a resolução destes problemas durante o período de internamento.

No que concerne à necessidade de arranjar serviços comunitários e arranjar equipamento, verifica-se que 35,5% dos casos teve necessidade de arranjar serviços comunitários ao inverso de 39,5% que não necessitou de arranjar serviços. Por outro lado, cerca de 7% já apresentavam esses serviços e 18,4% não necessitaram desses serviços.

Estes dados, são reforçados por Pereira (2015), que explica esta realidade pela insatisfação que os cuidadores têm para com a rede formal de cuidados, a negação por parte do cuidador ao apoio de terceiros e, muitas vezes, pela incapacidade financeira. No estudo de Santos (2020), 60% dos utentes readmitidos no SU em causa, não apresentavam nenhum tipo de apoio formal, podendo este ser um fator preditor nos reinternamentos hospitalares. Contudo, aqueles que recorriam a esse tipo de apoio estavam conscientes das fragilidades dos apoios e em 58,8% dos casos referiram insatisfação com os mesmos. Verificou-se, também, que 43,4% necessitou de arranjar equipamento, cerca de 12% já apresentavam os equipamentos necessários e, 13,2% não necessitou de qualquer equipamento. Esta necessidade pode ser justificada para mitigar as dificuldades físicas, utilizando equipamentos que ajudem os cuidadores e a pessoa cuidada nas tarefas pesadas, como por exemplo, a locomoção e a higiene (Pereira, 2018). Como já referido anteriormente, o PA, segundo a DGS (2004) deve considerar entre outras, as necessidades de equipamentos materiais.

No que respeita ao domínio da Informação sobre medicação, este engloba três indicadores: 1) Informação sobre medicação a levar para casa; 2) Informação sobre efeitos secundários da medicação; 3) Informação sobre como conseguir prestar cuidados.

Relativamente, à informação sobre a medicação a levar para casa 53,9% dos inquiridos afirma que recebeu as informações necessárias e 38,2% que recebeu algumas, mas não suficientes. Já, quando inquiridos sobre a informação sobre efeitos secundários da medicação, cerca de 79% dos cuidadores referem que não receberam informações a este respeito. Estes dados são corroborados por Pereira (2015), onde no seu estudo obteve resultados semelhantes. Vários autores reforçam os défices de conhecimento e capacidade da gestão do regime terapêutico por parte dos cuidadores (Loureiro, 2020; Martins & Santos, 2020; Silva et al., 2021). Torna-se clara a necessidade de abordar de forma mais consistente a temática da gestão terapêutica, onde seja explanado o nome dos medicamentos, os efeitos secundários, a dosagem e o horário da administração, oralmente e por escrito, validando a informação no final com o cuidador. Contudo, de forma a melhorar a transição de cuidados, é essencial que se valide novamente a informação com o cuidador, após o regresso a casa da pessoa cuidada (Loureiro, 2020; Cam et al., 2021; Ozavcia et al., 2021).

No que concerne ao terceiro indicador, informação sobre como conseguir prestar cuidados, houve 63,2% dos cuidadores que afirmam não ter recebido qualquer informação, reforçando a ideia da escassez de informação dada aos cuidadores pelos profissionais de saúde. A falta de informações dadas ao longo do internamento, ou a transferência de muitas informações ao mesmo tempo ao cuidador, na data da alta, podem potencializar o agravamento do quadro clínico do utente e eventuais reinternamentos (Lopes et al., 2019). No estudo de Dixe et al. (2019), os cuidadores consideravam-se menos competentes em certas áreas do autocuidado como a alimentação, mobilidade, transferências, administração

de medicamentos e controlo de sintomas. No entanto, foi demonstrado que as informações que os profissionais de saúde forneciam aos cuidadores eram no âmbito da patologia em si e da gestão dos medicamentos, havendo muitas áreas do autocuidado onde a informação era quase nula.

Verificou-se que no domínio “Preparação para a reintegração”, 85,8% dos cuidadores refere não ter recebido informação sobre como preparar o dia-a-dia em casa e, quando questionados sobre a preocupação com os cuidados a prestar ao utente, 90,8% dos inquiridos afirmam estar preocupados. Estes dados são corroborados no estudo de Pereira e Petronilho (2018), onde verificaram que 90% dos cuidadores considerava que não tinham sido dadas informações sobre como gerir as suas tarefas habituais e cuidar da pessoa dependente. A escassez da informação aliada à falta de preparação e capacitação feita durante o internamento hospitalar pelos profissionais de saúde, em especial pelos enfermeiros, vai aumentar os níveis de preocupação com os cuidados a prestar ao utente. Desta forma, os enfermeiros, enquanto responsáveis por avaliar as necessidades do utente e do cuidador ao longo do internamento, com o intuito de os preparar para o regresso a casa assumem grande responsabilidade na inadaptação do cuidador face às necessidades do utente. Por isso, é necessário sensibilizar os enfermeiros para esta problemática (Pereira, 2015; Pereira & Petronilho, 2018). Um PA eficaz e estruturado deve ter implícito a capacitação dos cuidadores para o processo do cuidar (Pereira & Petronilho, 2018). Em relação ao Controlo sobre as circunstâncias, 68,4% dos cuidadores referem sentir-se confiantes para executar as tarefas diárias em casa, contudo cerca de 32% dos cuidadores refere que não sabe bem se tem confiança para executar as tarefas (15,8%) ou que não se sente confiante. Mais uma vez, este dado é corroborado pelo estudo de Pereira e Petronilho (2018) que revelam que cerca de 77% da sua amostra se sentiu confiante para a realização das tarefas diárias. Esta confiança é, muitas vezes, dada por experiências prévias das tarefas a realizar. Porém, de acordo com a literatura, existe ainda uma percentagem de cuidadores que não se sentem confiantes para a realização das tarefas, que sentem dúvidas e incertezas relativamente ao estado da pessoa dependente e aos cuidados a prestar (Santos & Ribeiro, 2021). Desta maneira, torna-se importante estabelecer estratégias para controlo da ansiedade e redução do stress, presentes nestas ocasiões, na facilitação do acesso aos recursos da comunidade, na otimização do papel do prestador de cuidados e das estratégias de *coping* e na diminuição da sobrecarga do cuidador (Martins & Santos, 2020). No que concerne ao atraso no dia da alta, 30,3% dos cuidadores referiu que houve atraso, ao contrário de 69,7% que referiu não ter havido atraso na alta do hospital. Nesta amostra, existiram 23 situações em que não estavam reunidas as condições para que o utente tivesse alta hospitalar. Apesar de não se ter investigado quais os motivos do atraso, a bibliografia refere que, muitas vezes, a alta não ocorre por não estarem reunidas as condições necessárias à segura transição dos cuidados do hospital para casa,

quer por falta de condições arquitetónicas, falta de apoios da comunidade e/ou falta de conhecimento do cuidador (Pereira, 2015; Santos & Ribeiro, 2021).

Quanto ao conhecimento sobre o dia da alta 50% dos cuidadores teve conhecimento no mesmo dia e 31,6% soube da alta 1 dia antes, levando a que 53,9% sentisse que não tinha tempo para preparar tudo o que achava necessário para receber o utente em casa. Um PA eficaz e estruturado permitirá ao cuidador encontrar estratégias para se reorganizar, que permitam o regresso do utente a casa, com os apoios necessários, garantindo uma continuidade de cuidados segura (Loureiro, 2020). É essencial iniciar-se o PA aquando da admissão do utente no serviço, só desta forma podem ser averbadas todas as necessidades do utente e do cuidador.

Ao observarmos as temáticas abordadas pelos cuidadores quando questionados sobre o que gostariam de ver alterado no processo do PA, uma elevada percentagem de respostas tem a ver com a falta de informação e de ensinamentos ministrados e o pouco envolvimento que tinham no PA da pessoa dependente. Pereira (2018) no seu estudo verificou que 86,7% dos cuidadores consideravam que era importante ações de formação para melhorar os cuidados prestados à pessoa dependente e, isso permitiria tirar dúvidas e ir adaptando os cuidados às novas necessidades da pessoa dependente, desta forma, os cuidadores iriam sentir-se mais preparados, confiantes, apoiados e motivados.

3.3. Profissionais de Saúde

3.3.1. Apresentação dos resultados – Profissionais de Saúde

Foram analisadas um total de 65 respostas dadas pelos profissionais de saúde. Os profissionais a quem foi aplicado o questionário foram enfermeiros (69,2%) e médicos (30,8%). Relativamente à caracterização dos indivíduos, mais de 81% dos profissionais são do sexo feminino, comparativamente com 18,5% do sexo masculino (Gráfico 6).

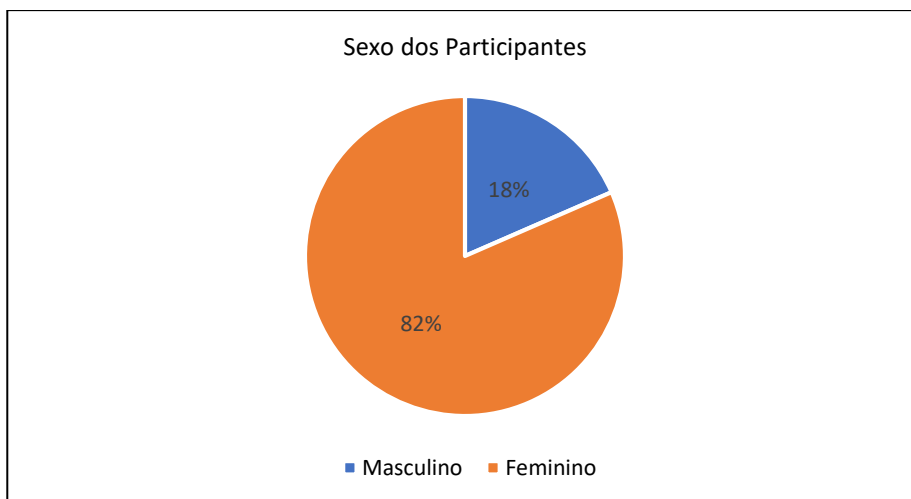


Gráfico 6 – Representação do sexo nos inquiridos no questionário dos profissionais de saúde.

Cerca de 49,2% dos profissionais apresentam uma experiência profissional entre 1-10 anos, comparativamente com 26,2% que apresentam uma experiência entre 11-20 anos. 9,2% Com experiência entre 21-30 anos e 15,4% com mais de 30 anos de experiência profissional (Gráfico 7).

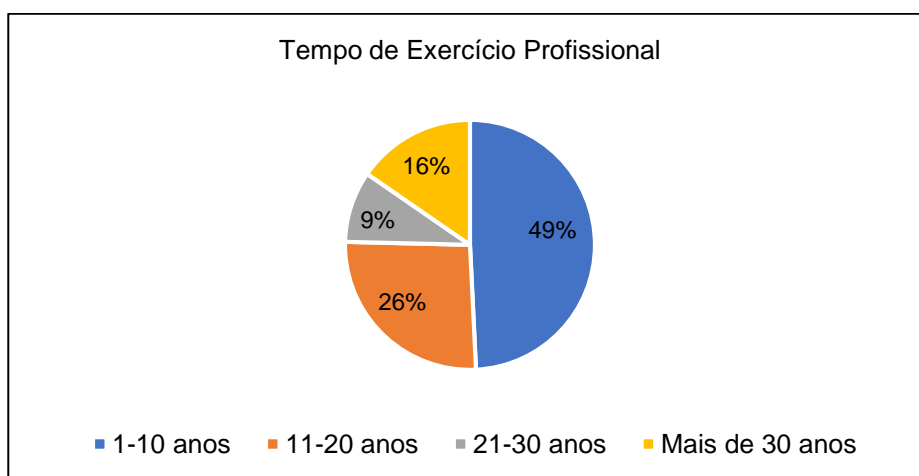


Gráfico 7 - Tempo de exercício profissional nos inquiridos no questionário dos profissionais.

Mais de 75% dos profissionais possuem o grau de licenciado, enquanto 23,1% possuem o grau de mestre e 1,5% o grau de doutorado (Gráfico 8).

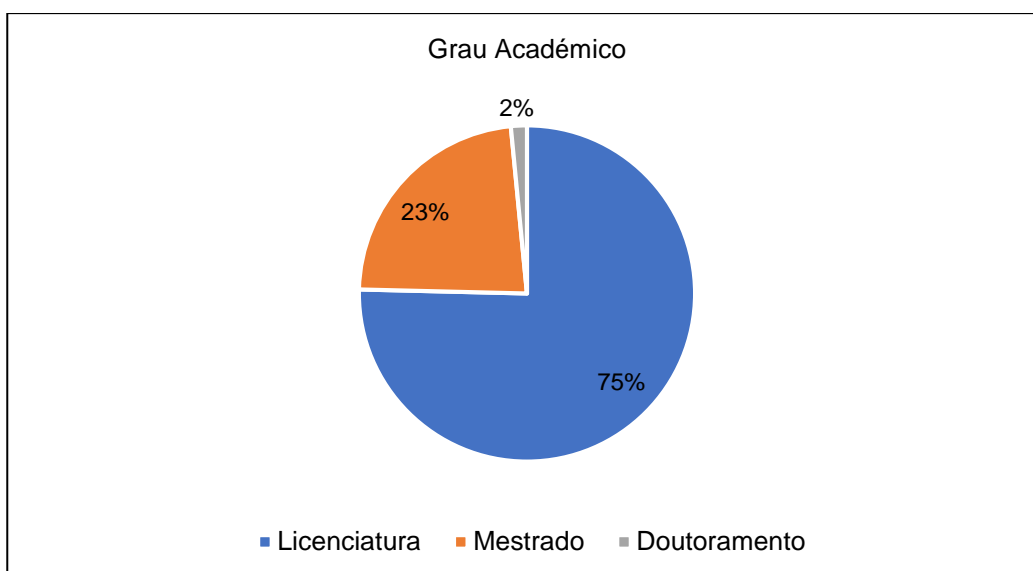


Gráfico 8 - Grau acadêmico nos inquiridos no questionário dos profissionais.

No que concerne à **natureza do serviço**:

- Cerca de 94% dos profissionais pertencem a serviços hospitalares médicos, comparativamente com 1,5% que pertence a serviços médico-cirúrgicos. Assume-se que estas respostas relativas a pertencerem a serviços médico-cirúrgicos é dada por médicos que, na sua maioria, ainda exercem funções no SU, para além do SI.
- A maioria dos profissionais considera que as admissões no seu serviço são do tipo urgente (63,1%) comparativamente com a tipologia eletiva (24,6%) (Tabela 8).

Tabela 8 - Distribuição de respostas às perguntas 1 e 2, 1ª Parte.

Tipologia		
	N	%
Serviço		
Médico	61	93,8
Médico-cirúrgico	1	1,5
Outra	3	4,6
Admissão		
Eletiva	16	24,6
Urgente	41	63,1
Outra	8	12,3

Em relação às **admissões no serviço**:

- 36,9% dos profissionais consideram que a natureza da admissão está frequentemente associada ao sucesso da alta, enquanto, 32,3% considera que a natureza da admissão está, algumas vezes, relacionada. Menos de 17% consideram

que raramente ou nunca a natureza da admissão se encontra relacionada com o sucesso da alta.

- No que respeita a receber utentes com uma tipologia diferente daquela que é habitual receber para evitar aglomerados no SU, 18,5% dos profissionais refere que poderia, muito frequentemente, receber outra tipologia de utentes e 27,7% dos profissionais refere que frequentemente poderiam receber utentes de diferentes tipologias. Cerca de 34% refere que nunca ou apenas raramente poderia receber utentes de outras tipologias (Tabela 9).

Tabela 9 - Distribuição de respostas às perguntas 3 e 4, 1ª Parte.

	Natureza de admissão Vs. Sucesso da Alta		Internamento de utentes de tipologia diferente daquela que é habitual	
	N	%	N	%
Nunca	2	3,1	4	6,2
Raramente	9	13,8	18	27,7
Algumas Vezes	21	32,3	13	20,0
Frequentemente	24	36,9	18	27,7
Muito Frequentemente	9	13,8	12	18,5

Tendo em conta o **planeamento da alta** existente nos serviços, observou-se que:

- Relativamente ao planeamento ser iniciado quando o utente chega ao serviço, 29,2% dos profissionais refere que raramente tal acontece e 21,5% refere que ocorre frequentemente. Para 18,5% dos profissionais, tal nunca acontece.
- 40% dos profissionais refere que o planeamento da alta nunca se inicia no SU e 38,5% refere que raramente acontece.
- No contexto dos serviços que recebem utentes eletivos, do total de 36 respostas obtidas, 38,9% referem que, algumas vezes, a alta do utente começa a ser programada antes da cirurgia, embora 58,3% dos profissionais refira que tal raramente ou nunca acontece.
- Para 35,4% dos profissionais, a previsão da alta no momento da admissão raramente acontece e para 30,8% dos profissionais, nunca acontece. 23,1% dos profissionais refere que ocorre algumas vezes e 10,8% considera que ocorre de forma frequente ou muito frequentemente (Tabela 10).

Tabela 10 - Distribuição de respostas às perguntas 1 a 4, 2ª Parte.

	PA iniciado quando o utente chega ao serviço		PA é iniciado no SU		Utentes eletivos, o PA inicia-se antes da cirurgia		Na admissão é feita uma previsão do dia da alta	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nunca	12	18,5	26	40	11	30,6	20	30,8
Raramente	19	29,2	25	38,5	10	27,8	23	35,4
Algumas Vezes	11	16,9	11	16,9	14	38,9	15	23,1
Frequentemente	14	21,5	2	3,1	1	2,8	4	6,2
Muito Frequentemente	9	13,8	1	1,5	0	0	3	4,6

No que concerne a atividades relacionadas com e a pensar na alta, 66,2% dos profissionais considera que são realizadas atividades a pensar na alta do utente. Em relação à questão sobre as atividades realizadas com o utente/cuidador a pensar na alta houve um total de 43 respostas e algumas referem mais do que uma atividade, as quais foram divididas por diferentes temas conforme descrito na Tabela 11. Desta forma observa-se que os ensinamentos e a articulação com o cuidador são as atividades com maior prevalência. Das 43 respostas apuradas sobre a frequência das atividades realizadas, 24,6% referem que essas atividades ocorrem algumas vezes e 20% referem que ocorrem frequentemente (Tabela 12).

Tabela 11 - Distribuição de respostas à pergunta 5, 2ª Parte.

Atividades realizadas com o utente/cuidador		N
Ensinos	Gestão da terapêutica, administração de insulina, posicionamentos, transferências, utilização de SNG, educação para a saúde, cuidados a ter com o cateter urinário	27
Articulação com o cuidador	Reunião de AVC ⁵ , avaliar necessidades do utente aquando da alta, sinalização ao serviço social, encaminhar para serviços de apoio na comunidade	14
Reabilitação	Referenciação para a RNCCI, Encaminhar para o serviço de Medicina Física e Reabilitação, Sinalizar para Enfermeiro de reabilitação e Fisioterapia	5

⁵ Reuniões de AVC (Acidente Vascular Cerebral) realizavam-se no Serviço de Medicina de Caldas da Rainha e foram suspensas com a pandemia. As mesmas incluíam o médico do utente, o enfermeiro de reabilitação, a assistente social e o familiar do utente e tinham como objetivo planear a alta e avaliar quais as necessidades que o utente iria ter conforme as sequelas do AVC.

Tabela 12 - Distribuição de respostas à pergunta 6, 2ª Parte

Frequência das Atividades		
	N	%
Nunca	0	0
Raramente	16	24,6
Algumas Vezes	16	24,6
Frequentemente	13	20
Muito Frequente	5	7,7

Ainda, no que concerne ao **PA** existente nos serviços, observou-se que:

- O preenchimento do item Alta no processo clínico é feito na véspera por 69,2% dos profissionais e, ao longo do internamento, por 30,8% dos profissionais.
- Os passos no processo de alta são realizados, algumas vezes, de forma atempada para 26,2% dos profissionais, raramente no tempo certo para 38,5% dos profissionais e nunca para 18,5% dos profissionais.
- A existência de um planeamento de alta realizado por uma equipa multidisciplinar é reconhecida como uma atividade que acontece raramente para 36,9% dos profissionais, ocorre algumas vezes para 24,6% dos profissionais e nunca para 16,9%.
- Relativamente à adequação da comunicação entre os profissionais envolvidos no momento da alta, 43,1% dos profissionais considera que raramente acontece e para 30,8% acontece algumas vezes.
- Para 38,5% dos profissionais, raramente os exames são pedidos ou marcados no SU e, para 26,2% dos profissionais acontece algumas vezes, sendo que 18,5% referem que nunca acontece (Tabela 13).

Tabela 13 - Distribuição de respostas às perguntas 8, 9, 11 e 12, 2ª Parte

	Passos da alta no timing certo		PA pela equipa multidisciplinar		Comunicação adequada entre os profissionais que intervêm no PA		Exames pedidos/marcados no SU	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nunca	12	18,5	11	16,9	7	10,8	12	18,5
Raramente	25	38,5	24	36,9	28	43,1	25	38,5
Algumas Vezes	17	26,2	16	24,6	20	30,8	17	26,2
Frequentemente	10	15,4	11	16,9	9	13,8	9	13,8
Muito Frequentemente	1	1,5	3	4,6	1	1,5	2	3,1

- Relativamente aos profissionais envolvidos na alta do utente, o médico encontra-se presente em 100% das combinações de profissionais envolvidos e os enfermeiros em 89,3% das combinações de profissionais. O assistente social encontra-se presente em 84,7% das combinações de profissionais envolvidos. Outros profissionais envolvidos na alta do utente são os fisioterapeutas, nutricionistas e equipa de cuidados paliativos.

No que diz respeito aos **apoios da comunidade**, observou-se que:

- Todos os inquiridos têm conhecimento da existência dos Centros de dia, Empresas de apoio domiciliário e Lares. Contudo, 7 profissionais referiram a existência da RNCCI e 1 profissional referiu a existência de Casas de acolhimento, como recursos existentes na comunidade.
- Relativamente ao contacto efetuado com os cuidados de saúde primários (CSP) quando o utente tem alta, mais de 70,8% dos profissionais refere que raramente (46,2%) ou nunca (24,6%) acontece esse contacto.
- Sobre a comunicação com prestadores de cuidados na comunidade, mais de 63% dos profissionais referem que raramente (35,4%) ou nunca (27,7%) é comunicada informação com os prestadores de cuidados na comunidade.
- Relativamente à responsabilidade que o utente/cuidador deve ter no planeamento da alta, 43,1% refere que devem ter muito frequentemente e 41,5% devem ter frequentemente (Tabela 14).

Tabela 14 - Distribuição de respostas às perguntas 2, 3 e 4, 3ª Parte.

	Contacto com os CSP		Comunicação com os prestadores de cuidados da comunidade		Utente/cuidador devem ter responsabilidade no PA	
	N	%	N	%	N	%
Nunca	16	24,6	18	27,7	0	0
Raramente	30	46,2	23	35,4	4	6,2
Algumas Vezes	8	12,3	11	16,9	6	9,2
Frequentemente	4	6,2	9	13,8	27	41,5
Muito Frequentemente	7	10,8	4	6,2	28	43,1

- Sobre o hospital ser o responsável pela organização da alta, 46,2% dos profissionais referem que nunca o hospital deve ser o responsável exclusivo pela alta do utente, e 23,1% refere que raramente deve ser o único responsável.
- Relativamente à intervenção da equipa de gestão de altas no planeamento da alta, 33,8% dos profissionais refere que raramente acontece, 29,2% refere que nunca acontece e 26,2% refere que acontece algumas vezes.

- Relativamente ao envolvimento do utente/cuidador na alta, 32,3% dos profissionais referem que algumas vezes são envolvidos, 30,8% referem que raramente são envolvidos e 16,9% referem que frequentemente são envolvidos (Tabela 15).

Tabela 15 - Distribuição de respostas às perguntas 5, 6 e 7, 3ª Parte.

	Responsabilidade da alta ser do hospital		Intervenção da EGA		Utente/cuidador envolvidos no PA	
	N	%	N	%	N	%
Nunca	30	46,2	19	29,2	9	13,8
Raramente	15	23,1	22	33,8	20	30,8
Algumas Vezes	15	23,1	17	26,2	21	32,3
Frequentemente	5	7,7	5	7,7	11	16,9
Muito Frequentemente	0	0	2	3,1	4	6,2

No que se refere à **comunicação** com os cuidadores, observou-se que:

- Raramente (35,4%) ou nunca (21,5%) existe nas primeiras 24h após a admissão.
- Algumas vezes (35,4%) ou raramente (33,8%) ocorre durante o internamento.
- Algumas vezes (32,3%) ou frequentemente (24,6%) acontece nas 48h antes da alta do utente.
- Frequentemente (43,1%) ou muito frequentemente (32,3%) existe nas 24h antes da alta ou no dia da mesma (Tabela 16).

Tabela 16 - Distribuição de respostas às perguntas 8, 9, 10 e 11, 3ª Parte.

	Comunicação com os cuidadores							
	Nas primeiras 24H		Ao longo do internamento (iniciativa do serviço)		Nas 48H que antecedem a alta		Na alta (24H antes ou no dia da alta)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nunca	14	21,5	2	3,1	6	9,2	3	4,6
Raramente	23	35,4	22	33,8	16	24,6	4	6,2
Algumas Vezes	8	12,3	23	35,4	21	32,3	9	13,8
Frequentemente	9	13,8	15	23,1	16	24,6	28	43,1
Muito Frequentemente	11	16,9	3	4,6	6	9,2	21	32,3

Perspetivando a alta do utente, observou-se que:

- Para os profissionais inquiridos, cerca de 69% considera que a alta do utente é decidida muito frequentemente (38,5%) e frequentemente e (30,8%) de forma exclusiva pela equipa médica.

- A discussão da alta com a equipa multidisciplinar ocorre raramente para 40% dos profissionais de saúde e algumas vezes para 29,2%.
- Os profissionais reconhecem que muito frequentemente (67,7%) e frequentemente (10,8%) a alta é conhecida no dia da mesma (Tabela 17).

Tabela 17 - Distribuição de respostas às perguntas 1, 2 e 3, 4ª Parte.

	Alta decidida exclusivamente pela equipa médica		Alta discutida em equipa multidisciplinar		Ter conhecimento da alta no dia da mesma	
	N	%	N	%	N	%
Nunca	3	4,6	8	12,3	3	4,6
Raramente	10	15,4	26	40,0	5	7,7
Algumas Vezes	7	10,8	19	29,2	6	9,2
Frequentemente	20	30,8	8	12,3	7	10,8
Muito Frequentemente	25	38,5	4	6,2	44	67,7

- Cerca de 33,8% dos profissionais considera que os ensinamentos de enfermagem raramente são realizados de forma correta, para 27,7% dos profissionais são frequentemente realizados de forma correta e para 23,1% algumas vezes são realizados de forma correta.
- A referenciação para a assistente social é feita no *timing* certo algumas vezes para 35,4% dos profissionais, frequentemente para 29,2% dos profissionais e raramente para 21,5% dos profissionais.
- A referenciação para a RNCCI é feita no *timing* certo - é frequentemente realizada para 36,9% dos profissionais, em algumas vezes para 35,4% e raramente para 13,8% dos profissionais (Tabela 18).

Tabela 18 - Distribuição de respostas às perguntas 4, 5 e 6, 4ª Parte.

	Ensinos efetuados de forma correta		Pedido apoio social no <i>timing</i> correto		Referenciar para RNCCI no <i>timing</i> correto	
	N	%	N	%	N	%
Nunca	6	9,2	4	6,2	7	10,8
Raramente	22	33,8	14	21,5	9	13,8
Algumas Vezes	15	23,1	23	35,4	23	35,4
Frequentemente	18	27,7	19	29,2	24	36,9
Muito Frequentemente	4	6,2	5	7,7	2	3,1

No que diz respeito à transferência de utentes do SU para outros serviços de internamento, observou-se que:

- O início do PA acontecer no serviço de urgência nunca ou raramente ocorre para 35,4% dos profissionais.
- Relativamente à necessidade de transferência precoce dos utentes, mesmo que para outros serviços de outras especialidades, 32,3% dos profissionais considera que essa transferência deve ocorrer muito frequentemente, para 29,2% dos profissionais deveria ocorrer frequentemente e para 24,6% devia ocorrer em algumas vezes.
- A demora na transferência dos utentes condiciona a alta, onde 35,4% dos profissionais consideram que essa demora irá muito frequentemente condicionar atrasos na alta do utente, 35,4% consideram que acontecerá frequentemente e para 20% algumas vezes.
- No que concerne à rotatividade de serviços e disponibilidade de camas interferirem no processo de alta, para 46,2% dos profissionais esta inferência ocorre frequentemente, enquanto para 27,7% ocorre muito frequentemente e para 23,1% ocorre algumas vezes.
- 49,2% e 38,5% dos profissionais considera muito frequentemente e frequentemente, respetivamente, ser importante a existência de uma equipa de gestão de camas (Tabela 19).

Tabela 19 - Distribuição de respostas às perguntas 2, 3, 4 e 5, 5ª Parte.

	Transferência precoce, mesmo que para outra especialidade		Demora na transferência atrasa o PA		Rotatividade e disponibilidade de camas interfere na GA		Importância da EGC	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nunca	1	1,5	1	1,5	0	0	0	0
Raramente	8	12,3	5	7,7	2	3,1	1	1,5
Algumas Vezes	16	24,6	13	20,0	15	23,1	7	10,8
Frequentemente	19	29,2	23	35,4	30	46,2	25	38,5
Muito Frequentemente	21	32,3	23	35,4	18	27,7	32	49,2

As **camas dos hospitais**, são um recurso escasso, pelo que a sua correta gestão é fundamental para a diminuição dos custos hospitalares, desta forma:

- Inquiriu-se os profissionais relativamente ao tempo que despendiam com o planeamento da alta do utente. Apenas foram contabilizadas 56 respostas, por incompreensão da resposta e observou-se que 48% dos profissionais considera despende cerca de 30 minutos a 1H no PA do utente. Para cerca de 15% dos inquiridos o tempo despendido não é quantificável (Gráfico 9).

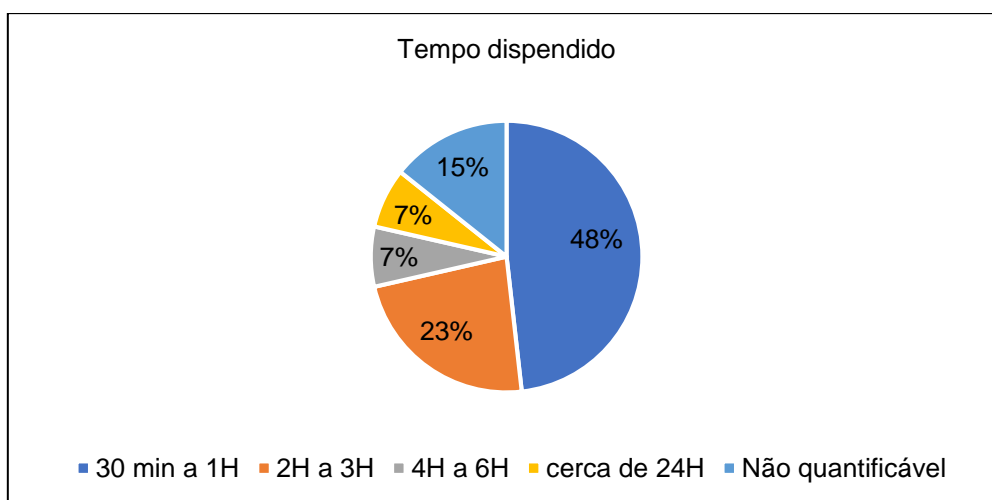


Gráfico 9 - Distribuição de respostas à pergunta 6a, 5ª Parte.

- Foi efetuada uma segunda pergunta aberta aos inquiridos para perceber o que poderia ajudar a diminuir o tempo despendido no PA do utente e, de forma a resumir as respostas obtidas foi elaborada a Tabela 20, que dividiu as respostas em diferentes temáticas.

Tabela 20 - Distribuição de respostas à pergunta 6b, 5ª Parte.

Formas de reduzir o tempo despendido no PA		N
Sistemas Informáticos	Sistemas mais céleres, correta informatização dos dados, menos burocracia e trabalho administrativo.	8
Organização e planificação das atividades do PA	Definição da data prevista para a alta, correta definição de papéis dos diferentes profissionais,	29
Apoio social e da comunidade	Sinalização precoce do Serviço Social, contacto prévio com os apoios da comunidade	5
Comunicação e articulação entre a equipa	Comunicação eficaz entre a equipa multidisciplinar, articulação precoce com o cuidador, articulação com a EGA	22
Recursos Humanos	Incremento do número de assistentes sociais, auxiliares, enfermeiros e médicos	4

- No que concerne ao cumprimento da previsão da alta, 32,3% dos profissionais consideram que ocorre algumas vezes, 30,8% ocorre frequentemente e 27,7% raramente ocorre.
- Relativamente ao bom aproveitamento do tempo dedicado à alta, 32,3% dos profissionais consideram que ocorre frequentemente, 32,3% ocorre raramente e 23,1% ocorre algumas vezes.

- Cerca de 72,3% dos profissionais considera que o não planeamento da alta muito frequentemente aumenta os custos hospitalares, 15,4% considera que frequentemente aumenta os custos hospitalares (Tabela 21).

Tabela 21 - Distribuição de respostas às perguntas 7, 8 e 9, 5ª Parte.

	Cumprimento da previsão da data da alta		Bom aproveitamento do tempo dedicado ao PA		Falta de PA aumenta os custos hospitalares	
	N	%	N	%	N	%
Nunca	5	7,7	5	7,7	2	3,1
Raramente	18	27,7	21	32,3	1	1,5
Algumas Vezes	21	32,3	15	23,1	5	7,7
Frequentemente	20	30,8	21	32,3	10	15,4
Muito Frequentemente	1	1,5	3	4,6	47	72,3

Por fim, o questionário terminava com duas questões abertas para abordar os problemas mais frequentes com que os profissionais se deparavam quando queriam dar alta a um utente e quais consideravam ser as oportunidades de melhoria que gostariam de ver implementadas no processo de GA.

No que diz respeito à primeira questão, os problemas que os profissionais mais referem são: 1) falha na realização de ensinios, 2) falta de planeamento, 3) falta/falha na comunicação da equipa multidisciplinar, sendo que os restantes problemas são apresentados na Tabela 22.

Tabela 22 - Distribuição de respostas à pergunta 1, 6ª Parte.

Problemas com que os profissionais se deparam aquando da alta	N
Falha na realização de ensinios	17
Falta de planeamento	12
Falta/falha na comunicação da equipa multidisciplinar	11
Falta de conhecimento e ou capacidade do cuidador para receber o utente em casa	10
Insuficientes respostas da comunidade	7
Recusa do cuidador em levar o utente	6
Dúvidas do utente/cuidador face à nova medicação prescrita, à nota de alta medica e continuidade dos cuidados	5
Falta de apoio do serviço social	5
Exames complementares de diagnóstico pendentes, falta de transporte, necessidade de ajudas técnicas, falta de recursos humanos, dificuldade na articulação com os recursos humanos, alta precoce	14

Relativamente às oportunidades de melhoria, os profissionais gostariam de ver a implementação de projetos de PA, com reuniões multidisciplinares e correta definição de

papéis, associado a uma eficaz comunicação e trabalho de equipa. Na Tabela 23 serão apresentadas as restantes oportunidades de melhoria referidas pelos profissionais.

Tabela 23 - Distribuição de respostas à pergunta 2, 6ª Parte.

Oportunidades de melhoria	
	N
Eficaz comunicação e trabalho de equipa	23
Implementação de projetos de PA, com reuniões multidisciplinares e correta definição de papéis (envolvimento do cuidador)	15
Previsão da data da alta, 24H após a admissão	7
Providenciar ensinos e reconciliação terapêutica	6
Criação de Equipa de gestão de camas	5
Comunicar com os CSP aquando da alta	4
Melhoria da resposta da RNCCI e dos Estabelecimentos residenciais para Idosos (ERPI)	4
A saída dos utentes ocorrer no período da manhã; aumentar os recursos humanos, efetuar um telefonema de follow-up, melhorar a resposta do serviço social do hospital de comunidade; contacto obrigatório com o cuidador nas primeiras 24H de internamento	12

3.3.2. Apresentação dos resultados – *Focus Group*

Os profissionais de saúde que integraram os FG eram assistentes sociais, enfermeiros e médicos. Nos três locais foram incluídos os profissionais, considerados de referência na gestão de alta e, ainda, foi integrada a EGA para dar o seu contributo. No total dos três grupos participaram 16 profissionais de saúde, havendo a participação de todos os elementos e concordância, dos mesmos, na maioria das questões. De forma a facilitar a apresentação dos resultados e compreensão dos mesmos, estes foram agrupados segundo as respostas às questões do guião (Tabela 24).

Tabela 24 - Resultados do Focus Group.

		Sugestões de Melhoria	Citações
Início do planeamento de Alta	Obstáculos existentes na GA	Equipa multidisciplinar	Falta de comunicação e articulação; indefinição de papéis; carência de diagnóstico social atempado. <i>"Muitas vezes sabemos que o utente tem alta, pelo próprio." "Por vezes apercebo-me que todos nos repetimos junto das famílias e perguntamos sempre a mesma coisa, devia de haver um elemento de referência."</i>
	Cuidadores/ utentes	Falta de tempo para realizar ensinios; pouco envolvimento; pouca literacia em saúde; envelhecimento da população. <i>"Quando chega ao dia da alta existem uma série de atividades que não foram realizadas."</i>	
	Limitações internas	Transferência tardia para os SM; escassez de camas; elevada rotatividade da equipa médica; elevada percentagem de prestadores externos no SU; requisição tardia de MCDT's; inexistência de planeamento de alta. <i>"Temos tantas atividades que acabamos por nos esquecer um pouco da essência do planeamento da alta (...)" "Às vezes eu apercebo-me que o utente já podia ter sido transferido ontem, mas quem esteve não quis ter essa responsabilidade."</i>	
	Limitações externas	Elevada dependência de parceiros para realização de MCDT's; demora na realização de MCDT's; falta de articulação com os cuidados de saúde primários; fraca resposta das instituições sociais e da RNCCI. <i>"Em relação aos exames estamos muito dependentes do exterior e, por vezes, são pedidos tardiamente, o que atrasa ainda mais a alta do utente."</i>	
	No primeiro dia de internamento	Necessidade de diagnóstico clínico e social, perceção da capacidade funcional prévia versus a atual, previsão da data da alta face ao diagnóstico <i>"É necessário que logo no primeiro dia se comece por definir o diagnóstico clínico e social do utente e, é vital, sabermos se era ou não dependente, porque isso terá um grande impacto no planeamento da alta." "Efetuar a previsão da alta nem sempre é fácil, mas é importante que se defina um dia, para que todos os profissionais trabalhem para que isso se consiga."</i>	
Melhoria do processo de gestão de altas	Sistemas de informação	Sistemas de informação integrados que permitam o cruzamento de dados <i>"Falta-nos sistemas de informação, sistemas que migrem e que concentrem informação. Com informação mais acessível e que se atualiza automaticamente." "Sistema de informação que permita logo à entrada uma data de alta prevista, que pode não acontecer, mas assim existe um acompanhamento da situação."</i>	
	Implementação de um PA	Definição de intervenientes e de tarefas, otimização da comunicação, referenciação para a RNCCI precocemente, ensinios ao cuidador, articulação com os cuidados de saúde primários, sinalizar utentes com múltiplos internamentos. <i>"Otimização da comunicação entre os três pilares, assistentes sociais, enfermeiros e médicos, só quando houver uma comunicação otimizada destes três pilares se consegue planear as coisas antecipadamente, os ensinios são programados mediante a concertação entre os três pilares." "Não há um trabalho estruturado. Com o COVID havia um trabalho estruturado, diariamente definíamos o plano, toda a gente sabia o que era expectável para o utente de uma forma planeada e estruturada."</i>	
	Formação dos profissionais	A formação dos profissionais deve integrar o planeamento de altas, as respostas existentes na comunidade em que o Centro hospitalar se insere e os critérios de referenciação para a RNCCI. <i>"A falta de conhecimento dos critérios de referenciação e o desconhecimento das respostas existentes na comunidade atrasa muitas vezes o processo, porque não se pensa nisso a não ser à data da alta."</i>	
Estratégias para uma gestão de altas mais eficaz	Reuniões multidisciplinares	Reuniões bissemanais com avaliação dos utentes entrados e definição de um plano. <i>"Penso que reuniões duas vezes por semana para delinear um plano para os utentes entrados, seria uma boa opção." "As reuniões deveriam ser telegráficas, para não se perder muito tempo, mas para todos saberem qual o plano para o utente."</i>	
	Integração do cuidador	Integrar ativamente o cuidador no planeamento de alta e capacitá-lo ao longo do internamento. <i>"A família tem que ser integrada logo desde a entrada." "(...) a família tem que saber como se encontra o utente do ponto de vista funcional."</i>	
	Lista de necessidades do utente	Elaborar uma <i>checklist</i> de necessidades do utente para serem respondidas ao longo do internamento. <i>"O processo clínico do utente deveria ter um local próprio onde se pudesse efetuar uma checklist com as necessidades do utente, onde todos os profissionais soubessem o que cada utente precisa e o que é necessário trabalhar para se conseguir a alta o mais breve possível."</i>	
	Altas no período da manhã e ao fim de semana	Implementar a saída dos utentes no período da manhã e altas programadas ao fim de semana para responder às necessidades do SU. <i>"Quanto mais cedo os utentes saírem mais cedo se desinfetam as camas e mais rapidamente estão disponíveis para os utentes do SU, as análises destes utentes deviam ser colhidas mais cedo para dar tempo para serem vistas." "Um utente que tenha só mais um dia de antibiótico para fazer ao fim de semana, se ficar tudo já preparado deveria sair durante o sábado ou domingo."</i>	
Benefícios da gestão de camas	Implementação de processos de gestão de camas Mapa diário de vagas e possíveis altas; disponibilização das camas independentemente da especialidade <i>"É necessário que se implemente a equipa de gestão de camas, com profissionais dedicados, para que se possa gerir as camas de uma forma mais holística para corresponder às reais necessidades do SU."</i>		
Articulação com os cuidados de saúde primários	Realização de protocolos de articulação com os cuidados de saúde primários. Envio de email para o médico e/ou enfermeiro de família. <i>"O PA não termina quando da alta do utente, é necessário planear os cuidados que vai ter no pós alta, o seguimento com o seu médico de família." "Nos utentes mais complexos é necessário que haja um contacto quase imediato das equipas dos cuidados de saúde primários."</i>		

3.3.3. Discussão dos resultados – Profissionais de Saúde

De uma forma global, a caracterização dos profissionais de saúde que responderam ao questionário apresenta as seguintes particularidades: são maioritariamente enfermeiros (69,2%), mulheres (81%), com 1 a 20 anos de profissão (75%) e licenciados (75%). Percebe-se o domínio do sexo feminino, pois desde a antiguidade foram as mulheres que sempre estiveram acostumadas a cuidar, sendo o sexo predominante a trabalhar nos hospitais, bem como na profissão de enfermagem, sendo estes últimos, a profissão com mais profissionais nos hospitais (Fontana et al., 2017; SNS, 2023). A amostra apresenta 49 profissionais com licenciatura, 32 profissionais com apenas 10 anos de profissão e 15 profissionais com cerca de 20 anos de profissão.

Relativamente à tipologia de serviço e admissão, 93,8% dos profissionais consideraram um Serviço médico, sendo que os restantes 6,2% identificam como um Serviço médico-cirúrgico e/ou outros. Estas respostas, obtidas nos questionários médicos, foram consideradas válidas para o estudo pois estes profissionais de saúde (médicos) além de trabalharem nos Serviços de medicina também efetuam a sua prática clínica no SU, pelo que foram considerados válidos os questionários que responderam admissão eletiva e outra tipologia de admissão.

Quando analisada a implicação que a natureza da admissão tem no sucesso da alta, 50,7% responderam que frequentemente, (36,9%) que muito frequentemente e (13,8) existe real implicação. No estudo de Ramos (2015), os utentes que foram internados de forma urgente permaneceram em média internados mais 4,6 dias, dada a imprevisibilidade da situação. Nestas situações ainda se torna mais importante a preparação da alta logo na admissão do utente por todos os elementos da equipa multidisciplinar. Um utente, que seja internado de forma eletiva, deverá, antes do internamento, ter a sua situação social avaliada, bem como, devem ser contempladas as necessidades do utente aquando da alta e efetuada, quando necessário, a capacitação do seu cuidador. Apesar de não apresentar grande expressividade estatística (apenas 36 respostas), quando questionados os profissionais sobre o início do PA nos utentes eletivos se era iniciado antes da cirurgia, 58,3% dos inquiridos refere que tal raramente ou nunca ocorre.

No que respeita a receber utentes com uma tipologia diferente daquela que é habitual receber para evitar aglomerados no SU, verifica-se que 46,2% dos inquiridos aceitaria receber frequentemente e (27,7%) muito frequentemente (18,5%) uma diferente tipologia de utentes. Esta questão remete-nos para o conceito de gestão de camas, que com o intuito de reduzir o número de utentes internados no SU e aumentar a taxa de ocupação dos serviços cirúrgicos que, muitas vezes, estão abaixo do expectável, apresenta entre outras estratégias, a transferência de utentes do foro médico para os Serviços de internamento Cirúrgicos, de

forma a aumentar a eficácia sem reduzir a qualidade dos cuidados (Carneiro, 2012). A pergunta 2 (5ª Parte) vem reforçar a ideia da transferência dos utentes para serviços de outra especialidade, onde cerca de 62% dos profissionais refere que esse tipo de transferência devia acontecer de forma frequente ou muito frequentemente.

Relativamente ao início do PA, toda a literatura analisada é unânime em relação a este ponto, referindo que o PA deve ter início aquando da admissão do utente, no caso dos utentes urgentes. No caso dos utentes eletivos a referência é que o PA deve ser iniciado antes no internamento, como já referido anteriormente (Ramos, 2015; Werner, 2017; Fernandes, 2018; Pereira & Petronilho, 2018; Lopes et al., 2019; Loureiro, 2020; Ibrahim et al., 2022; Department of Health and Social Care, 2022). Nesta investigação 47,7% dos profissionais referem que nunca (18,5%) ou raramente (29,2%) é dado início ao PA aquando da admissão do utente. O FG veio, também, reforçar esta ideia, salientando que é necessário um diagnóstico clínico e social, aquando do internamento, bem como, a perceção da capacidade funcional do utente. Contudo, como muitos utentes iniciam o seu internamento no espaço físico do SU, por não existirem camas nos SI, tentou aferir-se se o PA era iniciado durante o internamento no SU, onde 78,5% dos profissionais afirmam que nunca (40%) ou raramente (38,5%) é iniciado o PA. Para reforçar esta ideia, podemos observar as respostas à questão 12 (2ª parte) onde 57% dos profissionais refere que raramente ou nunca são pedidos ou marcados os exames necessários no SU, podendo isso vir a atrasar a alta do utente. A pergunta 1 (5ª Parte) vem fortalecer esta ideia onde 70,8% dos profissionais referem que nunca ou raramente o PA se inicia no SU.

Num PA concertado, a data da previsão de alta deve ser prevista logo após a admissão, sendo esta informação dada ao utente e cuidador. Contudo, se ocorrer alguma modificação ao planeamento inicial, o utente e o cuidador devem ser informados (Ramos, 2015; Machado & Machado, 2019). Nesta investigação, conclui-se que em cerca de 66% dos casos nunca ou raramente é efetuada uma previsão do dia da alta na admissão. Mas também, quando existe uma previsão da data da alta, a mesma nem sempre é cumprida, sendo que só 32,3% dos profissionais considera que esta ocorre de forma frequente ou muito frequente no cumprimento da data estabelecida (pergunta 7, 5ª Parte).

Relativamente às atividades que os profissionais referem que devem ser efetuadas perspetivando a alta do utente, as mesmas foram enquadradas em três temas: 1) os ensinamentos, 2) articulação com o cuidador, 3) reabilitação. A escassez de tempo para a realização de ensinamentos e o pouco envolvimento dos cuidadores foram dois itens referidos como obstáculos à alta durante o FG. Os ensinamentos visam transmitir ao utente e/ou cuidador um conjunto de conhecimentos que lhes permitam uma melhor autogestão da doença e adaptação aos novos papéis. A articulação com o cuidador permitirá um envolvimento e responsabilização do mesmo no PA, dando conta das necessidades sociais de forma mais precoce. A reabilitação

permitirá aumentar os níveis de autonomia do utente, reduzindo os custos em saúde e reinternamentos (Pereira, 2018; Martins & Santos, 2020). Contudo, apesar dos profissionais referirem muitas atividades que deveriam ser implementadas no processo de PA, 24,6% refere que raramente as efetua e 24,6% refere que as efetua algumas vezes.

Aquando da observação das respostas às questões 7 a 9 e 11, adquire-se uma ideia da perspetiva que os profissionais têm sobre o que é feito no seu serviço em relação às diferentes atividades do PA, concomitantemente com o que já foi analisado até agora. Cerca de 70%, refere que somente preenche o item Alta (no processo clínico) na véspera da alta do utente. 57% dos profissionais afirma que os passos do processo de PA raramente ou nunca são efetuados no timing devido. A existência de uma PA realizado pela equipa multidisciplinar é para 53,8% dos profissionais uma atividade que raramente ou nunca ocorre. Quanto à comunicação entre os diferentes profissionais intervenientes no PA, cerca de 54% dos profissionais assume que raramente ou nunca ocorre uma comunicação adequada. A problemática da comunicação entre a equipa multidisciplinar foi, a par com a indefinição de papéis dos profissionais, apresentada no FG como um dos obstáculos para a alta hospitalar. Ao observarem-se estes dados é possível admitir que os Serviços de Medicina no CHO ainda têm um longo caminho a percorrer no que se refere ao PA. Estas inquietações vão ao encontro das referidas no estudo de Grimmer et al. (1999) que incluíam má comunicação e coordenação entre a equipa multidisciplinar, documentação insuficiente no processo clínico e falta de processos formais de PA.

Quando questionados sobre quem são os profissionais envolvidos na alta do utente, todos os profissionais referiram que os médicos estariam envolvidos, mas apenas 89, 3% e 84,7% dos profissionais refere o envolvimento dos enfermeiros e assistentes sociais, respetivamente. Ainda não se encontra enraizado que o PA e a alta do utente deverão ser uma decisão concertada entre os elementos da equipa multidisciplinar central (assistente social, enfermeiro e médico) podendo ter quando necessárias recomendações de outros profissionais de saúde, como por exemplo, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas da fala (Werner, 2017).

No que se refere aos apoios da comunidade, pode-se afirmar que todos os profissionais inquiridos têm conhecimento da existência de pelo menos três tipos de apoio: empresas de apoio domiciliário, centros de dia e lares. No entanto, 63% dos profissionais referem que raramente ou nunca é efetuado qualquer tipo de contacto com estes prestadores de serviços. Relativamente ao contacto com os CSP, acontece o mesmo. Mais de 68% dos profissionais refere que raramente ou nunca é efetuado algum contacto. Este facto pode aumentar as readmissões hospitalares, pelo que devem ser implementadas transições bem coordenadas entre os serviços de saúde (Hospital-CSP), reforçando a segurança e qualidade da transição de cuidados (Glette et al, 2019). O contacto com os CSP deve ser, segundo os profissionais no FG, uma das atividades inseridas no PA.

A responsabilidade da alta do utente deve ser dos vários intervenientes do processo do PA, sejam eles os profissionais de saúde, o utente e/ou cuidador e a EGA. Contudo o utente/cuidador só poderá ser responsabilizado se for envolvido no processo de PA. Observando os dados obtidos, nunca ou raramente 69,3% dos profissionais considera que a responsabilidade da alta deva ser exclusivamente do hospital, frequentemente e muito frequentemente 84,6% dos profissionais consideram que o utente/cuidador deve ter responsabilidade no processo do PA, mas apenas 23,1% dos profissionais envolve frequentemente ou muito frequentemente o utente/cuidador no PA. Segundo Ibrahim et al. (2022), o envolvimento precoce e consistente do cuidador é fundamental no sucesso da alta hospitalar e acrescenta, também, que intervenções de PA que incluíam o ensino do utente/cuidador e a comunicação regular diminuía as taxas de readmissão hospitalar. Estas interações frequentes permitem ao utente/cuidador comunicar as suas necessidades e preparar o regresso a casa com antecedência.

A intervenção da EGA, de acordo com a legislação em vigor, apenas se refere aos utentes referenciados para a RNCCI e, no caso destes utentes, a EGA deve trabalhar em parceria com a equipa multidisciplinar do serviço onde o utente se encontra de forma a planear a alta, considerando as suas necessidades (Martins et al., 2018). Pelo que, quando questionados os profissionais sobre a intervenção da EGA, cerca de 63% refere que nunca ou raramente existe intervenção da EGA no PA.

No que se refere à comunicação existente com o cuidador, a percentagem de respostas no item “frequentemente” e “muito frequentemente” só é francamente expressiva (75,4%) 24 horas antes da alta, ou no dia da alta. Nas primeiras 24 horas, a percentagem de respostas nestes itens é de 30,7%, e quando questionados sobre a comunicação com o cuidador ao longo do internamento, apenas 27,7% assume fazê-lo de forma frequente ou muito frequente. Observando estes dados, mais uma vez, objetivamos a falta de contacto que existe entre o hospital e o cuidador do utente, ficando aquém daquilo que a literatura refere, que o hospital deve apresentar uma comunicação continuada e efetiva com o cuidador de forma a capacitá-lo e permitir um regresso a casa do utente o mais cedo possível (Ramos, 2015).

Tendo em conta a alta do utente, mais uma vez os profissionais referem que a alta é, quase exclusivamente, decidida pela equipa médica (69%). E que nunca ou raramente (52,3%) a alta é alvo de discussão entre a equipa multidisciplinar. Cerca de 68% dos profissionais referem só ter conhecimento do dia da alta, no dia da mesma. Analisando estes dados, que reforçam o que já atrás foi descrito, o CHO ainda se enquadra no modelo biomédico, com necessidade premente de mudança de paradigma, onde os elementos da equipa multidisciplinar sejam vistos de igual forma e com igual poder de decisão na alta do utente. Este modelo apresenta diversas limitações e consequências negativas para o bem-estar dos utentes e dos cuidadores, assim como, para os custos das instituições (Ramos,

2015). É de reforçar uma necessária transformação cultural, apoiada pela administração do hospital, que envolva o trabalho de equipa, colaboração e comunicação entre todos os membros da equipa de saúde, eliminando os silos organizacionais, responsabilizando e reforçando os processos de melhoria da capacidade de gestão (Smith, 2018).

Relativamente à referenciação para a assistente social, 35,4% dos profissionais refere que é efetuado no timing certo e 29,2% dos profissionais refere que é frequentemente feito no timing certo, podendo este valor ainda ser melhorado, visto que o contacto precoce com este elemento, tão importante quanto os outros elementos no PA, é fulcral para avaliar o estado social em que o utente/cuidador se encontra e apresentar ao cuidador quais os apoios existentes na comunidade.

Em relação à referenciação para a RNCCI, 35,4% dos profissionais mencionam que a referenciação é feita no timing certo, e 36,9% referem que frequentemente é realizada a referenciação na altura certa. Apesar de ser uma perspetiva positiva em relação a este tema, importa realçar que quanto mais cedo esta for efetuada melhor, visto que muitos utentes ficam a aguardar a vaga para a RNCCI no hospital, numa cama de agudos, inviabilizando a entrada de outros utentes e aumentando a pressão dos SU.

À observação das questões 3, 4 e 5 (5ª Parte) concluímos que a demora na transferência do utente para o serviço de internamento atrasa o PA de forma frequente e muito frequente (70,8%). A rotatividade e disponibilidade de camas para cerca de 74% dos profissionais interfere frequentemente e muito frequentemente na GA. 49,2% dos profissionais inquiridos revê a importância da EGC, e 38,5% considera frequentemente importante a existência da EGC. Esta ideia é reforçada pelo FG que ressalva a importância da implementação de uma EGC com profissionais dedicados. O setor hospitalar necessita de melhorar o desempenho da gestão para dar resposta à procura, sendo a gestão de camas um dos processos críticos que necessita de ser desenvolvido (Wasgen et al., 2019). Alguns autores referem que a implementação de um modelo teórico pode aumentar o número de utentes atendidos, através: 1) da redução do tempo de limpeza das camas (permitindo a alocação em menor tempo de outro utente), 2) a criação de salas de espera para utentes com alta clínica (que possibilita a ocupação por outro utente mais rapidamente) e 3) PA consertado, de forma a toda a equipa multidisciplinar ter conhecimento da fase de tratamento em que o utente se encontra, evitando atrasos, erros e diminuindo os dias de internamento (Machado & Machado, 2019; Wasgen et al., 2019; Borges et al., 2020).

No sentido de esclarecer quanto tempo os profissionais despendiam no PA do utente, observou-se que 48% dos profissionais considera despende cerca de 30 minutos a 1 hora com o PA, contudo 15% dos inquiridos refere que o tempo não é quantificável. Tendo em conta a necessidade de: 1) efetuar cada vez mais ensinamentos; 2) capacitar os cuidadores, 3) avaliar as necessidades dos utentes, compreendendo o facto de o tempo despendido com o PA

seja inquantificável, para que o mesmo seja eficaz. Com o objetivo de esclarecer de que forma os profissionais poderiam diminuir o tempo despendido no PA, efetuou-se a questão 6b (5ª Parte), e aferiu-se que alterações ao nível dos: 1) sistemas informáticos, 2) organização e planificação das atividades do PA, 3) apoio social e da comunidade, 4) comunicação e articulação entre a equipa, 5) recursos humanos (aumento), permitiriam reduzir o tempo despendido e, eventualmente, aumentar a eficácia do PA. Para cerca de 40% dos profissionais inquiridos o tempo dedicado ao PA não é considerado bem aproveitado, contra 36,9% que consideram que o tempo despendido é bem aproveitado. Importa, desta forma, refletir com os profissionais de saúde, sobre as implicações e ganhos que um PA bem estruturado, padronizado e eficaz pode trazer para a instituição, que cada vez apresenta maior dificuldade de escoar os utentes do SU (Ramos, 2015; Loureiro, 2020).

Quando questionados sobre os custos, 72,3% dos profissionais refere que a falta de PA aumenta os custos hospitalares. Verifica-se que é essencial implementar um processo padronizado de PA, a iniciar-se no momento da admissão e que envolva toda a equipa multidisciplinar, o utente e o cuidador, conseguindo, dessa forma, reduzir os custos com o internamento, os custos inerentes aos efeitos negativos que resultam da hospitalização (infecções hospitalares, e diminuição da autonomia) e, os custos dos reinternamentos (Ramos, 2015).

Quando os profissionais querem dar alta aos utentes surgem alguns problemas, que acabam por atrasar a alta e trazer maior insatisfação aos profissionais. Os problemas mais elencados são: falha na realização de ensinos, falta de planeamento, falta/falha na comunicação da equipa multidisciplinar, falta de conhecimento e ou capacidade do cuidador para receber o utente em casa. De forma a evitar estes problemas, os profissionais efetuaram sugestões de melhoria e as que apresentaram uma maior concordância foram: implementação de projetos de PA, com reuniões multidisciplinares e correta definição de papéis, associado a uma eficaz comunicação e trabalho de equipa. Todos estes pressupostos vão de encontro ao que a revisão da literatura efetuada apresenta.

Os FG identificaram vários obstáculos que dificultam o processo de GA, os quais incluem a falta de comunicação e coordenação entre a equipa multidisciplinar, a indefinição de funções e responsabilidades e a falta de um diagnóstico social atempado, baixa literacia em saúde e, escassez de tempo para a educação em saúde. Além disso, existem limitações de fatores internos e externos, tais como a falta de camas e de profissionais médicos, uma elevada dependência de parceiros externos para a realização de exames complementares de diagnóstico. Para ultrapassar estes obstáculos, os FG propuseram várias soluções, incluindo a necessidade de uma abordagem de equipa multidisciplinar, a utilização de sistemas de informação integrados para acompanhar a evolução dos utentes e a implementação de um programa de planeamento da alta. Este programa deve definir intervenções e tarefas dos

profissionais, promover a otimização da comunicação, educar os cuidadores e coordenar com os prestadores de cuidados de saúde primários. A formação dos profissionais sobre os critérios de referenciação e das respostas existentes na comunidade é, também, essencial.

A implementação de estratégias para uma GA, mais eficaz, é essencial para garantir uma transição segura do paciente do hospital para o domicílio. Os resultados indicam que reuniões bissemanais multidisciplinares são uma boa opção para delinear um plano para os utentes entrados. Além disso, é importante integrar ativamente o cuidador no planeamento de alta e capacitá-lo, ao longo do internamento. Esta ideia vai ao encontro da opinião de alguns autores como Querido et al. (2020) e Rodakowski et al. (2017). A *checklist* de necessidades do utente foi considerada uma ferramenta útil. Esta deveria responder às necessidades do utente ao longo do internamento e, permitiria garantir que todos os profissionais estivessem cientes das necessidades do paciente. Este tipo de *checklist* é referida no *IDEAL Discharge Plannig* (Agency for Healthcare Research and Quality, 2017), como sendo considerada uma mais valia no processo.

Outras estratégias, como a ocorrência de altas no período da manhã e ao fim de semana foram consideradas, pelos profissionais do FG, opções válidas para responder às necessidades do SU. Estas estratégias são corroboradas por Wertheimer et al. (2014) e por Au, et al. (2019). Foi sugerida a implementação de uma equipa de gestão de camas, com um mapa diário de vagas e possíveis altas, bem como, a disponibilização de camas, independentemente da especialidade, pode ajudar a gerir as camas de forma mais abrangente, suprimindo as carências do SU e indo ao encontro do descrito por Noonan et al., (2019).

Além disso, foi dado, também, enfoque à articulação que deveria ser implementada com os cuidados de saúde primários, para que houvesse um seguimento do paciente após a alta e se evitassem possíveis readmissões (Agency for Healthcare Research & Quality, 2013).

Em suma, uma GA eficaz requer a implementação de várias estratégias, incluindo reuniões multidisciplinares bissemanais, integração ativa do cuidador, *checklist* de necessidades do utente, altas no período da manhã e ao fim de semana, processos de gestão de camas e articulação com os cuidados de saúde primários. A abordagem aos obstáculos apresentados e a implementação das soluções propostas podem melhorar a qualidade dos cuidados e os resultados, reduzindo os tempos de internamento e as readmissões.

CAPÍTULO 4 – MODELO DE PLANEAMENTO DE ALTAS

4.1. O Modelo Proposto

A Figura 8 representa um modelo que apresenta as diversas atividades que devem ser incluídas no complexo planeamento da alta hospitalar. Não é possível estabelecer uma ordem cronológica para as mesmas porque algumas das atividades devem decorrer em simultâneo.

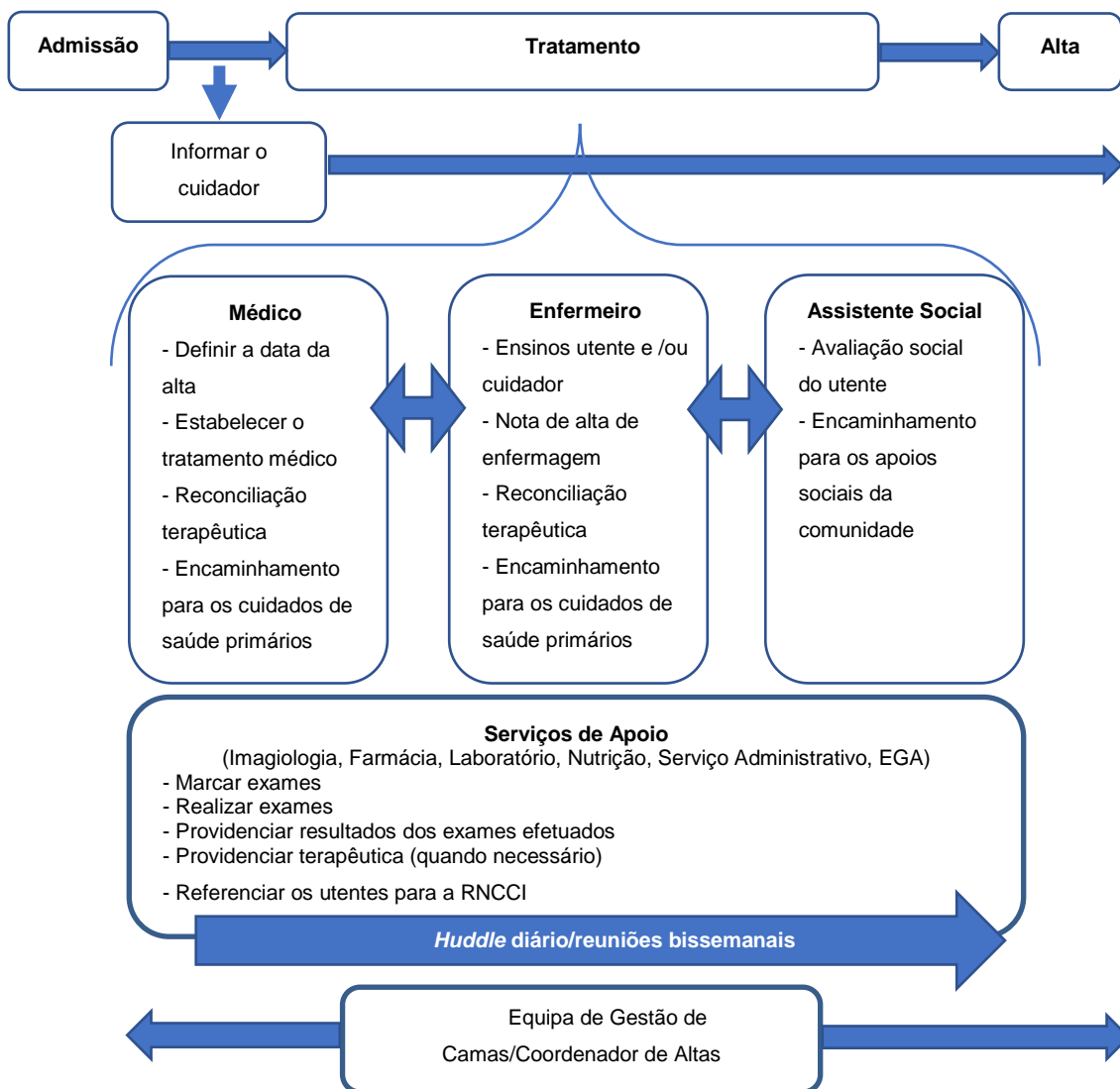


Figura 8 - Proposta de modelo de planeamento da alta hospitalar (autor).

A comunicação será o elemento crítico para que o planeamento decorra sem obstáculos. Desta forma, é necessário munir os profissionais de saúde de ferramentas para melhorar o seu conhecimento sobre comunicação. Importa não só melhorar a comunicação entre os profissionais, mas também, melhorá-la com os utentes e os seus cuidadores. A comunicação

com os cuidadores deve ser iniciada quando existe a decisão de internar o seu familiar e mantida ao longo do internamento, seja de forma presencial ou via telefónica.

Sugere-se que os serviços de internamento tenham nas suas equipas elementos designados para promover o planeamento de alta nos serviços. Pretende-se que estes elementos efetuem uma avaliação do utente e do seu cuidador, do ponto de vista da dependência funcional e da capacidade do cuidador de dar suporte após a alta hospitalar. Esta primeira avaliação permitirá delinear um planeamento de alta individualizado, tendo em conta as necessidades de cada utente e dos seus cuidadores, construindo-se relações de confiança entre os profissionais de saúde, o utente e o seu cuidador.

Uma vez definidas as funções dos diferentes profissionais, é necessário que a informação flua, pelo que, será importante, como alguns autores referem, a realização de reuniões e/ou *huddles*. Estas devem ocorrer junto de um quadro com a informação relativa ao utente (*whiteboard*), facilitando, assim, o acesso à informação necessária para a discussão multidisciplinar. As reuniões e/ou *huddles* devem incluir assistentes sociais, médicos, enfermeiros e um elemento de coordenação, de forma a definir-se um plano de alta individualizado para cada utente (Okoniewska et al. 2015; Nordmark et al. 2016; Pinelli et al. 2017).

Contrariamente ao que é esperado, existem inúmeras situações de alta protelada por razões de cariz social, pelo que, uma intervenção atempada, planeada e eficiente da assistente social é preponderante para a efetivação da alta hospitalar. Os assistentes sociais devem primar por averiguar, o mais precocemente possível, a situação social do utente, com o objetivo de apresentar respostas integradas, preventivas e adequadas aos utentes e seus cuidadores (Ferreira & Inês, 2018).

Em alguns hospitais, conforme já descrito, já existe a figura da EGC, que detém um papel importantíssimo na gestão das camas e contribui para uma melhor gestão das altas do hospital. Para além da avaliação diária das necessidades de internamento e da capacidade disponível, também, dinamiza as altas, através da realização de reuniões de serviço, por forma a agilizar a desocupação das camas e, efetuar a gestão de casos de internamentos sociais. Esta equipa, também, permite gerir de forma eficiente, reajustando os recursos disponíveis e a atividade programada em função dos picos de procura (Carneiro, 2012).

Nos serviços de internamento, o médico e o enfermeiro devem articular entre si o *timing* da realização das estratégias que compete a cada um. A reconciliação terapêutica e os ensinamentos são atividades que, na maioria das vezes, implicam a presença do cuidador mais do que uma vez, pelo que, é necessária uma comunicação eficaz entre estes profissionais para evitar que estas atividades ocorram apenas no fim do internamento.

É essencial existir uma comunicação entre os hospitais e os cuidados de saúde primários, permitindo assim que ocorra uma eficiente transição dos cuidados. Para tal, é necessário que

os profissionais dos hospitais tenham conhecimento das respostas que existem nos cuidados de saúde primários. Uma forma de ultrapassar o distanciamento que existe entre estas organizações do SNS é a realização de reuniões periódicas entre os responsáveis do planeamento da alta hospitalar e os responsáveis dos cuidados de saúde primários da zona de influência dos hospitais. A comunicação com os cuidados de saúde primários deve ocorrer antes da alta do utente, isto nos casos de maior dependência; seja por via email ou via telefónica (Chapin et al. 2014). Segundo a Organização Mundial de Saúde um planeamento de alta que envolva intervenientes do hospital e da comunidade leva a uma menor taxa de readmissões (Parker, 2005).

4.2. A saída do utente

A alta do utente tem, entre outras, interferência com a lotação dos serviços de urgência, pelo que, quanto mais cedo o utente sair, mais cedo a cama será limpa e mais cedo fica disponível para que outro utente possa recorrer a essa mesma cama. Alguns estudos referem que os utentes deveriam sair até às 12 horas, melhorando a eficácia da gestão de camas e reduzindo assim alguns custos hoteleiros como é o exemplo da alimentação. Contudo, para que tal aconteça, tem de ocorrer um melhor encadeamento de tarefas entre os profissionais de saúde e a sua comunicação. Do ponto de vista do cuidador, o regresso a casa de um utente é sempre um momento de algum receio e ansiedade. Por isso, quanto mais cedo o utente chegar a casa, mais tempo terá para se acomodar, avaliar as necessidades e, de forma atempada no resto do dia, dar resposta às mesmas (Wertheimer et al., 2014; El-Eid, et al. 2015; Werner, 2017).

A alta deverá, não só, ocorrer no período da manhã, mas, também, ao longo dos sete dias da semana, evitando a sobrelotação dos serviços de urgência ao fim de semana. Apesar de haver menos profissionais, no hospital, ao fim de semana, se existir um planeamento da alta concreto e eficaz, não haverá grande dispêndio de tempo com a alta do utente ao fim de semana. Também de referir que os utentes não têm piores resultados por terem alta ao fim de semana, não interferindo esse facto nas taxas de readmissão. Provavelmente, os únicos utentes que podem apresentar dificuldades em sair ao fim de semana são aqueles que necessitem de respostas sociais, que se apresentam substancialmente reduzidas ao fim de semana (Au et al. 2019).

A saída do utente deve ocorrer o mais precocemente possível. No entanto, devem estar asseguradas inúmeras premissas para evitar reinternamentos. É fulcral assegurar que o utente e/ou cuidador possam esclarecer as suas dúvidas e minimizar os seus receios inerentes ao regresso ao domicílio, facultando um contacto, ou implementando projetos de

monitorização após a alta (Victorian Government Health Information, 2010; Agency for Healthcare Research and Quality, 2017).

Contudo, o PA não termina com a saída do utente, este tem uma abrangência para além da estadia no hospital. É necessário validar o seguimento que o utente necessitará de ter após a alta, antes do mesmo sair, só assim conseguiremos reduzir a taxa de readmissão hospitalar.

Na tentativa de tornar este modelo de mais fácil entendimento e, indo ao encontro de toda a informação que foi recolhida junto dos intervenientes do planeamento de alta, cumpre efetuar uma tabela resumo das atividades que este modelo prevê (Figura 9). O modelo resulta da triangulação efetuada ao longo deste projeto, através da revisão da literatura, da informação fornecida pelos intervenientes e da análise da investigadora. Este pretende ser o contributo da investigadora para o processo de PA em vigor na instituição.

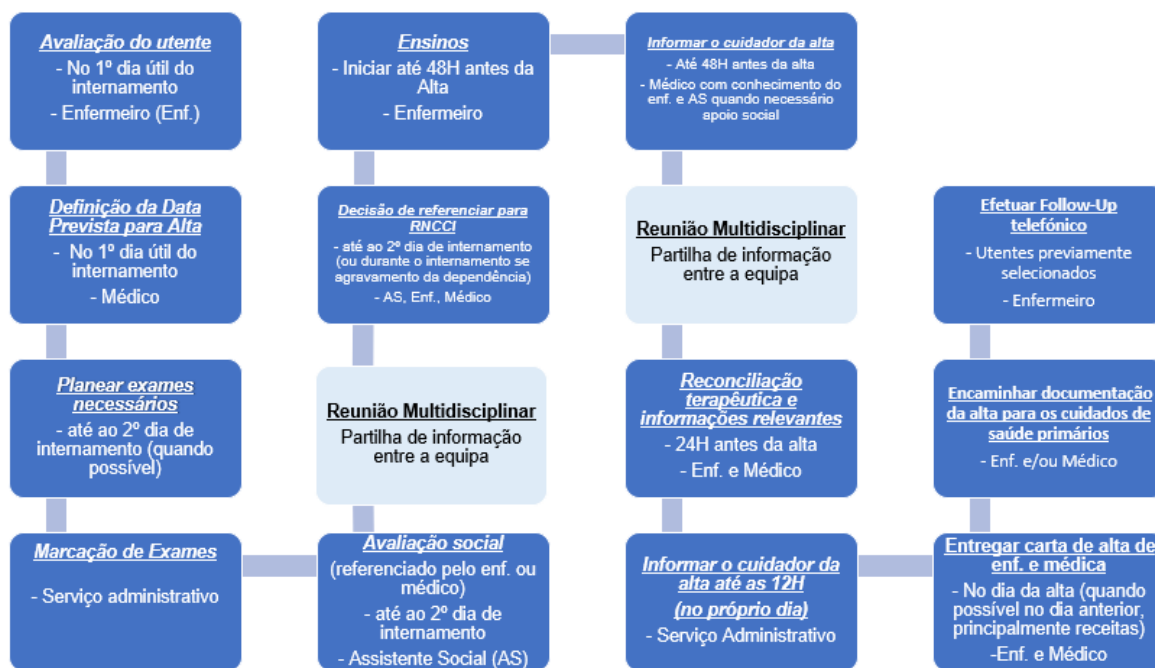


Figura 9 - Atividades do Planeamento de Alta (autor).

Importa reforçar que as etapas apresentadas, na Figura 9, só conseguem fluir se existir uma comunicação eficaz e articulação entre os diversos intervenientes do PA, se os SI permitirem o cruzamento de informação e, se os profissionais de saúde apresentarem idêntica formação no PA.

CONCLUSÕES

Os hospitais, enquanto organizações de saúde, necessitam de definir estratégias que deem resposta as exigências cada vez maiores da nossa sociedade, onde a sustentabilidade é indispensável para que se possa manter a acessibilidade, igualdade e qualidade dos cuidados de saúde.

Face à redução de camas hospitalares que tem ocorrido nas últimas décadas, à necessidade de melhorar os indicadores de desempenho e, ao envelhecimento da população, torna-se importante analisar as formas de reduzir o tempo de permanência dos utentes hospitalizados, efetuando a transição de uma forma segura e eficiente, evitando reinternamentos desnecessários.

O processo de GA é complexo e desafiante, mas determinante para a qualidade dos cuidados prestados e para a eficácia dos hospitais. Existem múltiplos estudos efetuados e sugestões de melhoria emanadas. Contudo, neste caso em específico, para que se possa delinear um processo de GA, é necessário avaliar a instituição, porque os contextos onde as instituições se inserem e as características da própria podem constituir limitações. Desta forma, esta investigação propôs-se avaliar o processo de GA do CHO, no âmbito de um processo de melhoria contínua.

Para efetuar a avaliação do processo de altas do CHO, foram inquiridos os cuidadores, utentes, e os profissionais de saúde, estes últimos de duas formas, através de um questionário e *focus group*. Foi após a análise dos seus contributos em conjugação com a literatura que se efetuou uma proposta de modelo de PA, tendo em conta as características da instituição.

Sobre o perfil do cuidador, o mesmo vai ao encontro daquele que é retratado pela literatura: ser do sexo feminino, de meia-idade, filho (a) e/ou conjugue da pessoa dependente. De uma forma global, podemos verificar que a escassez de informação sobre como conseguir efetuar as AVD, sobre como conseguir prestar os cuidados, sobre como preparar o dia-a-dia em casa, sobre os efeitos secundários da medicação, conduzem a uma preocupação com os cuidados a prestar ao utente, bem como, o pouco envolvimento no PA. O conhecimento da alta no próprio dia da mesma, pode estar associado à incapacidade de ter tempo para preparar o necessário para receber a pessoa dependente e, em última instância, atrasar a alta do utente.

Os profissionais de saúde inquiridos pertenciam às três unidades hospitalares do CHO, contudo, após análise, depreende-se que as problemáticas no PA são transversais. Apesar dos utentes iniciarem o seu internamento no SU, o PA não é iniciado durante essa estadia, nem mesmo quando chega ao serviço, sendo este um dos primeiros vetores da mudança.

Relativamente aos ensinamentos/formação e integração do cuidador no PA, apesar dos profissionais reconhecerem a sua importância, afirmam que nem sempre ocorrem e, quando

ocorrem, por exemplo ensinos, nem sempre os fazem da forma correta por não disporem de tempo para os mesmos ou por só saberem da alta no dia da mesma.

A comunicação e o trabalho em equipa são considerados por muitos autores duas premissas importantes para o sucesso do PA. Contudo, a comunicação é considerada pelos profissionais de saúde deficitária, não só entre os próprios, como também, com o cuidador. Também, eles consideram que não existe trabalho em equipa, não havendo discussão da alta entre os elementos da equipa multidisciplinar, sendo a alta decidida, quase de forma exclusiva, pela equipa médica, não refletindo a real necessidade do utente e/ou do cuidador. A indefinição clara da responsabilidade de cada elemento no PA pode contribuir para os défices da comunicação e a maior dificuldade no trabalho em equipa.

A responsabilidade da alta deve ser da responsabilidade de todos os elementos da equipa multidisciplinar e do utente/cuidador. Contudo, à data da alta é importante pensar-se na transição de cuidados e assegurar que a mesma se faça de forma segura e com qualidade, assegurando que o cuidador não fique sozinho na prestação dos cuidados à pessoa dependente. Ao contrário do que é feito neste momento, é importante agilizar o contacto com os CSP, com os apoios da comunidade para que estes possam estar alertas.

Os profissionais sugerem: 1) a melhoria dos sistemas informáticos, por forma a facilitar a partilha de informação; 2) a organização e planificação das atividades do PA; 3) a sinalização ao serviço social e contacto com os apoios da comunidade; 4) a comunicação e articulação entre a equipa multidisciplinar. Na perspetiva dos profissionais, estas sugestões levariam à redução do tempo despendido no PA.

Associada à GA, existe a gestão de camas, com diferentes teorias associadas, cada vez mais utilizada para dar resposta à rentabilização das camas hospitalares. Os dados relativos a este processo sugerem que os profissionais vêm importância na existência de uma equipa de gestão de camas, de forma a agilizar as transferências, mesmo que para serviços de especialidade diferente, podendo agilizar o PA.

Os profissionais assumem como pontos de melhoria: 1) a eficaz comunicação e trabalho de equipa; 2) implementação de projetos de PA, com reuniões multidisciplinares e correta definição de papéis; 3) previsão da data da alta, 24 horas após a admissão do utente. Todos estes pressupostos vão ao encontro do que é retratado na literatura.

A construção do modelo de PA baseou-se nas premissas descritas pela bibliografia analisada, nas informações obtidas com os cuidadores e com os profissionais de saúde. Tentou-se criar um modelo que incluísse a identificação das necessidades do utente após a alta; a definição da data prevista para a alta; a avaliação social do utente; o envolvimento do cuidador. Este modelo tenta, de uma forma sucinta, padronizar as atividades inerentes ao PA, visando o utente/cuidador e a equipa multidisciplinar. A apresentação do modelo refere as ações necessárias em cada etapa, facilitando a compreensão e papel de cada elemento da

equipa multidisciplinar, contudo o mesmo só funcionará com um trabalho de equipa concertado e comunicação eficaz entre todos.

Após o atrás descrito, espera-se que o modelo proposto possa ser utilizado como uma referência para o CHO, reduzindo os dias de internamento inapropriados, as readmissões desnecessárias, otimizando os recursos para permitir a manutenção da qualidade dos cuidados.

As limitações do estudo prendem-se com a reduzida amostra de utentes e cuidadores, dada a dependência de terceiros na recolha de dados relativa aos utentes. Consequentemente, a escassez de dados relativos aos utentes fez com que os mesmos fossem excluídos do estudo. Por seu lado, importa referir, que os utentes, que precisam de PA mais estruturado são os que manifestam um elevado nível de dependência e, nestes casos, estão dependentes dos cuidadores.

Em estudos futuros seria pertinente observar os ganhos obtidos após a aplicação do modelo proposto no CHO; também seria pertinente avaliar os ganhos que se obteria com a implementação de uma equipa de gestão de camas e qual o melhor modelo teórico a adaptar na Instituição.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACSS. (2018). *Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)*. Obtido em 17 de fevereiro de 2021, de Administração Central do Sistema de Saúde, IP: http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/07/Relatorio-de-Monitorizacao-RNCCI_2018.pdf
- ACSS. (2022). *Benchmarking Hospitais*. Obtido em 12 de 2022, de Administração Central do Sistema de Saúde, IP: <https://benchmarking-acss.min-saude.pt/>
- Agency for Healthcare Research & Quality. (2013). *Re-Engineered Discharge*. Obtido de Agency for Healthcare Research & Quality: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/publications/files/redtoolkit.pdf>
- Agency for Healthcare Research and Quality. (2017). *Care Transitions from Hospital to Home: IDEAL Discharge Planning - Implementation Handbook*. Obtido de https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/systems/hospital/engagingfamilies/strategy4/Strat4_Implement_Hndbook_508_v2.pdf
- Aguiar, R., Jacinto, M., & Abreu, T. (2015). Reinternamentos a 30 dias em Medicina Interna: Taxas e Factores de Risco. *Medicina Interna - Revista da Sociedade Portuguesa da Medicina Interna*, 22(2), pp. 63-66.
- Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares. (2022). *6ª Edição do Barómetro de Internamentos Sociais*. Obtido de Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares: https://apah.pt/wp-content/uploads/2022/05/APAH_6a-Edicao-BIS_Resultados_VF.pdf
- Au, J., Horwood, C., Hakendorf, P., & Thompson, C. (2019). Similar outcomes for general medicine patients discharged on any day of the week. *49(3)*, pp. 380-384.
- Benjamin, E. (2021). Understanding the work and decision-making strategies of bed management nurses: a systematic review. *Nursing Management*, 29(4).
- Borges, F., Bernardino, E., Stegani, M., & Tonini, N. (2020). Atuação de enfermeiros na gestão de leitos de um hospital de ensino. *Revista brasileira de enfermagem*, 73(4).
- Boulding, W., Glickman, S., Manary, M., Schulman, K., & Staelin, R. (2011). Relationship Between Patient Satisfaction With Inpatient Care and Hospital Readmission Within 30 Days. *The American journal of managed care*, 17(1), pp. 41-48.
- Brennan, J., Chan, T., Killeen, J., & Castillo, E. (2015). Inpatient readmissions and emergency department visits within 30 days of a hospital admission. *Western Journal of Emergency Medicine*, 16 (7), p. 1025.
- Caldeira, H. (2020). A sobrecarga do Cuidador Informal e o seu estado de humor. *Dissertação de Mestrado*. Escola Superior de Saúde do Politécnico da Guarda.

- Cam, H., Kempen, T., Eriksson, H., Abdulreda, K., Franzon, K., & Gillespie, U. (2021). Assessment of requests for medication-related follow-up after hospital discharge and the relation to unplanned hospital revisits in older patients a multicentre retrospective chart review. *BMC geriatrics*, 21, pp. 1-11.
- Carneiro, P. (2012). Avaliação da eficiência da equipa de gestão de camas no Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, E.P.E. . *Dissertação de Mestrado*. Portalegre: Instituto Politécnico de Portalegre: Escola Superior de Saúde de Portalegre.
- Carroll, Á., & Dowling, M. (2007). Discharge planning: communication, education and patient participation. *British Journal of Nursing*, 16(4), pp. 882-886.
- Carvalho, A. (2021). Perfil e sobrecarga dos cuidadores informais de utentes em ECCI: do conhecimento às intervenções em enfermagem. *Dissertação de Mestrado*. Escola Superior de Viseu do Politécnico de Viseu.
- Centro Hospitalar do Oeste EPE. (2022). Obtido em 1 de 2023, de <https://www.sns.gov.pt/entidades-de-saude/centro-hospitalar-oeste/>
- Centro Hospitalar do Oeste EPE. (2022). Relatório e Contas - 2021.
- Chapin, R., Chandran, D., Sergeant, J., & Koenig, T. (2014). Hospital to Community Transitions for Adults: Discharge Planners and Community Service Providers' Perspectives. *Social Work in Health Care*, 53(4), pp. 311-329.
- Conselho de Administração do Hospital Fernando Fonseca. (2010). *Relatório e Contas 2010*. Obtido em 16 de fevereiro de 2021, de Hospital Fernando Fonseca: https://hff.min-saude.pt/wp-content/uploads/2017/06/hff_relatorio_e_contas_2010.pdf
- Dadgari, A., Rahmani, P., & Mirrezaie, S. (2022). The Effect of Nursing Discharge Planning Program to Prevent Recurrent Falls, Readmission, and Length of Hospital Stay in the Aged Patients. *Topics in Geriatric Rehabilitation*, 38(4), pp. 277-284.
- Dadgari, A., Rahmani, P., & Mirrezaie, S. (2022). The Effect of Nursing Discharge Planning Program to Prevent Recurrent Falls, Readmission, and Length of Hospital Stay in the Aged Patients: A Randomized Controlled Trial. *Topics in Geriatric Rehabilitation*, 38(4), pp. 277-284.
- Dahl, U., Steinsbekk, A., Jenssen, S., & Johnsen, R. (2014). Hospital discharge of elderly patients to primary health care, with and without an intermediate care hospital - a qualitative study of health professionals' experiences. *International Journal of Integrated Care*, 14.
- Decreto-Lei n. 44/2018. (2018). Presidência do Conselho de Ministros. *Diário da República: Série I, nº 115/2018*. Obtido de <https://dre.pt/application/conteudo/115524263>
- Department of Health and Social Care. (31 de março de 2022). *Hospital Discharge and Community Support Guidance*. Obtido de GOV.UK:

- <https://www.gov.uk/government/publications/hospital-discharge-and-community-support-guidance>
- Direção-Geral da Saúde. (2017). Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. *Norma 001/2017*, 4.
- Direção-Geral de Saúde. (2004). *Planeamento da Alta do Doente com AVC*. Obtido em 18 de fevereiro de 2021, de Direção-Geral de Saúde: <https://servicosociaisauade.files.wordpress.com/2007/11/alta-avc.pdf>
- Dixe, M., Teixeira, L., Areosa, T., Frontini, R., Peralta, T., & Querido, A. (2019). Needs and skills of informal caregivers to care for a dependent person: a cross-sectional study. *BMC geriatrics*, *19*(1), pp. 1-9.
- El-Eid, G., Kaddoum, R., Tamim, H., & Hitti, E. (2015). Improving Hospital Discharge Time: a successful implementation of six sigma methodology. *Medicine*, *94*(12).
- Encarnação, S. V. (2019). Alocação de pacientes às camas num Hospital. *Dissertação*. Lisboa.
- Farkasa, J., Kadivecb, S., Kosnikb, M., & Lainscakc, M. (2011). Effectiveness of discharge-coordinator intervention in patients with chronic obstructive pulmonary disease: study protocol of a randomized controlled clinical trial. *Respiratory medicine*, *105*, pp. S26-S30.
- Fernandes, J. A. (2018). Avaliação do impacto de uma abordagem Lean no Planeamento de Altas. *Dissertação de Mestrado*. Universidade do Porto - Faculdade de Economia.
- Ferreira, F., & Inês, M. (2018). Planeamento de alta hospitalar: perspetivas e reflexões acerca dos protelamentos sociais em Portugal. *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, *25*, pp. 33-50.
- Ferreira, P., Mendes, A., Fernandes, I., & Ferreira, R. (2011). Tradução e validação para a língua portuguesa do questionário de planeamento da Alta (PREPARED). *Revista de Enfermagem Referência*, *3*(5), pp. 121-133.
- Fitz, S., Diegel-Vacek, L., & Mahoney, E. (2020). A Performance Improvement Initiative for Implementing an Evidence-Based Discharge Bundle for Lung Transplant Recipients. *Progress in Transplantation*, *30*(3), 281-285.
- Flesch, L., & Araujo, T. (2014). Alta Hospitalar de pacientes idosos: Necessidades e desafios do cuidado contínuo. *Estudo de Psicologia*, *19*(3), pp. 157-238.
- Fontana, G., Chesani, F., & Nalin, F. (2017). Percepções dos profissionais da saúde sobre o processo de alta hospitalar. *Revista da UNIFEDE*, *1*(21), pp. 137-156.
- Fundação Francisco Manuel dos Santos. (2020). *Camas em hospitais por 100 mil habitantes*. Obtido em 18 de fevereiro de 2021, de PORDATA: Base de Dados Portugal Contemporâneo: <https://www.pordata.pt/Europa/Camas+em+hospitais+por+100+mil+habitantes-1700>

- Glette, M., Kringeland, T., Røise, O., & Wiing, S. (2019). Hospital physicians' views on discharge and readmission processes: a qualitative study from Norway. *BMJ open*, 9(8).
- Gomes, J. (2020). Serviço Social em contexto hospitalar - Internamentos Prolongados. *Dissertação de Mestrado*. Universidade de Coimbra.
- Grimmer, K., Hedges, G., & Moss, J. (1999). Staff perceptions of discharge planning: A challenge for quality improvement. *Australian Health Review*, 22(3), pp. 95-109.
- Hammer, C., DePrez, B., White, J., Lewis, L., Straughen, S., & Buchheit, R. (2022). Enhancing Hospital-Wide patient flow to reduce Emergency Department crowding and Boarding. *Journal of Emergency Nursing*, 48(5), pp. 603-609.
- Henke, R. M., Karaca, Z., Jackson, P., Marder, W. D., & Wong, H. S. (2016). Discharge Planning and Hospital Readmissions. *Medical Care Research and Review*, 74(3), pp. 345-368.
- Hu, Y. D. (2021). Use of a Novel Patient-Flow Model to Optimize Hospital Bed Capacity for Medical Patients. *Hu, Y., Dong, J., Perry, O., Cyrus, R. M., Gravenor, S., & Schmidt, M. J. (2021). Use of The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 47(6), 354-363.
- Hunt-O'Connor, C. M. (2021). The effect of discharge planning on length of stay and readmission rates of older adults in acute hospitals: A systematic review and meta-analysis of systematic review. *Journal of Nursing Management*, 29(8), 2697-2706.
- Ibrahim, H., Harhara, T., Athar, S., Nair, S., & Kamour, A. (2022). Multi-Disciplinary Discharge Coordination Team to Overcome Discharge Barriers and Address the Risk of Delayed Discharges. *Risk management and healthcare policy*, 15, pp. 141-149.
- Instituto Nacional de Estatística. (2015). *Sistema de Metainformação*. Obtido em 17 de fevereiro de 2021, de Instituto Nacional de Estatística: <https://smi.ine.pt/Conceito/Detalhes/8461>
- Instituto Nacional de Estatística. (2019). *Estimativas de População Residente*. Obtido em 24 de fevereiro de 2021, de Instituto Nacional de Estatística: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=354227526&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt
- Khalifa, M. (2017). Reducing Length of Stay by Enhancing Patients' Discharge: A Practical Approach to Improve Hospital Efficiency. *ICIMTH*, pp. 157-160.
- Khanna, S., Sier, D., Boyle, J., & Zeitz, K. (2016). Discharge timeliness and its impact on hospital crowding. *Emergency Medicine Australasia*, 28, pp. 164-170.
- Kutz, A., Koch, D., Conca, A., Baechli, C., Haubitz, S., Regez, K., . . . Ehmman, T. (2022). Association of Interprofessional Discharge Planning Using an Electronic Health Record

- Tool With Hospital Length of Stay Among Patients with Multimorbidity: A Nonrandomized Controlled Trial. *JAMA Network Open*, 5(9), pp. e2233667-e2233667.
- Kutz, A., Koch, D., Conca, A., Baechli, C., Haubitz, S., Regez, K., . . . Hoess, C. (2019). Integrative hospital treatment in older patients to benchmark and improve outcome and length of stay—the In-HospiTOOL study. *BMC health services research*, 19(1), pp. 1-9.
- Lindner, G., & Woitok, B. (2021). Emergency department overcrowding. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 133(5), pp. 229-233.
- Lopes, H., Carlos, J., Rodrigues, M., Mestre, R., Santana, R., Matias, T., & Ribeiro, V. (2014). *Relatório do Grupo de Trabalho criado para a definição de proposta de metodologia de integração dos níveis de cuidados de saúde para Portugal Continental*. Ministério da Saúde.
- Lopes, V., Souza, M., Schwyzer, I., Vasconcelos, J., Dzikovicz, V., & Silva, I. (2019). Participação do enfermeiro no planejamento de alta hospitalar. *Rev. enferm. UFPE on line*, pp. 1142-1150.
- Loureiro, A. (2020). A Enfermagem de Reabilitação e o Planemanto da Alta Hospitalar. (E. S. Porto, Ed.) *Dissertação de Mestrado*.
- Lovett, P., Illg, M., & Sweeney, B. (2016). A Successful Model for a Comprehensive patient flow management center at an academic health system. *American Journal of Medical Quality*, 31(3), pp. 246-255.
- Machado, D., & Machado, A. (2019). A otimização do processo de gerenciamento de leitos e alta hospitalar. *Saúde Coletiva (Barueri)*, 9(50), pp. 1866-1872.
- Marques, C. (2005). Mudança Organizacional em Contexto Hospitalar: Um projeto de Palneamento de Altas. *Dissertação de Mestrado*. Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Martins, M., Aued, G., Ribeiro, O., Santos, M., Lacerda, M., & Bernardino, E. (2018). Gestão de alta para a continuidade do cuidado: experiência das Enfermeiras de Ligação de Portugal. *Cogitare Enfermagem*, 23(3).
- Martins, R., & Santos, C. (2020). Capacitação do cuidador informal: o papel dos enfermeiros no processo de gestão da doença. *Gestão e Desenvolvimento*, 28, pp. 117-137.
- Mitchell, S., Martin, J., Holmes, S., Lukas, C., Cancino, R., Paasche-Orlow, M., . . . Jack, B. (2016). How Hospitals Reengineer Their Discharge Processes to Reduce Readmissions. *Journal for healthcare quality: official publication of the National Association for Healthcare Quality*, 38(2), p. 116.
- New, P., McDougall, K., & Scroggie, P. (2016). Improving discharge planning communication between hospitals and patients. *Internal Medicine Journal*, 46(1), pp. 57-62.
- Noonan, F., O'Brien, J., Broderick, E., Richardson, I., & Walsh, J. (2019). Hospital Bed Management Practices: A Review. *HEALTHINF*, 326-331.

- Nordmark, S., Zingmark, K., & Lindberg, I. (2016). Process evaluation of discharge planning implementation in healthcare using normalization process theory. *BMC medical informatics and decision making*, 16(1), pp. 1-10.
- Okoniewska, B., Santana, M., Groshaus, H., Stajkovic, S., Cowles, J., Chakrovorty, D., & Ghali, W. (2015). Barriers to discharge in an acute care medical teaching unit: a qualitative analysis of health providers' perceptions. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 8, pp. 83-89.
- Ozavcia, G., Bucknalla, T., Woodward-Kronc, R., Hughesd, C., Jorme, C., Josepha, K., & Manias, E. (2021). A systematic review of older patients' experiences and perceptions of communication about managing medication across transitions of care. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 17(2), pp. 273-291.
- Parker, S. (2005). Do current discharge arrangements from inpatient hospital care for the elderly reduce readmission rates, the length of inpatient stay or mortality, or improve health status? *World Health Organization Regional Office for Europe*. Copenhagen. Obtido de https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/74670/E87542.pdf
- Peltonen, L.-M., McCallum, L., Siirala, E., Haataja, M., Lundgrén-Laine, H., Salanterä, S., & Lin, F. (2015). An Integrative Literature Review of Organisational Factors associated with admission and discharge delays in critical care. *BioMed research international*.
- Pereira, J. (2015). O Regresso a casa da pessoa dependente no autocuidado: Satisfação do familiar cuidador sobre o planeamento da Alta hospitalar. *Dissertação Mestrado*.
- Pereira, J., & Petronilho, F. (2018). Satisfação do familiar cuidador sobre o planeamento da alta hospitalar. *Revista Investigação em Enfermagem*, 22(2), pp. 42-55.
- Pereira, M. (2018). Cuidadores Informais: Dificuldades ao cuidar e necessidades de quem cuida. *Dissertação de Mestrado*. Escola Superior de Educação e Ciências Sociais do Instituto Politécnico de Portalegre.
- Petronilho, F., Pereira, C., Magalhães, A., Carvalho, D., Oliveira, J., Castro, P., & Machado, M. (2017). Evolução das pessoas dependentes no autocuidado acompanhadas na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. *Revista de Enfermagem Referência*, 14(4), pp. 39-48.
- Pimenta, G., Costa, M., Gonçalves, L., & Alvarez, Â. (2009). Perfil do familiar cuidador de idoso fragilizado em convívio doméstico da grande Região do Porto, Portugal. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43, pp. 609-614.
- Pinelli, V., Stuckey, H., & Gonzalo, J. (2017). Exploring challenges in the patient's discharge process from the internal medicine service: A qualitative study of patients' and providers' perceptions. *Journal of interprofessional care*, 31(5), pp. 566-574.

- Pocinho, R., Belo, P., Melo, C., Navarro-Pardo, E., & Muñoz, J. (2017). Relação entre o estado psicossocial do cuidador informal e o tempo de cuidado dos idosos da região centro de Portugal. *Educación y Humanismo*, 19(32), pp. 88-101.
- Portaria nº 174/2014. (2014). Ministérios das Finanças, da Saúde e da Solidariedade, Emprego e Segurança Social. *Diário da República*, 1º Série, nº 174, Série I de 20214/09/10.
- Portaria nº 276/2012. (2012). Ministério das Finanças e da Saúde. *Diário da República*: 1ª Série, nº 177. Obtido de <https://data.dre.pt/eli/port/276/2012/09/12/p/dre/pt/html>
- Proudlove, N., Boaden, R., & Jorgensen, J. (2007). Developing bed managers: the why and the how. *Journal of nursing management*, 15(1), 34-42.
- Querido, A., Laranjeira, C., & Dixe, M. (2020). Help2care: ehealth strategies for self care of users and caregivers based on Nightingale's work. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73, p. e20200358.
- Raffa, C., Malik, A. M., & Pinochet, L. H. (2017). O desafio de mapear variáveis na gestão de leitos em organizações hospitalares privadas. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*, 6(2), pp. 124-141.
- Ramos, S. A. (2015). A influência do Planemaneto da Alta Hospitalar o número de dias de internamento do doente. *Dissertação de Mestrado*. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.
- Ribeiro, J., Barreto, A., Varanda, J., Penedo, J., Caiado, J., Nunes, J., . . . Santos, T. (2011). *Relatório final do grupo Técnico para a reforma hospitalar*. Obtido em 16 de fevereiro de 2021, de Ministério da Saúde: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/05/Relat%C3%B3rio-final-do-Grupo-T%C3%A9cnico-para-a-Reforma-Hospitalar.pdf>
- Rodakowski, J., Rocco, P., Ortiz, M., Folb, B., Schulz, R., Morton, S., . . . James, E. (2017). Caregiver Integration during Discharge Planning of Older Adults to Reduce Resource Utilization: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Journal of the American Geriatrics Society*, 65(8), pp. 1748-1755.
- Santo, M. E., Belo, A., Almeida, V., Russo, C. J., & Gaspar, C. (2021). O ping-pong da pessoa mais velha: (Re)pensar a integração de Cuidados. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social*, 7(2), pp. 17-27.
- Santos, A. (2020). Readmissões hospitalares de pessoas com 65 e mais anos no Serviço de Urgência Geral (SUG) do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO). *Dissertação de Mestrado*. Lisboa: Universidade de Lisboa.
- Santos, G., & Ribeiro, T. (2021). A importância da Equipe de Enfermagem no cuidado de idosos dependentes pós-alta hospitalar. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, 7(10), pp. 2379-2403.

- Santos, G., Sousa, L., & Couto, P. S. (2016). Hospitalização de pessoas idosas: Espiritualidade, Risco de Dependência, Quedas e Readmissão. *Psicologia, Saúde & Doenças*, pp. 542-560.
- Sharma, G., Wong, D., Arnaoutakis, D., Shah, S., O'Brien, A., Ashley, S., & Ozaki, K. (2017). Systematic Identification and Management of Barriers to vascular surgery patient discharge time of day. *Journal of vascular surgery*, 65(1), pp. 172-178.
- Sharma, S., Rafferty, A., & Boiko, O. (2020). The role and contribution of nurses to patient flow management in acute hospitals: A systematic review of mixed methods studies. *International Journal of Nursing Studies*, 110(103709).
- Silva, G., Pompermaier, C., & Floriani, G. (2021). Plano de alta hospitalar no setor da cardiologia de um hospital referência no oeste de Santa Catarina. *Anuário Pesquisa e Extensão Unoesc Xanxerê*, 6, pp. e28009-e28009.
- Silva, I., Veloso, A., & Keating, J. (2014). Focus group: Considerações teóricas e metodológicas. *Revista Lusófona de Educação*, 26, pp. 175-190.
- Simbolon, S., & Hamid, A. (2019). The effectiveness of discharge planning stroke patient due to hypertension to improve patient satisfaction and independence. *Enfermeria clinica*, 29, 703-708.
- Smith, K. (2018). Implementation of the discharge hospitality center to reduce emergency department boarding: a quality improvement project. *Nursing Economics*, 36(6), p. 282.
- SNS. (2023). *Trabalhadores por grupo Profissional*. Obtido de Transparência: <https://transparencia.sns.gov.pt/explore/dataset/trabalhadores-por-grupo-profissional/table/?flg=pt&disjunctive.regiao&disjunctive.instituicao&sort=periodo>
- Tortorella, F., Ukanowicz, D., Douglas-Ntagha, P., Ray, R., & Triller, M. (2013). Improving Bed Turnover Time With a bed Management System. *The Journal of Nursing Administration*, 43(1), pp. 37-43.
- Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. (2008). *Manual de Planeamento Gestão de Altas*. Obtido em 17 de fevereiro de 2021, de Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados: http://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2018/05/Manual_Planeamento_Gestao_Altas.pdf
- Victorian Government Health Information. (2010). Victorian public hospital specialist clinics - Discharge guidelines. Obtido de https://content.health.vic.gov.au/sites/default/files/migrated/files/collections/policies-and-guidelines/d/discharge_guidelines---pdf.pdf
- Wasgen, A., Terres, M., & Machado, B. (2019). O impacto do gerenciamento de leitos na gestão hospitalar. *Revista Hospitalidade*, 16(2), pp. 31-49.

- Werner, S. (2017). Proposta de um modelo de Gestão para a Alta Hospitalar baseado na abordagem Lean. *Dissertação de Mestrado*. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina.
- Werner, S., Frazzon, E., & Forcellini, F. (2019). Análise da implementação de sistemas inteligentes para a Gestão da Alta Hospitalar. *Revista Gestão e Desenvolvimento*, 16(1), pp. 129-151.
- Wertheimer, B., Jacobs, R., Bailey, M., Holstein, S., Chafffield, S., Ohta, B., . . . Hochman, K. (2014). Discharge Before Noon: An Achievable Hospital Goal. *Journal of Hospital Medicine*, 9(4), pp. 210-214.
- Wong, S., Sharda, N., Zietlow, K., & Heflin, M. (2020). Planning for a safe Discharge: more than a capacity evaluation. *Journal of the American Geriatrics Society*, pp. 859-866.
- Younger, S. (2020). Advanced Practice Provider–Led Strategies to Improve Patient Discharge Timeliness. *Nursing Administration Quarterly*, 44(4), pp. 347-356.
- Zhu, Q.-M., Liu, J., & Wang, H.-Y. H. (2015). Effectiveness of nurse-led early discharge planning programmes for hospital inpatients with chronic disease or rehabilitation needs: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Nursing*, 24, pp. 2993-3005.

ANEXO A – AUTORIZAÇÃO PARA RECOLHA DE DADOS



APRECIÇÃO DO PEDIDO DE INTRODUÇÃO DE ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO NO CENTRO HOSPITALAR DO OESTE:

“AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE GESTÃO DE ALTAS – UMA CONTRIBUIÇÃO PARA A MELHORIA CONTINUA NOS SERVIÇOS MÉDICO-CIRÚRGICOS DO CENTRO HOSPITALAR DO OESTE”

Componente técnico-científico

Estudo descritivo e transversal.

Avalia a experiência dos doentes, cuidadores e profissionais do CHO na gestão das altas nos diversos serviços.

Registo obtido a partir de questionário preenchido por doentes, cuidadores e profissionais do CHO.

Investigadora principal: Enf.ª Ana Conceição, do serviço de Medicina de Caldas da Rainha. Estudo inserido num programa de Mestrado e orientado pela Prof. Doutora Sandra Oliveira da Escola Superior de Gestão e Tecnologia de Santarém.

Desenho de estudo adequado mas com pormenores por esclarecer, nomeadamente relativos à selecção da população e aplicação dos questionários.

Equipa científica adequada.

Componente ético-legal

Segue as normas de boas práticas em investigação e actuação em saúde.

Desconheço conflitos de interesse do CHOeste ou seus profissionais nesta data.

As dúvidas metodológicas não acarretam prejuízo para os participantes.

Impacto na comunidade

Aborda uma questão de saúde com relevância a nível local e eventualmente nacional

Impacto para o CHOeste

Importância e utilidade eventual para a melhoria da gestão dos cuidados a doentes internados.

Encargos financeiros

Sem custos previstos para o CHOeste.

Conclusão

Recomenda-se autorização para introdução do estudo no CHO.

Deve ter parecer pela Comissão de ética do CHO.

Podendo a autorização ser emitida desde já, a investigadora principal deve posteriormente entregar uma adenda informando:

- quem aplica o questionário, quando e como.

Torres Vedras, 29/01/2021

Araújo Martins

Director do Centro de Investigação em Saúde do CHOeste

Cristina Romão

De: ana catarina Conceição <enf.anaconceicao@gmail.com>
Enviado: 8 de dezembro de 2020 21:39
Para: Secretariado CA- CHOeste
Assunto: Pedido de autorização - recolha de dados
Anexos: Pedido autorização CA.pdf

C.H.O.		PROC.º	
N.º ENTRADA 15659		DATA 9 / 13 / 20 20	
<input type="checkbox"/> LICA	<input type="checkbox"/> SÁD	<input type="checkbox"/> SERVID. CA	<input type="checkbox"/> SERV. FINANC.
<input type="checkbox"/> VO. EXECUTIVO/A	<input type="checkbox"/> SERV. APROV.	<input type="checkbox"/> CLINICO	<input type="checkbox"/> SERV. FINANC.
<input type="checkbox"/> ENF. DIRECTOR/A	<input type="checkbox"/> SERV. PESSOAL	<input type="checkbox"/> ADM. HOSP.	<input type="checkbox"/> DEP. FORM.
<input type="checkbox"/> DIM	<input type="checkbox"/> SERV. GERAIS		

Boa noite

Sou enfermeira no CHO - Unidade de Caldas da Rainha, e encontro-me a frequentar o Mestrado de Gestão em Unidades de Saúde, pelo que envio em anexo o documento de pedido de autorização para recolha de dados no âmbito do Projeto Aplicado do Mestrado.

Agradeço que me informem da boa recepção deste email.

Com os melhores cumprimentos,

Ana Conceição

CHO
 CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO
 DELIBERAÇÃO 04 FEV. 2021

*O CA autoriza,
 devido a investigação
 a ser feita a confiabilidade
 dos dados e
 responder às questões
 relacionadas com a
 metodologia que
 consta do parecer
 do C. de Investigação.
 Devo ser remetida
 ao CHO a conclusão
 do estudo.*

C. Etica

- Parecer da Ces do CHO em anexo.
- Resposta no futuro.

11/01/2021

ff.

Elsa Baião
 Presidente do Conselho de Administração
 CENTRO HOSPITALAR OESTE, EPE

Helder Duarte de Almeida
 Vogal Executivo
 Centro Hospitalar do Oeste, EPE

Filomena Rodrigues
 Diretora Clínica
 CENTRO HOSPITALAR OESTE, EPE

Pedro Morais
 Vogal Executivo
 CENTRO HOSPITALAR OESTE, EPE

ANEXO B – PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE DO CHO



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

Centro Hospitalar do Oeste

Assunto: Pedido de autorização para recolha de dados no âmbito do Projeto Aplicado cujo tema é “Avaliação do Processo de Gestão de Altas – uma contribuição para a melhoria contínua nos Serviços Médico-Cirúrgicos do Centro Hospitalar do Oeste”.

Âmbito: projecto Aplicado do Mestrado de Gestão de Unidades de Saúde do Instituto Politécnico de Santarém.

Proponentes: Ana Conceição Rosinha (Investigadora Principal) e Professora Doutora Sandra Oliveira (Orientadora).

Objetivos e pressupostos:

Avaliar e compreender os processos de gestão de altas e gestão de camas que decorrem nos serviços médico-cirúrgicos. O pressuposto principal baseia-se na necessidade de aumentar a eficiência dos recursos existentes no sector da saúde, evitando a sobrelotação dos serviços de urgência, transferindo os doentes precocemente, dinamizando o planeamento, monitorização e efetivação de altas e reduzindo os custos.

Metodologia:

Recolha direta de dados através da resposta a Questionários (aplicada a utentes/cuidadores, a profissionais de saúde e a profissionais da Equipa de Gestão de Altas) por contacto telefónico ou email; realização de entrevistas semi-estruturadas aos Diretores dos Serviços de Internamento e Urgência, Enfermeiros Chefes e Assistentes Sociais (que serão gravadas); realização de *Focus group*.

Tendo em conta algumas dúvidas que surgiram aquando da análise dos documentos enviados à presente Comissão, nomeadamente no que diz respeito ao garante de aspectos éticos de adequação, confidencialidade e privacidade, foi realizado contacto



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



telefónico com a Investigadora Principal, a qual esclareceu devidamente os aspectos levantados, permanecendo ainda algumas dúvidas relacionadas com a concretização da metodologia referida, devido, essencialmente, aos constrangimentos relacionados com a pandemia por COVID-19.

Assim, e atendendo às devidas questões metodológicas e de garantia da confidencialidade dos dados recolhidos, a Comissão de Ética para a Saúde do CHO concorda com a participação do CHO no presente estudo.

Sugere-se ainda que seja solicitado e remetido ao Exmo. Conselho de Administração do CHO um resumo dos resultados obtidos no final da presente investigação.

À consideração do Exmo. Conselho de Administração

Caldas da Rainha, 28 de Dezembro de 2020

A Comissão de Ética do Centro Hospitalar do Oeste

ANEXO C – QUESTIONÁRIO VERSÃO PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
MESTRADO EM GESTÃO DE UNIDADES DE SAÚDE
QUESTIONÁRIO – PROFISSIONAIS DE SAÚDE



TÍTULO: Avaliação do processo de Gestão de Altas
INVESTIGADOR ORIENTADOR: Doutora Sandra Oliveira
INVESTIGADOR PRINCIPAL: Ana Conceição Rosinha, Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação
CONTACTO DO INVESTIGADOR PRINCIPAL: email – enf.anaconceicao@gmail.com
PERÍODO DE CONSERVAÇÃO: Os dados recolhidos serão apenas guardados até que os objetivos do estudo sejam alcançados, garantindo a sua destruição a posteriori.

Exmo. (a) Sr. (a)

O presente Questionário destina-se a recolher dados que servirão de suporte a uma investigação, no âmbito do Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde, a decorrer na Escola Superior de Gestão e Tecnologia de Santarém, cujo tema é “Avaliação do Processo de Gestão de altas – uma contribuição para a melhoria continua nos serviços Médicos do Centro Hospitalar do Oeste”. O objetivo deste questionário é avaliar o processo de Gestão de Altas que existe nos Serviços Médicos do Centro Hospitalar do Oeste.

Ficáramos muito gratos se aceitasse participar. Basta que nos conceda 15 minutos do seu tempo para responder. A sua colaboração é muito importante.

Note que não há respostas certas nem erradas – todas são corretas desde que correspondam ao que pensa e vivenciou.

CONSENTIMENTO INFORMADO E PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

Relativamente aos procedimentos éticos e formais, o grupo de investigadores compromete-se a assegurar que nenhuma informação individual, será divulgada. Os dados recolhidos serão tratados de forma global. A participação é voluntária, garantindo o direito à recusa ou desistência em qualquer momento do estudo. A realização do estudo não acarreta quaisquer encargos para a instituição nem para os participantes.

Muito obrigado pela sua colaboração.

Com os mais respeitosos cumprimentos,

Ana Conceição Rosinha

Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Declaro ter lido e compreendido este documento. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas.

CARACTERIZAÇÃO DOS INQUIRIDOS

Unidade Hospitalar	<input type="checkbox"/> Caldas da Rainha	<input type="checkbox"/> Peniche	<input type="checkbox"/> Torres Vedras
Serviço	_____		
Profissão	<input type="checkbox"/> Enfermeiro(a)	<input type="checkbox"/> Médico(a)	
Idade	<input type="checkbox"/> anos		
Género	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Feminino	
Anos de Serviço	<input type="checkbox"/> 1 a 10 anos	<input type="checkbox"/> 11 a 20 anos	<input type="checkbox"/> 21 a 30 <input type="checkbox"/> > 31
Escolaridade	<input type="checkbox"/> Bacharelato	<input type="checkbox"/> Licenciatura	<input type="checkbox"/> Mestrado <input type="checkbox"/> Doutoramento

De seguida ser-lhe-ão colocadas diversas questões, de várias tipologias, quando estiver na presença de uma escala (1 a 5) selecione com um círculo a sua opção, quando a questão apresentar várias respostas selecione com um X a(s) sua(s) opção(ões) e, por último, quando a resposta for de texto livre tente ser o mais sucinto(a) possível.

1ª PARTE

Relativamente ao seu serviço, diga-nos:						
Q1	Qual é a tipologia de utentes do seu serviço?	<input type="checkbox"/> Cirúrgico/Ortopédico	<input type="checkbox"/> Médico	<input type="checkbox"/> Crítico		
Q2	Qual é a tipologia de admissão dos utentes do seu serviço?	<input type="checkbox"/> Eletiva	<input type="checkbox"/> Urgência	Outra: _____		
Em relação às admissões no seu serviço.						
Q3	Considera que a natureza da admissão do utente tem alguma relação com o sucesso da alta.	1 Nunca	2 Raramente	3 Algumas vezes	4 Frequentemente	5 Muito frequente
Q4	De forma a evitar aglomerados de utentes internados no Serviço de Urgência, acharia correto receber no seu serviço utentes com uma tipologia diferente daquela que é habitual receber?	1 Nunca	2 Raramente	3 Algumas vezes	4 Frequentemente	5 Muito frequente

Fonte: adaptado de Grimmer, Hedges e Moss (1999); Glette, Kringeland, Roise e Wiig (2019).

2ª PARTE

Tendo em conta o planeamento da alta existente no seu serviço, responda às seguintes questões.						
Q1	O planeamento da alta é iniciado assim que o utente chega ao serviço?	1 Nunca	2 Raramente	3 Algumas vezes	4 Frequentemente	5 Muito frequente
Q2	O planeamento da alta é iniciado no Serviço de Urgência?	1 Nunca	2 Raramente	3 Algumas vezes	4 Frequentemente	5 Muito frequente
Q3	No caso do seu serviço receber utentes de forma eletiva (exemplo: cirurgia), o planeamento da alta inicia-se antes da cirurgia, por exemplo numa consulta?	1 Nunca	2 Raramente	3 Algumas vezes	4 Frequentemente	5 Muito frequente
Q4	Na admissão do utente é efetuada uma previsão para a data da alta?	1 Nunca	2 Raramente	3 Algumas vezes	4 Frequentemente	5 Muito frequente
Q5	Existe alguma atividade realizada com o utente/cuidador a pensar na alta do utente? Se sim, qual(is).	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Qual(is): _____ _____ _____		
Q6	Se respondeu, positivamente à alínea anterior, diga-nos qual a frequência dessas atividades. Se respondeu negativamente,	1 Nunca	2 Raramente	3 Algumas vezes	4 Frequentemente	5 Muito frequente

Avaliação do Processo de Gestão de Altas

	avance para a próxima questão.					
Q7	No processo clínico do utente, o item “Alta”, é preenchido ao longo do internamento, ou apenas na véspera da alta?	___Ao longo do internamento			___Na véspera da alta	
Q8	Olhando para o planeamento da alta, considera que os diferentes passos são realizados no timing correto?	1 Nunca	2 Raramente	3 Algumas vezes	4 Frequentemente	5 Muito frequente
Q9	O planeamento da alta é efetuado pela equipa multidisciplinar?	1 Nunca	2 Raramente	3 Algumas vezes	4 Frequentemente	5 Muito frequente
Q10	No seu serviço, quem são os profissionais envolvidos no planeamento da alta?	___Fisioterapeuta ___Assistente Social ___Médico ___Enfermeiro ___Nutricionista Outro (s): _____				
Q11	Considera que existe comunicação adequada entre os profissionais de saúde que intervêm no planeamento da alta?	1 Nunca	2 Raramente	3 Algumas vezes	4 Frequentemente	5 Muito frequente
Q12	Os exames necessários ao utente são pedidos/marcados ainda no SU?	1 Nunca	2 Raramente	3 Algumas vezes	4 Frequentemente	5 Muito frequente

Fonte: adaptado de Grimmer, Hedges e Mos, (1999); Glette, Kringeland, Roise e Wiig (2019).

3ª PARTE

Tendo em conta o utente/cuidador, e os apoios da comunidade, responda às seguintes questões.						
Q1	Quais são os recursos de apoio aos utentes, existes na comunidade, que conhece?	___Centros de dia ___Lares		___Empresas de apoio domiciliário Outro (s) _____		
Q2	É realizado algum contacto com os cuidados de saúde primários quando o utente tem alta?	1 Nunca	2 Raramente	3 Algumas vezes	4 Frequentemente	5 Muito frequente
Q3	Existe algum tipo de comunicação com os prestadores de cuidados de saúde da comunidade?	1 Nunca	2 Raramente	3 Algumas vezes	4 Frequentemente	5 Muito frequente
Q4	Considera que o utente/cuidador devem ter responsabilidade no planeamento da alta?	1 Nunca	2 Raramente	3 Algumas vezes	4 Frequentemente	5 Muito frequente
Q5	Considera que o hospital deve ser o único responsável em organizar a alta dos utentes?	1 Nunca	2 Raramente	3 Algumas vezes	4 Frequentemente	5 Muito frequente
Q6	A equipa de gestão de altas intervém no planeamento da alta?	1 Nunca	2 Raramente	3 Algumas vezes	4 Frequentemente	5 Muito frequente
Q7	O utentes/cuidadores são envolvidos no planeamento da alta?	1 Nunca	2 Raramente	3 Algumas vezes	4 Frequentemente	5 Muito frequente
A comunicação com os cuidadores, é efetuada:						
Q8	Nas primeiras 24h, após a admissão?	1 Nunca	2 Raramente	3 Algumas vezes	4 Frequentemente	5 Muito frequente
Q9	Ao longo do internamento, por iniciativa do serviço?	1 Nunca	2 Raramente	3 Algumas vezes	4 Frequentemente	5 Muito frequente
Q10	Nas 48h que antecedem a alta do utente?	1 Nunca	2 Raramente	3 Algumas vezes	4 Frequentemente	5 Muito frequente
Q11	Na alta do utente (24h antes da alta ou no dia da alta)?	1 Nunca	2 Raramente	3 Algumas vezes	4 Frequentemente	5 Muito frequente

Fonte: adaptado de Grimmer, Hedges e Moss (1999); Glette, Kringeland, Roise e Wiig (2019).

4ª PARTE

Perspetivando a alta do utente, diga-nos:						
Q1	No seu serviço a alta do utente é decidida exclusivamente pela equipa médica?	1 Nunca	2 Raramente	3 Algumas vezes	4 Frequentemente	5 Muito frequente

Q2	A alta do utente é discutida entre a equipa multidisciplinar?	1 Nunca	2 Raramente	3 Algumas vezes	4 Frequentemente	5 Muito frequente
Q3	Ocorre ter conhecimento da alta do utente apenas no dia da mesma?	1 Nunca	2 Raramente	3 Algumas vezes	4 Frequentemente	5 Muito frequente
Q4	Considera que os ensinamentos de enfermagem são efetuados de forma correta?	1 Nunca	2 Raramente	3 Algumas vezes	4 Frequentemente	5 Muito frequente
Q5	Considera que a referência para a assistente social é feita no timing correto?	1 Nunca	2 Raramente	3 Algumas vezes	4 Frequentemente	5 Muito frequente
Q6	Considera que a referência dos utentes para a RNCCI é feita no timing correto?	1 Nunca	2 Raramente	3 Algumas vezes	4 Frequentemente	5 Muito frequente

Fonte: adaptado de Grimmer, Hedges e Moss (1999); Glette, Kringeland, Roise e Wiig (2019)

5ª PARTE

Derivado da enorme procura dos serviços de saúde, os Serviços de Urgência (SU) não conseguem muitas vezes drenar os utentes para os serviços de internamento, ficando os utentes a aguardar pela transferência no SU. É fundamental as unidades hospitalares evitarem estes constrangimentos que ocorrem no SU, atualizando os seus processos de gestão de camas. Tendo em conta esta situação responda às questões.

Q1	O planeamento da alta destes utentes inicia-se ainda no SU?	1 Nunca	2 Raramente	3 Algumas vezes	4 Frequentemente	5 Muito frequente
Q2	Considera que estes utentes deveriam ser transferidos o mais precocemente possível, mesmo que fosse para um serviço de outra especialidade?	1 Nunca	2 Raramente	3 Algumas vezes	4 Frequentemente	5 Muito frequente
Q3	Considera que a demora na transferência destes utentes atrasa o planeamento da alta?	1 Nunca	2 Raramente	3 Algumas vezes	4 Frequentemente	5 Muito frequente
Q4	Considera que a rotatividade dos serviços de internamento e a disponibilidade de camas pode interferir no processo de gestão de altas.	1 Nunca	2 Raramente	3 Algumas vezes	4 Frequentemente	5 Muito frequente
Q5	Considera importante, ter uma equipa diariamente ligada à gestão de camas no Centro Hospitalar?	1 Nunca	2 Raramente	3 Algumas vezes	4 Frequentemente	5 Muito frequente

As camas dos hospitais, são um recurso escasso, pelo que a sua correta gestão é fundamental para a diminuição dos custos hospitalares.						
Q6	Quanto tempo depende (aproximadamente) com o planeamento da alta do utente?	<hr/> <hr/> <hr/>				
	Na sua opinião, o que poderia ajudar a diminuir o tempo despendido no planeamento da alta do utente?	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>				
Q7	No seu serviço, as previsões efetuadas para a alta são cumpridas?	1 Nunca	2 Raramente	3 Algumas vezes	4 Frequentemente	5 Muito frequente
Q8	Considera que o tempo dedicado ao planeamento da alta é bem aproveitado?	1 Nunca	2 Raramente	3 Algumas vezes	4 Frequentemente	5 Muito frequente
Q9	Na sua opinião o não planeamento da alta aumenta os custos para o hospital?	1 Nunca	2 Raramente	3 Algumas vezes	4 Frequentemente	5 Muito frequente

Fonte: adaptado de Grimmer, Hedges e Moss (1999); Glette, Kringeland, Roise e Wiig (2019).

6ª PARTE

Para finalizar, responda às seguintes questões:	
Q1	Quais são os problemas, mais frequentes, com que se depara quando quer dar alta a um utente?
	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
Q2	Quais considera serem as oportunidades de melhoria que gostaria de ver implementadas no processo de gestão de altas?
	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

Fonte: adaptado de Grimmer, Hedges e Moss (1999); Glette, Kringeland, Roise e Wiig (2019).

Muito obrigada!

ANEXO D – QUESTIONÁRIO VERSÃO PARA UTENTES



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
MESTRADO EM GESTÃO DE UNIDADES DE SAÚDE
QUESTIONÁRIO – VERSÃO UTENTES



TÍTULO: Avaliação do processo de Gestão de Altas
INVESTIGADOR ORIENTADOR: Doutora Sandra Oliveira
INVESTIGADOR PRINCIPAL: Ana Conceição Rosinha, Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação
CONTACTO DO INVESTIGADOR PRINCIPAL: email – enf.anaconceicao@gmail.com
PERÍODO DE CONSERVAÇÃO: Os dados recolhidos serão apenas guardados até que os objetivos do estudo sejam alcançados, garantindo a sua destruição a posteriori.

Exmo. (a) Sr. (a)

O presente Questionário destina-se a recolher dados que servirão de suporte a uma investigação, no âmbito do Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde, a decorrer na Escola Superior de Gestão e Tecnologia de Santarém, cujo tema é “Avaliação do Processo de Gestão de altas – uma contribuição para a melhoria continua nos Serviços Médicos do Centro Hospitalar do Oeste”. O objetivo deste questionário é avaliar o processo de Gestão de Altas que existe nos Serviços Médicos do Centro Hospitalar do Oeste.

Ficáramos muito gratos se aceitasse participar. Basta que nos conceda 15 minutos do seu tempo para responder. A sua colaboração é muito importante.

Note que não há respostas certas nem erradas – todas são corretas desde que correspondam ao que pensa e vivenciou.

CONSENTIMENTO INFORMADO E PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

Relativamente aos procedimentos éticos e formais, o grupo de investigadores compromete-se a assegurar que nenhuma informação individual, será divulgada. Os dados recolhidos serão tratados de forma global. A participação é voluntária, garantindo o direito à recusa ou desistência em qualquer momento do estudo. A realização do estudo não acarreta quaisquer encargos para a instituição nem para os participantes.

Muito obrigado pela sua colaboração.

Com os mais respeitosos cumprimentos,

Ana Conceição Rosinha

Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Declaro ter lido e compreendido este documento. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas.

CARACTERIZAÇÃO DOS INQUIRIDOS

Unidade Hospitalar	___ Caldas da Rainha	___ Peniche	___ Torres Vedras
Serviço	_____		
Género	___ Masculino	___ Feminino	
Idade	___ 21 a 40 anos	___ 41 a 60 anos	___ > 61
Hora da alta	___ 08:00-10:00 ___ 14:00-16:00	___ 10:00-12:00 ___ 16:00-18:00	___ 12:00-14:00 ___ Após as 18:00

De seguida ser-lhe-ão colocadas diversas questões, de várias tipologias, selecione com um círculo a sua opção, e, por último, quando a resposta for de texto livre tente ser o mais sucinto(a) possível.

1ª PARTE

Informação sobre as estruturas de apoio.					
Q1	Informação sobre como conseguir fazer AVD (Atividades de Vida Diária).	1 As necessárias	2 Algumas, não suficientes	3 Nenhumas	
Q2	Informação sobre existência de serviços comunitário.	1 As necessárias	2 Algumas, não suficientes	3 Nenhumas	4 O doente não necessita
Q3	Alguém arranjou serviços comunitários.	1 Sim	2 Não	3 Serviços já existiam	4 Serviços não necessários.
Q4	Informação sobre equipamento.	1 As necessárias	2 Algumas, não suficientes	3 Nenhumas	4 O doente não necessita
Q5	Alguém arranjou equipamento.	1 Sim	2 Não	3 Serviços já existiam	4 Serviços não necessários
Informação sobre medicação					
Q1	Informação sobre medicação a levar para casa.	1 As necessárias	2 Algumas, não suficientes	3 Nenhumas	4 Não tomou medicação
Q2	Informação sobre efeitos secundários da medicação.	1 As necessárias	2 Algumas, não suficientes	3 Nenhumas	4 Não tomou medicação
Q3	Foram dadas instruções por escrito sobre os medicamentos.	1 Sim	2 Não	3 Não tomou medicação	
Preparação para a reintegração.					
Q1	Informação para preparar o dia-a-dia em casa.	1 Sim	2 Não		
Q2	Preocupado com a execução das atividades diárias.	1 Sim	2 Não		

Controlo sobre as circunstâncias.				
Q1	Confiança para executar as tarefas diárias em casa.	1 Sim	2 Não sei bem	3 Não
Q2	Atraso no dia da alta do hospital.	1 Sim		2 Não

Fonte: Ferreira, Mendes, Fernandes e Ferreira (2011).

2ª PARTE

Relativamente à sua alta.					
Q1	Com que antecedência sobre do dia da sua alta?	1 dia antes	2 dias antes	3 dias antes	4 dias antes
Q2	Após saber quando ia ter alta, até ao dia da mesma, teve tempo para preparar tudo o que achava necessário?	1 Sim		2 Não	
Relativamente a todo o processo do planeamento da alta.					
Q1	Diga o que gostaria de ver alterado.	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>			
Q2	Refira quais os pontos positivos do processo.	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>			

Fonte: elaborado pela própria.

Muito obrigada!

ANEXO E – QUESTIONÁRIO VERSÃO PARA CUIDADORES



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
MESTRADO EM GESTÃO DE UNIDADES DE SAÚDE
QUESTIONÁRIO – VERSÃO CUIDADORES



TÍTULO: Avaliação do processo de Gestão de Altas
INVESTIGADOR ORIENTADOR: Doutora Sandra Oliveira
INVESTIGADOR PRINCIPAL: Ana Conceição Rosinha, Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação
CONTACTO DO INVESTIGADOR PRINCIPAL: email – enf.anaconceicao@gmail.com
PERÍODO DE CONSERVAÇÃO: Os dados recolhidos serão apenas guardados até que os objetivos do estudo sejam alcançados, garantindo a sua destruição a posteriori.

Exmo. (a) Sr. (a)

O presente Questionário destina-se a recolher dados que servirão de suporte a uma investigação, no âmbito do Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde, a decorrer na Escola Superior de Gestão e Tecnologia de Santarém, cujo tema é “Avaliação do Processo de Gestão de altas – uma contribuição para a melhoria continua nos Serviços Médicos do Centro Hospitalar do Oeste”. O objetivo deste questionário é avaliar o processo de Gestão de Altas que existe nos Serviços Médico do Centro Hospitalar do Oeste.

Ficáramos muito gratos se aceitasse participar. Basta que nos conceda 15 minutos do seu tempo para responder. A sua colaboração é muito importante.

Note que não há respostas certas nem erradas – todas são corretas desde que correspondam ao que pensa e vivenciou.

CONSENTIMENTO INFORMADO E PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

Relativamente aos procedimentos éticos e formais, o grupo de investigadores compromete-se a assegurar que nenhuma informação individual, será divulgada. Os dados recolhidos serão tratados de forma global. A participação é voluntária, garantindo o direito à recusa ou desistência em qualquer momento do estudo. A realização do estudo não acarreta quaisquer encargos para a instituição nem para os participantes.

Muito obrigado pela sua colaboração.

Com os mais respeitosos cumprimentos,

Ana Conceição Rosinha

Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Declaro ter lido e compreendido este documento. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas.

CARACTERIZAÇÃO DOS INQUIRIDOS

Unidade Hospitalar	<input type="checkbox"/> Caldas da Rainha	<input type="checkbox"/> Peniche	<input type="checkbox"/> Torres Vedras
Serviço	_____		
Género	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Feminino	
Grau de parentesco	<input type="checkbox"/> Cônjuge	<input type="checkbox"/> Filho(a)	<input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Nora/Genro <input type="checkbox"/> Outro
Idade	<input type="checkbox"/> 21 a 40 anos	<input type="checkbox"/> 41 a 60 anos	<input type="checkbox"/> > 61
Único Cuidador	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
Vive com o doente	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	

De seguida ser-lhe-ão colocadas diversas questões, de várias tipologias, seleccione com um círculo a sua opção, e, por último, quando a resposta for de texto livre tente ser o mais sucinto(a) possível.

1ª PARTE

Informação sobre as estruturas de apoio.					
Q1	Informação sobre como conseguir fazer AVD (Atividades de Vida Diária).	1 As necessárias	2 Algumas, não suficientes	3 Nenhumas	
Q2	Informação sobre existência de serviços comunitário.	1 As necessárias	2 Algumas, não suficientes	3 Nenhumas	4 O doente não necessita
Q3	Alguém arranhou serviços comunitários.	1 Sim	2 Não	3 Serviços já existiam	4 Serviços não necessários.
Q4	Informação sobre equipamento.	1 As necessárias	2 Algumas, não suficientes	3 Nenhumas	4 O doente não necessita
Q5	Alguém arranhou equipamento.	1 Sim	2 Não	3 Serviços já existiam	4 Serviços não necessários.
Informação sobre medicação					
Q1	Informação sobre medicação a levar para casa.	1 As necessárias	2 Algumas, não suficientes	3 Nenhumas	4 Não tomou medicação
Q2	Informação sobre efeitos secundários da medicação.	1 As necessárias	2 Algumas, não suficientes	3 Nenhumas	4 Não tomou medicação
Q3	Informação sobre como conseguir prestar cuidados.	1 As necessárias	2 Algumas, não suficientes	3 Nenhumas	

Preparação para a reintegração.				
Q1	Informação para preparar o dia-a-dia em casa.	1 Sim	2 Não	
Q2	Preocupação com os cuidados a prestar ao doente.	1 Sim	2 Não	
Controlo sobre as circunstâncias.				
Q1	Confiança para executar as tarefas diárias em casa.	1 Sim	2 Não sei bem	3 Não
Q2	Atraso no dia da alta do hospital.	1 Sim	2 Não	

Fonte: Ferreira, Mendes, Fernandes e Ferreira (2011).

2ª PARTE

Relativamente à sua alta.					
Q1	Com que antecedência sabe do dia da sua alta?	1 dia antes	2 dias antes	3 dias antes	4 dias antes
Q2	Após saber quando ia ter alta, até ao dia da mesma, teve tempo para preparar tudo o que achava necessário?	1 Sim		2 Não	
Relativamente a todo o processo do planeamento da alta.					
Q1	Diga o que gostaria de ver alterado no processo.	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>			
Q2	Refira quais os pontos positivos do processo.	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>			

Fonte: elaborado pela própria.

Muito obrigada!

ANEXO F – RESULTADOS DOS QUESTIONÁRIOS DOS UTENTES

No que concerne ao questionário efetuado aos utentes, foram analisadas um total de 14 respostas. Relativamente à caracterização dos inquiridos, 57,1% eram do sexo masculino e 42,9% do sexo feminino (Gráfico A1).

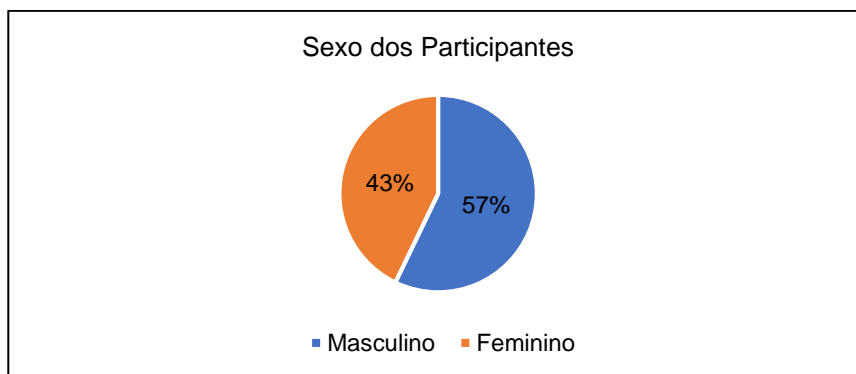


Gráfico A1 – Representação do sexo dos participantes nos questionários dos utentes.

Mais de 71% dos utentes internados têm idade igual ou superior a 61 anos, comparativamente com 21,4% com idades entre 21-40 anos e 7,1% entre 41-60 anos de idade. Mais de 64% dos utentes teve alta entre as 16-18h, comparativamente com 14,3% que teve alta entre 14-16h e 21,4% que teve alta entre 12-14h (Gráfico A2 e gráfico A3).

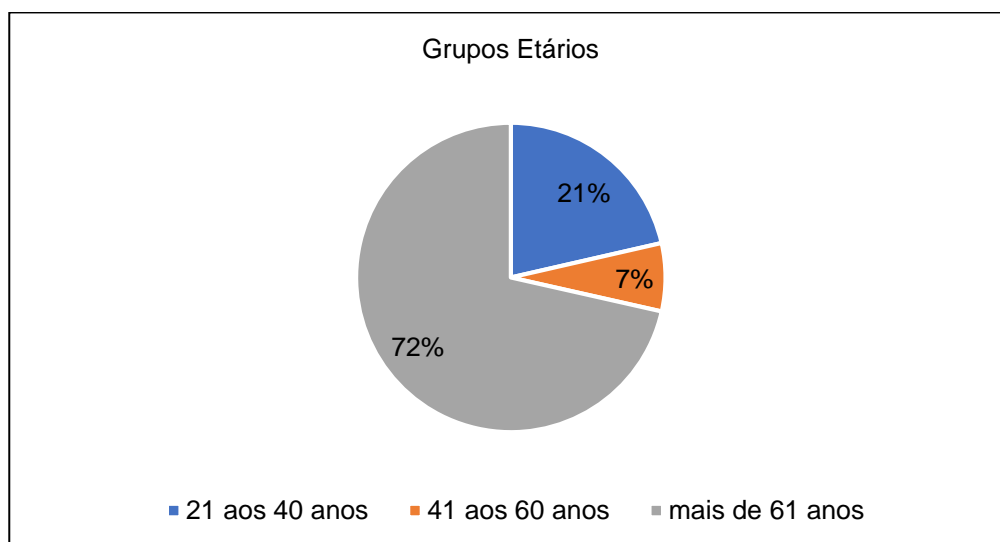


Gráfico A2 – Representação dos grupos etários nos questionários dos utentes.

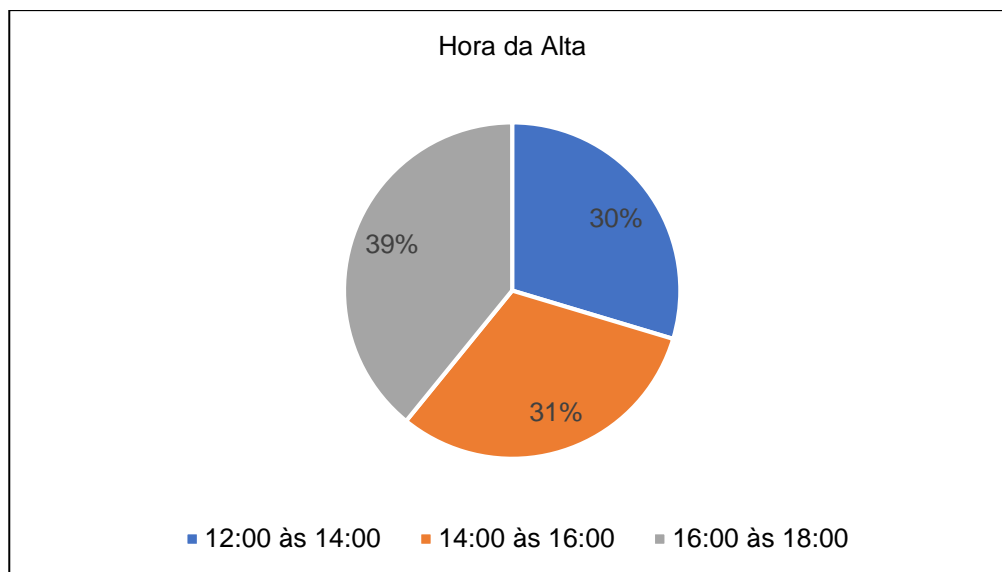


Gráfico A3 - Hora da Alta Hospitalar.

Da análise efetuada às respostas fornecidas pelos utentes, observa-se que no âmbito das informações **sobre estruturas de apoio**:

- 50% dos utentes considera que não são fornecidas informações sobre como conseguir realizar as atividades de vida diárias; 35,7% consideram que são fornecidas as informações necessárias. E 14,3% considera que as informações fornecidas não foram as suficientes.
- 14,3% dos utentes considera que não são fornecidas nenhuma informação sobre a existência de serviços comunitários e 7,1% consideram que são fornecidas as informações necessárias. 78,6% dos utentes não necessitavam desta informação.
- 21,4% procuraram e encontraram serviços comunitários e 71,4% dos utentes verifica que não necessita do serviço comunitário.
- 85,7% dos utentes constata que não necessita de informações sobre equipamentos; 7,1% dos utentes considera que não são fornecidas nenhuma informação sobre equipamentos e, também, 7,1% consideram que as informações fornecidas não foram as suficientes.
- 21,4% dos utentes arranhou equipamentos e 71,4% constata que não necessita de equipamentos.

No que concerne à **medicação dos utentes**:

- 42,9% dos utentes considera que foram fornecidas as informações necessárias sobre a medicação no ambulatório e 21,4% considera que não foram fornecidas nenhuma informação sobre a medicação em ambulatório, enquanto, 28,6% consideram que as informações fornecidas não foram as suficientes.

- 50% dos utentes considera que não foram fornecidas nenhuma informações sobre os efeitos secundários da medicação e 21,4% consideram que foram fornecidas as informações necessárias sobre os efeitos secundários da medicação. A mesma percentagem de 21,4% refere que as informações fornecidas não foram suficientes.
- 78,6% dos utentes constata que foram dadas instruções por escrito sobre os medicamentos, comparativamente com 21,4% que referem que não foram dadas instruções por escrito.

Tendo em vista a **preparação para a reintegração dos utentes:**

- 50% dos utentes considera que não foram dadas informações sobre como preparar o dia-a-dia em casa. 50% considera que foram dadas informações sobre a preparação do dia-a-dia em casa.
- 64,3% dos utentes manifesta preocupação com a execução das atividades de vida diárias.

Relativamente ao **controlo sobre as circunstâncias:**

- 71,4% dos utentes considera estar confiante para executar as tarefas diárias em casa, enquanto que 21,4% considera não saber se tem confiança para executar as tarefas diárias
- 71,4% dos utentes considera que não houve atraso no dia da alta hospitalar (Tabela A1).

Tabela A1 - Distribuição das respostas dos utentes, divididas pelos diferentes domínios em avaliação.

Domínio	Indicadores	Opções de Resposta	Utente	
			N	%
Informação sobre estruturas de apoio	Informação sobre como conseguir fazer AVD	As necessárias	5	35,7
		Algumas, não suficientes	2	14,3
		Nenhumas	7	50,0
	Informação sobre existência de serviços comunitários	As necessárias	1	7,1
		Algumas, não suficientes	0	0
		Nenhumas	2	14,3
		O doente não necessita	11	78,6
	Alguém arranhou serviços comunitários	Sim	3	21,4
		Não	1	7,1
		Serviços já existiam	0	0
		Serviços não necessários	10	71,4
	Informação sobre equipamento	As necessárias	0	0
		Algumas, não suficientes	1	7,1
		Nenhumas	1	7,1
		Serviços não necessários	12	85,7
	Alguém arranhou equipamento	Sim	3	21,4
Não		1	7,1	
Serviços já existiam		0	0	
Serviços não necessários		10	71,4	

Informação sobre medicação	Informação sobre medicação a levar para casa	As necessárias	6	42,9
		Algumas, não suficientes	4	28,6
		Nenhumas	3	21,4
		Não tomou medicação	1	7,1
	Informação sobre efeitos secundários da medicação	As necessárias	3	21,4
		Algumas, não suficientes	3	21,4
		Nenhumas	7	50,0
	Foram dadas instruções por escrito sobre os medicamentos	Sim	11	78,6
		Não	3	21,4
Não tomou medicação		0	0	
Preparação para a reintegração	Informação para preparar o dia-a-dia em casa	Sim	7	50,0
		Não	7	50,0
	Preocupação com a execução das atividades diárias	Sim	9	64,3
		Não	5	35,7
Controlo sobre as circunstâncias	Confiança para executar as tarefas diárias em casa	Sim	10	71,4
		Não sei bem	3	21,4
		Não	1	7,1
	Atraso no dia da alta do hospital	Sim	4	28,6
		Não	10	71,4

Relativamente à **alta hospitalar**, foi efetuada uma questão que pretendia saber com que antecedência sabia o utente da alta hospitalar e se achava que tinha tempo para preparar o seu regresso a casa e, desta forma, conseguimos observar que:

- 42,9% dos utentes refere que teve conhecimento da alta hospitalar do utente no próprio dia e 50% no dia antes.

- 78,6% dos cuidadores considera que teve tempo para preparar tudo o que achava necessário para o utente vir para casa, entre o momento em que soube da alta e a alta concretizada (Tabela A2).

Tabela A2 - Distribuição de respostas às perguntas 1 e 2, 2ª Parte.

Questão	Opções de Resposta	Cuidador	
		N	%
Conhecimento sobre o dia da alta	No próprio dia	6	42,9
	1 dia antes	7	50,0
	2 dias antes	1	7,1
	3 dias antes	0	0
Considera que teve tempo para preparar o seu regresso a casa desde o dia que teve conhecimento da alta até ao dia da mesma	Sim	11	78,6
	Não	3	21,4

Por fim, foram efetuadas duas questões abertas aos utentes para que pudessem expor o que gostariam de ver alterado no PA e referir quais os pontos positivos do processo, contudo

a quase totalidade dos utentes disse que não tinha nada a referir em ambas as questões. Há apenas uma resposta à primeira questão, que refere que:

- “Gostaria que me tivessem avisado com mais antecedência da minha alta, vivo sozinha e até este internamento tratava sozinha de tudo e agora já não consigo. Precisei de apoio domiciliário e ninguém me falou disso durante o internamento, foram as minha amigas que o fizeram, bem como um andarilho que agora utilizo, foram as senhoras do apoio domiciliário que me arranjaram. Penso que estas coisas deviam estar orientadas antes da alta”.

ANEXO G – GUIÃO DO FOCUS GROUP

Preparação Focus Group

- Convidar os peritos, elementos de diferentes classes profissionais, para participação no grupo de discussão com a devida antecedência;
- Elaborar o consentimento informado livre e esclarecido;
- Preparar a apresentação sumária do tema;
- Preparar as instalações e testar os meios técnicos de gravação áudio.

Realização Focus Group

Introdução

- Apresentar a mestrandia;
- Agradecer a presença de todos os participantes;
- Contextualizar o projeto aplicado;
- Informar e esclarecer sobre a técnica de recolha de dados *Focus Group*;
- Consultar os participantes sobre a gravação das discussões, assegurando a não divulgação da gravação que apenas servirá para análise de informação e obter consentimento informado livre e esclarecido;
- Destacar a importância da participação de todos no debate;
- Explicar a importância de regras de funcionamento do grupo:
 - Só uma pessoa fala de cada vez;
 - Evitar discussões paralelas para que todos possam participar;
 - Ninguém deve dominar a discussão;
 - Importância da participação de todos;
 - Devem manter a atenção e a discussão na temática em questão.

Objetivos

- Recolher dados essenciais, através da interação e discussão grupal, para a caracterização do problema e das necessidades existentes, com vista à elaboração do diagnóstico de situação;
- Compreender as perspetivas sobre o fenómeno em análise, por parte dos diferentes elementos do grupo;
- Identificar contributos importantes para minimizar ou resolver a problemática;
- Identificar estratégias para a otimização do modelo de gestão de altas.

Desenvolvimento

Questões gerais:

- Quais são os obstáculos existentes na gestão de altas?

Os obstáculos estão relacionados com outras classes profissionais, com o nível de dependência do doente, com a falta de resposta social ou desorganização interna?

Avaliação do Processo de Gestão de Altas

- Quando considera que deve ser iniciado o planeamento da alta?
Deve o mesmo ser iniciado ainda no Serviço de Urgência?
- Como podemos contribuir para melhorar o processo de gestão de altas?
Melhorar a comunicação? Definir melhor os papeis de cada classe profissional?
- Quais as estratégias que podem tornar a gestão de altas mais eficaz?
Sinalizar precocemente? Marcação de exames o mais precocemente possível? Reuniões semanais?
- Considera que a gestão de camas a nível hospitalar traria benefícios na gestão de altas?
Considera ser importante ter uma equipa de gestão de camas a trabalhar diariamente?
- Após a alta, identifica pertinência na articulação com os cuidados de saúde primários?
De que forma? Em que tipo de doentes/doenças?

Conclusão Focus Group:

- Terminar o *Focus Group*;
- Resumir as ideias principais percebidas;
- Agradecimentos finais.

ANEXO H – CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO

CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Ana Catarina M. dos Santos Conceição Rosinha, mestranda no Instituto Politécnico de Santarém no Curso de Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde, encontro-me a realizar um Projeto Aplicado cujo tema é “Avaliação do Processo de Gestão de Altas – uma contribuição para a melhoria contínua nos Serviços Médicos do Centro Hospitalar do Oeste”. Desta forma, venho solicitar a vossa participação voluntária num grupo de discussão – *Focus Group*, no sentido de recolher dados essenciais para a caracterização do problema e necessidades existentes, compreender as diferentes perspetivas sobre o fenómeno em análise e recolher contributos para o desenvolvimento do Projeto.

A sua participação é importante e não acarreta qualquer custo, sendo que o seu consentimento pode ser cancelado a qualquer momento, sem qualquer dano. Os dados serão apenas utilizados para os fins acima descritos e para redação do Projeto Aplicado, assegurando-se o anonimato e confidencialidade dos mesmos.

Agradeço a sua disponibilidade e estou à disposição para esclarecimento de qualquer dúvida (enf.anaconceicao@gmail.com).

Mestranda Ana Conceição

Eu _____ declaro ter lido e compreendido todas as informações presentes neste documento. Aceito participar no *Focus Group* e autorizo a gravação áudio.

Data - _____

Assinatura - _____