



e s c o l a s u p e r i o r d e  
e n f e r m a g e m  
d e c o i m b r a

---

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM  
COMUNITÁRIA**

**Continuidade de cuidados de enfermagem:  
Articulação entre hospital e centro de saúde**

**Custódia Sofia Santos Batista**

**Coimbra, Maio 2013**





e s c o l a s u p e r i o r d e  
e n f e r m a g e m  
d e c o i m b r a

---

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM  
COMUNITÁRIA**

**Continuidade de cuidados de enfermagem:  
Articulação entre hospital e centro de saúde**

**Custódia Sofia Santos Batista**

Orientador: Professor Doutor Rogério Manuel Clemente Rodrigues,  
Professor na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra  
para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Comunitária

**Coimbra, Maio 2013**



*“A ponte é uma passagem*

*P´rá outra margem*

*Desafio pairando sobre o rio*

*A ponte é uma miragem...”*

José Soares Martins



Dedico este trabalho a todas as pessoas que o permitiram!



## **Agradecimentos**

Ao Professor Doutor Rogério Manuel Clemente Rodrigues, pela sua disponibilidade, orientação e encaminhamento, tornando este trabalho exequível.

Aos enfermeiros que aceitaram fazer parte deste estudo.

Aos meus pais, Maria Antónia e Humberto, por serem simplesmente os melhores do mundo.

À minha irmã, Joana, por me apoiar e ajudar incondicionalmente sempre.

Aos meus familiares e amigos, que me apoiaram e estiveram sempre presentes sem reclamar da minha ausência.



## **SIGLAS**

**ACES** – Agrupamento de Centros de Saúde

**BCG** – vacina Bacillus Calmette-Guérin

**SIE** – Sistemas de Informação de Enfermagem

**CIPE** – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem



## RESUMO

Verifica-se hoje, perante a divisão estrutural dos serviços de saúde em hospitais e centros de saúde, que a comunicação entre estes é diminuta, havendo autores que a consideram mesmo inexistente. Resulta daqui uma resposta inadequada à necessidade de informação sentida pelos enfermeiros, dificultando a tomada de decisão e a continuidade de cuidados entre os dois contextos. A carta de alta de enfermagem, sendo um importante instrumento de comunicação entre as diferentes instituições de saúde, assume um papel relevante na melhoria da prestação de cuidados ao indivíduo.

Pretende-se identificar as necessidades de informação sentidas pelos enfermeiros do centro de saúde quando recebem utentes de serviços hospitalares, no sentido de perceber quais os conteúdos que devem constar de uma carta de alta de enfermagem, adequando a informação a ser transmitida. Desenvolvido sob uma abordagem qualitativa do tipo exploratório-descritivo, participaram no estudo treze enfermeiros a exercer funções em centros de saúde. Os dados foram recolhidos através de entrevista semi-estruturada e registados em suporte áudio, após consentimento dos participantes. A análise de dados foi realizada segundo Bardin (2011).

Foi possível identificar que a carta de alta de enfermagem é considerada de extrema importância para a continuidade dos cuidados, sendo que deve conter informação relativa ao episódio de internamento e também relativa à continuidade de cuidados. No entanto, mesmo existindo carta de alta ocorrem dificuldades nomeadamente na falta de informação objetiva. Quando não existe carta, as dificuldades surgem no desconhecimento do que aconteceu ao utente. O encaminhamento das cartas deve ser feito por correio electrónico e também em mão através do utente.

A carta de alta de enfermagem é um veículo singular para a transmissão de informação, enquanto não se concretiza a ligação em rede das instituições de saúde, pelo que a sua elaboração não deve ser descurada.



## **ABSTRACT**

Nowadays, the departmentalization of Portuguese health services into hospitals and community health services raises concerns in terms of the quality of the information conveyed between them. This is to such extent that some authors consider that this vital communication is in fact nonexistent. It follows an inadequate response to the information needs felt by nurses, difficult the assertive decision making and effective continuity of care between the two healthcare settings. The nursing discharge letter is seen as a crucial tool to ensure the adequate transmission of information between hospitals and community health services.

This study aims to identify the information needs experienced by community health services nurses when taking over the care of patients on hospital discharge. Also, to pinpoint what information should the nursing discharge letter, tailoring the information to be transmitted. Thirteen community health services nurses underwent a semi-structured interview for this exploratory-descriptive qualitative research. After consent being obtained, data was recorded in audio format. Analysis was performed accordance with Bardin (2011).

It was possible to identify the nursing discharge letter is considered extremely important for continuity of care, and should contain information relating to inpatient episode and also on the continuity of care. However, even existing discharge letter particular difficulties occur in the absence of objective information. When there is no letter, difficulties arise in ignorance of what happened to the wearer. The referral letters should be done by email and also by hand, by the wearer.

The nursing discharge letter is a unique vehicle for the transmission of information, while not realized the networking of health institutions, so their development should not be neglected.



## ÍNDICE DE QUADROS

	Pág.
<b>Quadro 1</b> - Dimensão 1: Importância que os enfermeiros atribuem à carta de alta de enfermagem .....	39
<b>Quadro 2</b> - Dimensão 2: Informação que a carta de alta de enfermagem deve conter .....	40
<b>Quadro 3</b> - Dimensão 3: Dificuldades sentidas pelo enfermeiro que recebe um utente após internamento hospitalar .....	42



## SUMÁRIO

	<b>Pág.</b>
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	19
<b>1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b> .....	21
1.1. INFORMAÇÃO DE ENFERMAGEM .....	21
1.2. A CONTINUIDADE DOS CUIDADOS .....	25
1.3. CARTA DE ALTA DE ENFERMAGEM .....	27
<b>2. METODOLOGIA</b> .....	31
2.1. CONTEXTO .....	32
2.2. PARTICIPANTES DO ESTUDO .....	32
2.3. RECOLHA DE DADOS .....	33
2.4. ANÁLISE DOS DADOS .....	34
2.5. QUESTÕES ÉTICAS .....	34
2.6. RIGOR DO ESTUDO .....	35
<b>3. RESULTADOS</b> .....	37
3.1. CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO .....	37
3.2. CARACTERIZAÇÃO DOS DADOS/RESULTADOS .....	38
<b>4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b> .....	43
4.1. IMPORTÂNCIA QUE OS ENFERMEIROS DO CENTRO DE SAÚDE ATRIBUEM À CARTA DE ALTA DE ENFERMAGEM .....	43
4.2. INFORMAÇÃO QUE A CARTA DE ALTA DE ENFERMAGEM DEVE CONTER .....	49
4.3. DIFICULDADES SENTIDAS PELO ENFERMEIRO QUE RECEBE UTENTE APÓS O INTERNAMENTO HOSPITALAR .....	57

<b>4.4. ENCAMINHAMENTO DA CARTA DE ALTA DE ENFERMAGEM .....</b>	<b>62</b>
<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>67</b>

#### **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

#### **ANEXOS**

ANEXO I – Parecer da Comissão de Ética da UICISA-E

#### **APÊNDICES**

Apêndice I – Guião da entrevista

Apêndice II – Transcrição das entrevistas

Apêndice III – Termo de consentimento livre e esclarecido

## INTRODUÇÃO

Atualmente a estrutura de serviços de saúde encontra-se dividida entre centros de saúde e hospitais e verifica-se que a comunicação entre estas instituições de saúde é escassa ou até mesmo inexistente (Sousa, Frade e Mendonça, 2005). Estes autores acrescentam ainda que a deficiente troca de informação entre as duas entidades, associada à forma como é disponibilizada “não permite uma resposta adequada às necessidades de informação sentidas pelos enfermeiros, dificultando a tomada de decisão em enfermagem para a continuidade de cuidados entre os diferentes contextos das práticas” (2005, p. 369).

Poucos são os estudos realizados na área da partilha de informação entre o hospital e o centro de saúde, bem como das necessidades sentidas pelos enfermeiros da comunidade quando têm utentes que recorrem ao hospital. Daí ter surgido este estudo. Também influenciou o facto de, ao trabalhar em contexto hospitalar, me questionar sobre o tipo de informação que é disponibilizada pelos enfermeiros dos cuidados especializados na carta de alta de enfermagem. Se essa informação é adequada, pertinente e se responde às necessidades realmente sentidas do outro lado da prestação de cuidados.

É objetivo deste estudo identificar as necessidades de informação sentidas pelos enfermeiros do centro de saúde quando recebem utentes de serviços hospitalares. A consecução deste objetivo vai permitir perceber o tipo de conteúdos que devem constar de uma carta de alta de enfermagem, para que a informação partilhada entre instituições não seja desadequada em termos das necessidades sentidas pelos enfermeiros dos centros de saúde.

Este estudo foi desenvolvido numa abordagem qualitativa, permitindo uma melhor perceção das experiências dos enfermeiros do centro de saúde, no contexto da continuidade da prestação de cuidados à pessoa após hospitalização.

Este trabalho estrutura-se em quatro capítulos: enquadramento teórico, metodologia, resultados e discussão dos resultados. No enquadramento teórico é feito o

levantamento dos temas mais relevantes para o estudo através de uma revisão bibliográfica. Seguidamente, na metodologia, é descrito o tipo de estudo, os participantes, o método de recolha de dados, a análise de dados, questões éticas e o rigor do estudo. Posteriormente são apresentados os resultados do estudo, nomeadamente a categorização feita aos conteúdos das entrevistas, seguido da respetiva discussão.

Como enfermeira a exercer funções em ambiente hospitalar, é meu propósito continuar a promover, como estratégia essencial à partilha de informação entre o hospital e o centro de saúde, a carta de alta de enfermagem, bem como a tentativa de melhorar a adequação dos conteúdos de informação da carta de alta no sentido de melhorar a continuidade de cuidados para benefício do utente.

## 1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste capítulo será apresentada uma revisão da literatura centrada nos temas considerados mais pertinentes ao enquadramento do estudo efetuado. Pretende-se abordar a importância da informação de enfermagem e a sua partilha no contexto da continuidade de cuidados, enquadrando a carta de alta de enfermagem na partilha da informação entre instituições de saúde.

### 1.1. INFORMAÇÃO DE ENFERMAGEM

Na sociedade atual, a informação ocupa um lugar de grande importância em todas as áreas, e a saúde não é exceção. Verifica-se uma crescente preocupação no desenvolvimento de sistemas de informação que permitam a rentabilização máxima dos serviços, no sentido de promover a qualidade dos cuidados prestados em saúde.

Aceder à informação gerada pela enfermagem é um imperativo básico que deve ser extensível a todos os profissionais de saúde pelo que emerge a necessidade de definir com clareza a informação que deve ser partilhada. Otimizar o fluxo de informação nas instituições de saúde é crucial como estratégia fundamental para a melhoria da qualidade de cuidados prestados ao utente e todos os profissionais de saúde devem ser consciencializados dessa necessidade (Sousa, Frade e Mendonça, 2005).

A informação pode ser definida como o conteúdo da comunicação humana, na medida em que “a comunicação é um ato de transmissão cujo produto é a informação...” (Lussato *apud* Pereira, 2009, p. 51).

A atividade de enfermagem, assenta na interação humana e por esse motivo está repleta de uma riqueza informativa notável. Este facto justifica a reflexão sobre a origem da informação que lhe está associada, a importância que dela pode ser retirada e os recursos e sistemas utilizados no seu manuseamento, gestão e armazenamento (Pereira, 2009).

A informação de enfermagem é hoje em dia considerada importante para a governação da saúde, não apenas no que diz respeito aos aspetos de natureza legal e ética dos sistemas de informação, como também, no que se refere às decisões clínicas, à continuidade e qualidade dos cuidados ao indivíduo e comunidade, à gestão, à formação, à investigação e aos processos de tomada de decisão (Ordem dos Enfermeiros, 2007).

Apesar do atual reconhecimento, a visibilidade dos cuidados de enfermagem nas estatísticas e relatórios oficiais de saúde é ainda insuficiente, o que dificulta a verificação do impacto dos mesmos nos ganhos em saúde das populações. O desenvolvimento de estruturas de partilha de informação e de articulação dos sistemas de informação em enfermagem (SIE), entre instituições, tem como objetivo fundamental melhorar significativamente e através da continuidade de cuidados, o acesso e a qualidade dos cuidados de enfermagem. A informatização e intercomunicabilidade dos sistemas de informação em enfermagem pretendem uma maior circulação e partilha de informação, com o aproveitamento das novas tecnologias para uma prestação de serviços ao cidadão mais rápida e de maior qualidade (*Idem*).

A informação de enfermagem é considerada um conjunto de dados relevantes para esta atividade profissional, que se refere à situação de saúde e social do utente. Verifica-se uma grande dificuldade em gerir a informação que resulta dos cuidados prestados pela enfermagem, sendo que essa dificuldade reside essencialmente na falta de meios que transformem os dados em informação visível e disponível. Uma vez que a enfermagem se baseia na interação entre pessoas, é caracterizada por grande riqueza informativa. A informação resultante dos registos de enfermagem deve ser objetiva por forma a não suscitar dúvidas ou interpretações erradas a quem as consulta (Pereira, 2009).

A prestação de cuidados de enfermagem de qualidade, exige a planificação dos mesmos uma vez que isto permitirá a continuidade dos cuidados. Os registos de enfermagem são considerados uma forma de comunicação intra e inter-equipas, permitindo o conhecimento claro de tudo o que se passa com o utente (Silva, 2010).

No entanto, a articulação entre diferentes contextos de cuidados de saúde, reflete uma estrutura de serviços dividida entre centros de saúde e hospitais, entre os quais a troca de informação é muito fraca ou até mesmo inexistente. O acesso à informação não se encontra ao alcance de todos os profissionais de forma útil, sendo que esta

deficiente articulação entre níveis de saúde, relacionada com o modo como essa informação é disponibilizada, impede a obtenção de respostas adequadas às necessidades de informação sentidas pelos enfermeiros. Este facto pode dificultar a tomada de decisão em enfermagem nomeadamente no que diz respeito à continuidade dos cuidados (Sousa, Frade e Mendonça, 2005).

Sousa *apud* Silva (2010) considera ainda que o sistema de partilha de informação de enfermagem entre diferentes níveis de saúde se efetua, atualmente, de forma unidirecional, normalmente do hospital para o centro de saúde. Essa informação tem essencialmente um carácter de referenciação, sendo que a partilha efetiva da informação se resume à utilização da “carta de alta”, entregue pelo enfermeiro ao utente no momento da alta clínica ou esporadicamente outro tipo de contactos tais como telefónicos ou por fax.

No que diz respeito à partilha de informação entre diferentes níveis de cuidados, a Lei de Bases da Saúde (Lei nº48/90, de 24 de Agosto) refere no capítulo II, base XIII que:

*“deve ser promovida a intensa articulação entre os vários níveis de cuidados de saúde, reservando a intervenção dos mais diferenciados para as situações deles carecidos e garantindo permanentemente a circulação recíproca e confidencial de informação clínica relevante sobre os utentes” (1990, p. 3454).*

Os enfermeiros são considerados, por muitos autores, trabalhadores do conhecimento uma vez que desenvolvem níveis consideráveis de atividade cognitiva na análise de dados e na utilização desses mesmos dados e sua interpretação, por forma a oferecer os melhores cuidados de saúde aos seus utentes. Desenvolvem continuamente processos complexos de informação com significado para a tomada de decisão clínica (Pereira, 2009).

Os cuidados de saúde estão em permanente evolução o que torna essencial e inevitável a necessidade de atualização dos sistemas de informação, para que sejam capazes de se “configurarem como instrumentos promotores de uma utilização da informação centrada, não na informação pela informação mas, na informação para a qualidade e otimização dos processos de gestão” (Pereira, 2009, p. 56).

A qualidade dos dados disponibilizados pelos sistemas de informação de enfermagem têm vindo a aumentar significativamente, sendo que o seu potencial máximo de utilização ainda não é alcançado como desejado. Isto porque os dados documentados são definidos pela fraca utilização de linguagem classificada e uniforme,

nomeadamente os dados que dizem respeito ao exercício profissional autónomo dos enfermeiros (Silva *apud* Pereira, 2009).

Segundo Silva (2010), a informação disponibilizada pelos sistemas de informação em enfermagem, por norma, permitem:

- *“Uma linguagem uniformizada para a identificação dos problemas do utente, promovendo uma comunicação eficaz;*
- *Auxiliam no planeamento e implementação das intervenções de enfermagem;*
- *Promovem a comunicação entre os diferentes turnos e serviços;*
- *Documentam as ações desenvolvidas, possibilitando a articulação com outras áreas clínicas;*
- *Facultam dados relevantes para a pesquisa em enfermagem;*
- *Orientam as avaliações;*
- *Fornecem informação sobre a prática da enfermagem o que permite influenciar a política de saúde” (2010, p. 24).*

É determinante que os profissionais de saúde valorizem a informação que produzem aquando do exercício das suas funções, através de registos efetivos que utilizem uma linguagem comum. A documentação em enfermagem é inseparável da prestação de cuidados, tanto para a sua individualização, como para a sua continuidade. À medida que se avança no uso de computadores, evoluem igualmente as aplicações informáticas dirigidas à prática profissional dos enfermeiros, estando a tecnologia inteiramente ligada a importantes mudanças, que contribuem para a melhoria na prestação de cuidados de saúde (Silva, 2010).

Por outro lado, o encanto pelas tecnologias tende a que se esqueça que o verdadeiro sentido da informação é informar. De nada serve um elevado número de computadores, nem tão pouco a tecnologia mais desenvolvida, se os utilizadores não estiverem interessados na informação que podem produzir. Verifica-se que a informação partilhada entre profissionais de enfermagem muitas vezes é pouco credível e pouco confiável, dado não existir interatividade entre serviços, no que diz respeito aos sistemas de informação e à utilização de uma linguagem comum (Davenport *apud* Sousa, Frade e Mendonça, 2005).

*“Por isso, inúmeras vezes, as decisões face às situações que requerem cuidados de enfermagem são tomadas sem as informações necessárias. As barreiras ao fluxo e partilha de informação são imensas, fazendo com que as informações que agregariam valor cheguem tarde de mais. Isto porque a informação que é relevante num determinado momento, pode deixar de o ser depois” (Idem, p. 369).*

Assim, é pertinente estabelecer entre os diferentes níveis de assistência em saúde novas relações que permitam criar novas pontes entre profissionais com vista à

partilha efetiva da informação de enfermagem pertinente à continuidade de cuidados (Davenport *apud* Sousa, Frade e Mendonça, 2005).

## 1.2. A CONTINUIDADE DOS CUIDADOS

O envelhecimento demográfico é uma realidade que se verifica em todo o mundo e em Portugal os números falam por si. Em 2011, Portugal apresentava cerca de 15% da população no grupo etário mais jovem (0-14 anos) e cerca de 19% da população tinha 65 ou mais anos de idade (INE, 2011).

De acordo com as projeções divulgadas em 2009, até 2060 a população jovem deverá diminuir dos 15,2% em 2009 para 11,9%, enquanto que a população idosa deverá crescer de 17,9% em 2009 para 32,3% em 2060. Verifica-se assim o contínuo envelhecimento demográfico, podendo o índice de envelhecimento aumentar de 118 em 2009 para 271 em 2060 (INE, 2010).

Associado ao envelhecimento demográfico, verifica-se um crescente aumento da dependência dos indivíduos e a conseqüente necessidade de cuidados no domicílio. Por outro lado, os internamentos hospitalares mais curtos numa perspetiva de gestão de recursos nos cuidados de saúde obrigam a uma maior sofisticação nos cuidados transitórios entre níveis de saúde, a começar pelo planeamento da alta hospitalar (Phipps *et al.*, *apud* Jesus, Silva e Andrade, 2005).

A referenciação de utentes para os cuidados de saúde primários, tem nos últimos anos, vindo a ganhar considerável relevo, constituindo um aspeto importante na avaliação dos cuidados prestados e sendo igualmente um indicador dos ganhos em saúde, no que diz respeito aos cuidados de enfermagem. Muitos dos esforços na contenção de custos são direcionados para a diminuição dos tempos de internamento hospitalar, o que se traduz num aumento de utentes dependentes e necessitados de cuidados no domicílio, muitas vezes inseridos em famílias e comunidades sem recursos humanos e económicos para cuidar (Silva *et al*, 2010).

Por seu lado, a enfermagem, assume cada vez mais, um papel essencial nos domínios da assistência ao indivíduo, quer em contexto hospitalar, quer em contexto comunitário. Nesta circunstância tem vindo a reforçar a sua posição nos cuidados de saúde primários, secundários e terciários, tomando a responsabilidade pela adequada conservação da saúde, prevenção da doença e promoção da reabilitação (*Idem*).

Para que seja praticável a continuidade de cuidados ao utente entre o hospital e o domicílio, cabe tanto aos serviços diferenciados dos hospitais, como aos serviços de saúde da comunidade, desempenharem funções no sentido de trabalharem em conjunto, reunindo esforços que levem à melhoria do processo de cuidar. Nenhum dos intervenientes é mais importante que o outro mas sim, todos são igualmente necessários para que todo o processo seja otimizado (Almeida, 1999).

A coordenação entre os diferentes níveis de assistência pode ser definida como a articulação entre os diversos serviços de saúde que permite, independentemente do local onde os cuidados são prestados, a sua sincronização e direção para um objetivo comum. Pretende-se uma rede entre os cuidados de saúde diferenciados e primários que permita intervenções no cuidar que sejam percebidas pelo utente como capazes de responder às suas necessidades de forma continuada e eficiente (Almeida *et al*, 2010).

O planeamento da alta tem como finalidade proporcionar a continuidade de cuidados após a alta hospitalar. Trata-se de um processo multidisciplinar que deve começar no momento da admissão do utente e continuar durante o internamento, implicando a colaboração entre a equipa multidisciplinar, o utente e a sua família. Inclui a identificação das necessidades do utente aquando da alta e a coordenação com os profissionais envolvidos na continuidade dos cuidados (Jesus, Silva e Andrade, 2005).

No momento da alta o utente poderá ter ou não a necessidade ou indicação para a continuação de cuidados no domicílio, prestados pela equipa de enfermagem. A continuidade define-se como a transição real e eficaz do utente, da instituição de saúde onde está internado para o seu domicílio. Para que esta transição ocorra com êxito, é fundamental que o enfermeiro do internamento e o enfermeiro de família promovam o envolvimento do utente e do prestador de cuidados informal nos cuidados, e defendam a utilização dos recursos dos profissionais de saúde. A equipa de enfermagem que seguirá os cuidados ao utente em casa deve receber toda a informação sobre as necessidades do utente, podendo essa informação ser fornecida pela equipa hospitalar oralmente ou por escrito (*Idem*).

Cabete *apud* Silva *et al*, (2010), refere que a continuidade de cuidados é um conjunto de ações que pretendem garantir a transição adequada de cuidados quando ocorre mudança de prestadores. Os prestadores são considerados profissionais ou instituições e a carta de alta é entendida como continuidade de cuidados. Assim, a continuidade de cuidados deve garantir que o plano de intervenção estabelecido é

continuado, que os cuidados não são interrompidos e que a qualidade não é afetada. Considera-se que a continuidade de cuidados é um direito do utente e um dever das instituições prestadoras de serviços de saúde.

A partilha de informação de enfermagem deve ser efetuada segundo um modelo que tenha por base uma linguagem classificada. A partilha de informação deve acontecer em tempo real, contribuindo para isto a utilização de sistemas de informação. Para além da linguagem classificada é importante a existência de campos de preenchimento que permitam a introdução de texto livre. A partilha de informação não deve ser estabelecida unicamente no final dos internamentos, mas iniciar-se durante o mesmo, possibilitando aos enfermeiros da comunidade ter conhecimento da forma como decorre o episódio de internamento e respetiva evolução do utente. A informação partilhada deverá ser apenas a necessária à continuidade da prestação de cuidados de saúde (Sousa, Frade e Mendonça, 2005).

Devem ser criados canais de comunicação e deve ser promovida a interação entre profissionais de saúde, facilitando a partilha de informação entre diferentes instituições de saúde. A utilização de uma rede de informação da saúde rentabiliza e potencia esta partilha. No entanto, verifica-se que atualmente esta estrutura informatizada não existe, apesar de ser um desejo dos profissionais de saúde, pois estes entendem que se trata de uma estrutura que permite a integração e partilha de dados em saúde, conjugando diferentes áreas de cuidados e fazendo frente à duplicação de informação. Na ausência desta estrutura automatizada, consideram que a troca de informação deve ser feita com recurso a relatórios em suporte de papel, nomeadamente a carta de alta de enfermagem (*Idem*).

### 1.3. CARTA DE ALTA DE ENFERMAGEM

A carta de alta de enfermagem é considerada um instrumento na comunicação entre profissionais de saúde, possibilitando ao enfermeiro ter conhecimento de informações importantes sobre o utente e seu estado de saúde-doença, com vista à continuidade da prestação de cuidados de saúde (Luz, 2003).

É entendida como um procedimento que deve ser instituído e normalizado nos serviços hospitalares e nos centros de saúde, uma vez que assume um importante papel na qualidade da continuidade de cuidados (Silva *et al*, 2010). É também vista

como um “veículo de informação fidedigno e qualificado, sobre os problemas e cuidados prestados ao doente durante o internamento, além, de servir de informação entre o enfermeiro do internamento e o enfermeiro de família” (González Lopez *apud* Jesus, Silva e Andrade, 2005, p. 28).

Jesus, Silva e Andrade (2005), consideram que a carta de alta de enfermagem deve conter os seguintes itens:

- *“Identificação do utente;*
- *Avaliação do utente na admissão;*
- *Resumo do plano de cuidados realizado;*
- *Avaliação do utente no dia da alta;*
- *Recomendações específicas dirigidas ao enfermeiro de família, utente e prestador de cuidados informal;*
- *Assinatura do enfermeiro que prepara a alta” (2005, p. 28).*

Segundo Sousa, Frade e Mendonça “a partilha de informação relativa ao indivíduo deve, na perspetiva dos enfermeiros, englobar três grandes áreas: informação de produção médica, informação de produção de enfermagem e informação organizacional” (2005, p. 375).

Relativamente à informação produzida pelos médicos, os enfermeiros identificam como itens a ser incluídos na carta de alta de enfermagem:

- *“História da doença atual*
- *Diagnóstico médico*
- *Motivo de internamento*
- *Exames complementares de diagnóstico*
- *Complicações verificadas durante o internamento*
- *Técnicas cirúrgicas realizadas*
- *Medicação prescrita*
- *Atitudes terapêuticas prescritas*
- *Orientações dietéticas transmitidas*
- *Imunizações realizadas” (Sousa, Frade e Mendonça, 2005, p. 376).*

No que diz respeito aos dados relativos à informação produzida pelos enfermeiros, estes entendem que a informação a partilhar deve ser organizada e sistematizada por forma a suportar a tomada de decisão e o juízo diagnóstico. Neste sentido consideram que os itens a incluir na carta de alta de enfermagem são:

- *“Apreciação inicial*
- *Fenómenos/Diagnósticos de enfermagem*
- *Status dos fenómenos*
- *Intervenções de enfermagem*

- *Dados de vigilância” (Idem).*

Para além dos conteúdos anteriormente apresentados, os enfermeiros consideram relevante dirigir a informação de enfermagem ao indivíduo, família e prestador de cuidados. A informação dirigida ao indivíduo contempla os diagnósticos de enfermagem, a sua evolução e as intervenções de enfermagem, assim como registo das ações interdependentes e justificações. A família, uma vez entendida como unidade social, representa um núcleo fundamental no processo de cuidados. Neste sentido é relevante um conjunto de dados que caracterizem a família, nomeadamente os recursos que esta dispõe com vista à sua participação ativa. Consideram igualmente importante incluir informação que caracterize o prestador de cuidados (Sousa, Frade e Mendonça, 2005).

A informação organizacional é a terceira área que os enfermeiros entendem que deva estar incluída na carta de alta de enfermagem. Esta diz respeito a informação de carácter organizativo, logístico e administrativo com relevância para a continuidade de cuidados. Compreende informação que se relaciona com a existência de recursos da comunidade e/ou estruturas de apoio, marcação de consultas e identificação das instituições e dos profissionais envolvidos no processo de cuidados (*Idem*).



## 2. METODOLOGIA

Este estudo insere-se numa abordagem qualitativa. A investigação qualitativa explora o ser humano em todas as suas dimensões ajudando o investigador a entender o significado de dada experiência para o participante. Abarcam a totalidade do ser humano concentrando-se na experiência individual (Wood e Haber, 2001). O investigador tem interesse em perceber o fenómeno em estudo a partir do ponto de vista ou perspectiva dos participantes. Estes têm a experiência de um fenómeno em particular, detêm uma experiência ou saber adequados ou fazem parte da mesma cultura. É objetivo desta abordagem descrever e interpretar o conhecimento e não tanto avaliá-lo (Fortin, 1999). É uma atividade que consiste num conjunto de práticas interpretativas e materiais, que tornam o mundo visível. Dessas práticas fazem parte as notas de campo, as entrevistas, as conversas e anotações pessoais, envolvendo uma postura interpretativa e naturalista. Os estudos são feitos em contextos naturais, tentando entender os fenómenos em termos dos sentidos que as pessoas lhes atribuem (Flick, 2009).

A investigação qualitativa é um termo abrangente para diferentes abordagens, que procuram compreender, a experiência humana, perceções, motivações, intenções e comportamentos. Os diversos métodos diferem no foco, no desenho de investigação e nos dados que geralmente procuram (Parahoo, 2006).

A opção por esta abordagem permite perceber melhor a experiência dos enfermeiros dos cuidados de saúde primários, quanto à necessária e adequada informação de enfermagem que estes devem receber do hospital, sobre os seus utentes após internamento hospitalar, numa perspectiva de continuidade de cuidados quando o utente regressa ao domicílio. A opção pelo método exploratório-descritivo vai de encontro ao número reduzido de estudos nesta área específica.

## 2.1. CONTEXTO

Este estudo é centrado nos enfermeiros que exercem funções nos cuidados de saúde primários, da região centro do país. Optou-se pela não delimitação de uma área de abrangência de determinado hospital, ou a um centro de saúde específico, a fim de diversificar experiências.

Atualmente preconiza-se a coordenação entre os diferentes níveis de assistência em saúde, por forma a existir uma sintonia na continuidade da prestação de cuidados, independentemente do local onde são prestados. Com vista a um objetivo comum, a partilha de informação entre profissionais de saúde, nomeadamente entre enfermeiros de serviços especializados e enfermeiros da comunidade, ganha especial significado e importância na melhoria da qualidade de vida do utente, quer no que diz respeito ao tratamento de situações de doença, como na prevenção de futuros problemas de saúde.

É neste contexto, que este estudo, pretende explorar a informação de enfermagem que deve ser transmitida entre hospital e centro de saúde, em formato de carta de alta de enfermagem. Uma vez que não existem atualmente sistemas de informação em rede que permitam o acesso a um único processo do utente, entende-se que este ainda é o método privilegiado para a transmissão de informação de enfermagem, podendo ser valorizado se utilizado com rigor e atendendo às necessidades de ambas as partes.

## 2.2. PARTICIPANTES DO ESTUDO

Neste estudo participaram treze enfermeiros. Trata-se de uma amostra não probabilística, acidental, que segundo Fortin (1999) é constituída por indivíduos facilmente acessíveis presentes em determinado local. Como critérios de inclusão foram considerados os enfermeiros a exercer funções nos cuidados de saúde primários há mais de um ano e que aceitassem participar no estudo.

### 2.3. RECOLHA DE DADOS

O método de recolha de dados a utilizar é determinado pela natureza do problema de investigação, sendo a sua escolha definida em função das variáveis e sua operacionalização (Fortin, 1999). Tratando-se de um estudo exploratório-descritivo, foi escolhido como método de colheita de dados a entrevista. Esta permite estabelecer uma comunicação verbal, entre o investigador e os participantes do estudo, com o objetivo de colher informações relativas aos factos, ideias, comportamentos, preferências, expectativas e atitudes. As entrevistas variam em função de dois parâmetros: o grau de liberdade deixado ao entrevistado e o grau de profundidade da própria investigação (Fortin, 1999). A entrevista é utilizada para recolher dados descritivos na linguagem do próprio sujeito, permitindo ao investigador desenvolver intuitivamente uma ideia sobre a maneira como os sujeitos interpretam aspetos do mundo (Bogdan e Biklen, 1994).

A realização deste estudo, teve por base uma recolha de dados através de entrevista semi-estruturada, que consiste num método nem inteiramente livre e aberto, nem orientado por um leque inflexível de perguntas pré-estabelecidas. Na entrevista semi-estruturada, o entrevistador possui um referencial de perguntas guia, suficientemente abertas, que serão feitas ao longo da conversa com o entrevistado e não necessariamente seguindo a ordem estabelecida no guião. As perguntas podem ser feitas à medida que vão surgindo oportunidades durante a conversa com o entrevistado, permitindo assim um discurso mais fluido por parte deste e a expressão das suas experiências, ideias, valores, crenças, atitudes. O entrevistador deve fazer as questões de uma forma natural, precisa e com sentido de oportunidade, tendo a sua intervenção a finalidade de encaminhar a comunicação para os objetivos da entrevista e conseqüentemente do estudo (Pardal e Correia, 1995).

O guião de entrevista divide-se em duas partes. A primeira parte consiste na caracterização socio-demográfica dos sujeitos participantes no estudo. A segunda parte é constituída por questões semi-estruturadas (Apêndice I). As entrevistas foram registadas em suporte áudio e posteriormente transcritas na sua totalidade, “*ipsis verbis*” (Apêndice II). Este processo decorreu entre Abril de 2012 e Janeiro de 2013, através de marcação prévia com os participantes de modo a que correspondesse à disponibilidade de ambas as partes. A duração das entrevistas variou entre os 9 e os 32 minutos. No decorrer das mesmas procurou-se proporcionar um ambiente calmo e descontraído, conduzindo à livre expressão das experiências individuais dos participantes, sem enunciar juízos de valor, clarificando o discurso sempre que

necessário. Por vezes as questões e a sua ordem foram ajustadas a fim de facilitar o discurso do entrevistado encaminhando este para os objetivos da investigação.

## 2.4. ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados recolhidos foi realizada recorrendo à análise de conteúdo segundo Bardin (2011). Esta autora refere que a análise de conteúdo diz respeito a um conjunto de técnicas que permitem analisar os dados recolhidos através de entrevista, descrevendo o conteúdo das mensagens. A codificação dos dados através de um sistema de categorias, pretende a representação agrupada e simplificada das mensagens recolhidas. A análise de conteúdo é definida como:

*“Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens” (Bardin, 2011, p. 44).*

Após categorização dos dados foi realizada a interpretação dos resultados, e recorrendo aos marcos teóricos foi possível orientar a investigação no sentido de procurar as realidades expressas pelas mensagens.

## 2.5. QUESTÕES ÉTICAS

Quando se realiza investigação aplicada à pessoa corre-se o risco de causar danos aos seus direitos e liberdades. É necessário tomar todas as precauções no sentido de proteger durante a investigação os participantes envolvidos, fazendo cumprir os direitos determinados pelos códigos de ética (Fortin, 1999).

Nesta investigação foram respeitados o direito à autodeterminação, o direito à intimidade, o direito à proteção contra o desconforto e prejuízo e o direito a um tratamento justo e equitativo. Entende-se por direito à autodeterminação o respeito pelas pessoas no sentido em que se considera que qualquer pessoa é capaz de decidir livremente sobre a sua participação na investigação. O direito à intimidade assegura que a investigação é o menos invasiva possível sendo a sua intimidade protegida, referindo-se também à liberdade da pessoa em decidir sobre a extensão da informação a partilhar durante a investigação. O direito à proteção contra o

desconforto e prejuízo diz respeito à proteção da pessoa contra inconvenientes que a possam lesar. O tratamento justo e equitativo diz respeito ao direito de a pessoa ser informada sobre a natureza, finalidade, métodos utilizados e a duração da investigação em que participa (*Idem*).

O direito ao anonimato e confidencialidade foi garantido, uma vez que foi mantida a omissão da identidade dos participantes e foram destruídas as gravações áudio realizadas. Foi obtido o termo de consentimento livre e esclarecido de cada participante (Apêndice III), e solicitado o parecer da Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde – Enfermagem, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (Anexo I), que após apreciação do projeto do estudo entendeu nada opor à realização do mesmo.

## 2.6. RIGOR DO ESTUDO

É importante que todo o investigador se preocupe com questões de fiabilidade e validade dos métodos e estudos, sejam eles de carácter quantitativo ou qualitativo, pois sem rigor a investigação não tem valor e perde a sua utilidade (Coutinho, 2008).

Nesta investigação foram tidos como critérios de rigor do estudo a credibilidade (termo paralelo ao da validade interna dos estudos quantitativos) e a transferibilidade (termo paralelo ao da validade externa na investigação quantitativa). Por credibilidade entende-se as construções do investigador que reproduzem os fenómenos em estudo e os pontos de vista dos participantes na pesquisa, a verdade como conhecida, experimentada ou sentida. Por transferibilidade entende-se a possibilidade de os resultados obtidos num determinado contexto serem aplicados noutros contextos (*Idem*).

Estes princípios foram tidos em conta na medida em que se procurou entrevistar enfermeiros com larga experiência nos cuidados de saúde primários com a finalidade de obter relatos mais ricos e baseados na experiência e na vivência de cada participante, tendo sido possível debater em ambiente informal com os participantes ideias transmitidas durante a colheita de dados.



### **3. RESULTADOS**

Os resultados do estudo são aqui apresentados de forma a dar resposta aos objetivos definidos para a investigação. Este capítulo inicia-se com a caracterização dos participantes do estudo, seguido da categorização dos dados. Optou-se por apresentar a categorização dos dados em formato de quadro, uma vez que se entende ser de fácil interpretação.

#### **3.1. CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO**

Neste estudo participaram treze enfermeiros, de entre os quais doze do sexo feminino e um do sexo masculino. A média de idades dos participantes é de 39,9 anos, sendo que o participante mais novo tem 28 anos e o mais velho 57 anos. Dos participantes, no que respeita ao estado civil, sete são casados, quatro solteiros, um participante é divorciado e um outro vive em união de facto. Todos os participantes do estudo são de nacionalidade portuguesa.

Todos são licenciados em enfermagem, sendo que quatro participantes apresentam grau de mestre, dos quais dois mestres em enfermagem comunitária, um mestre em saúde pública e um mestre em enfermagem médico-cirúrgica. Um dos participantes possui pós-licenciatura de especialização em enfermagem comunitária. Cinco dos participantes encontravam-se, no momento da colheita de dados, a frequentar o mestrado em enfermagem comunitária.

Relativamente ao Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) onde exercem funções, um participante exerce funções no ACES Baixo Mondego II, um no ACES Pinhal Interior Norte, quatro dos participantes no ACES Baixo Mondego I, um no ACES Baixo Vouga, dois no ACES Oeste Norte, um no ACES II Lisboa Oriental e três outros participantes no ACES Pinhal Litoral. Seis deles desempenharam sempre funções nos cuidados de saúde primários, enquanto os outros sete, exerceram funções

inicialmente a nível hospitalar tendo depois transitado para os cuidados de saúde primários.

Quanto ao tempo de serviço em ambiente hospitalar, de sete dos participantes, varia entre os 2 anos e os 22 anos, sendo a média de tempo de serviço em hospital de cerca de 10 anos. Por outro lado, o tempo de serviço em cuidados de saúde primários, relativo a todos os participantes, varia entre o ano e meio e os 22 anos, sendo a média 11,3 anos.

### 3.2. CATEGORIZAÇÃO DOS DADOS

Decorrente da análise de conteúdo das entrevistas obtidas, emergem três dimensões. São elas:

1. Importância que os enfermeiros do centro de saúde atribuem à carta de alta de enfermagem;
2. Informação que a carta de alta de enfermagem deve conter;
3. Dificuldades sentidas pelo enfermeiro que recebe utentes após internamento hospitalar.

Destas dimensões emergem cinco categorias e dezanove sub-categorias, apresentadas seguidamente nos quadros 1, 2 e 3.

**Quadro 1** – Dimensão 1: Importância que os enfermeiros do centro de saúde atribuem à carta de alta de enfermagem

<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>	<b>Unidades de registo</b>
Importância da carta de alta de enfermagem	Resumo do internamento	“(…) que tenha mais ou menos a história do internamento para eu perceber o que é que mudou na vida daquele doente”.
	Continuidade de cuidados	“Porque nos permite uma continuidade da prestação de cuidados no domicílio”.
	Promoção da comunicação entre instituições	“(…) é uma via de comunicação entre ambas as partes, entre o hospital e o centro de saúde. (…) promove a comunicação entre hospital e centro de saúde”.
	Reaproximação dos utentes ao centro de saúde	“Por vezes até é uma forma dos utentes voltarem a frequentar o centro de saúde”.

**Quadro 2** – Dimensão 2: Informação que a carta de alta de enfermagem deve conter

<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>	<b>Unidades de registo</b>
Informação relativa ao episódio de internamento	Síntese do internamento hospitalar	“(…) um pequeno resumo do que se passou aaa o que é que aconteceu (…) se houve incidentes se não houve”.
	Intervenções desenvolvidas	“(…) o tipo de tratamento que foi efetuado, durante quanto tempo e qual o tipo de... de evolução”.
	Medicação	“(…) em relação à medicação (...) muitas vezes as famílias estão tão baralhadas que também não sabem o que é que eles já estavam a fazer e depois misturam tudo”.
	Grau de dependência do utente	“(…) também se coloque o estado de dependência do... daquele doente, porque nós a partir daí podemos ver se o doente em casa tem uma evolução melhor ou não (...) Também nos interessa saber como é que ele sai do internamento”.
	Envolvimento da família	“Se a família foi envolvida aaa na prestação dos cuidados (...) eu noto que quando vou a casa das pessoas eles às vezes não sabem posicionar um doente”.
Informação relativa à continuidade de cuidados	Marcação de consultas	“(…) se nós tivermos informação até podemos telefonar a avisar ‘olhe que vai ter a consulta no dia tal’ (...) alguns vivem sozinhos”.
	Intervenções a manter	“(…) todas aquelas intervenções que venham ativas devem vir lá”.

	Situações a vigiar/riscos	“(…) por exemplo, tenham de realizar a manobra de kegel, nós temos de fazer reforço dos ensinamentos e verificar se ele está a conseguir, se ficou com alguma incontinência ou não”.
	Ensinos realizados	“Por exemplo, um doente diabético, (...) o que é que sabe fazer e o que é que não sabe. Quem foi o familiar que foi ensinado também. A quem foi feito ensino. (...) E o que é que ensinaram”.

**Quadro 3** – Dimensão 3: Dificuldades sentidas pelo enfermeiro que recebe utente após internamento hospitalar

<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>	<b>Unidades de registo</b>
Sem carta de alta de enfermagem	Desconhecer o que se passou	E10: "(...) eles não se conseguem expressar, não sabem o que tiveram, que patologia é que tiveram nem sabem sequer o nome".
	Orientação futura	E1: "(...) a orientação que nós devemos dar à situação, é quase... é quase trabalhar no vazio".
	Justificação das intervenções	E3: "(...) o porquê, por exemplo, de colocar uma sonda vesical".
Com carta de alta de enfermagem	Falta de informação concreta ou objetiva	E10: "(...) num internamento de 1 mês não vão lá pôr tudo (...) tem que haver alguma objetividade (...) os aspetos (...) mais pertinentes, não é?".
	Cuidados específicos	E5: "(...) situações de drenos, que também não vem nada especificado. (...) ficamos um bocadinho assim no vazio".
	Linguagem característica e/ou abreviada	E13: "Se nós a nível de um... de um serviço (...) conhecemos, por exemplo as siglas, não é obrigatório que no serviço ao lado ou no centro de saúde também tenhas que as conhecer. (...) internado por AAA, eu não sou obrigada a saber que é um aneurisma da aorta abdominal (...) não deveria por exemplo ser usado... as abreviaturas".

## 4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo serão discutidos os resultados, apresentando as categorias identificadas no estudo sequencialmente e acompanhadas de citações transcritas das entrevistas realizadas.

### 4.1. IMPORTÂNCIA QUE OS ENFERMEIROS DO CENTRO DE SAÚDE ATRIBUEM À CARTA DE ALTA DE ENFERMAGEM

Na dimensão 1 surge uma categoria, a importância da carta de alta de enfermagem.

Todos os participantes do estudo identificam a carta de alta de enfermagem como sendo um instrumento de elevada importância. Consideram-na um elemento capaz de conter o resumo do internamento assim como facilitador na continuidade de cuidados, em contexto de comunidade/ambulatório após o internamento hospitalar. Entendem ainda ser um elemento promotor da comunicação entre instituições e que contribui para a reaproximação dos utentes ao centro de saúde.

E1: “(...) pode-nos fornecer informações muito preciosas do tempo em que a pessoa esteve internada e também depois da alta para nós podermos dar continuidade aos cuidados”.

E7: “É importante. Muito importante. Principalmente quando está bem direcionada e bem redigida. Porque nos permite manter a continuidade de cuidados e também nos permite essencialmente saber aquilo que se passou durante o internamento”.

O resumo de internamento, do qual se entende, a informação relativa ao episódio de internamento, é vista pelos participantes do estudo como um dado importante que deve ser partilhado para tomar conhecimento do que aconteceu, bem como das alterações que ocorreram ao utente, facilitando assim a prestação de cuidados e a adequação da mesma à nova situação de saúde daquela pessoa. Quando essa

informação não chega torna-se mais difícil ou moroso o planeamento adequado e em tempo útil da continuidade de cuidados.

E1: "(...) quando vêm sem informação é muito mais difícil, acho que as pessoas *hum* há coisas que se passam durante o internamento que nós acabamos por *hum* a pessoa não se lembra de nos referir e nós também não sabemos e podem ser muito importantes para a continuidade dos cuidados".

E3: "Se ele vem do hospital sem qualquer informação *aaa* nós ficamos assim sem saber o que é que fizeram, para nós darmos continuidade".

E6: "(...) quando eles vêm do hospital a gente não sabe o que é que se passou com ele".

E6: "(...) eu não faço a mínima ideia do que é que se passou com aquele utente. Daí para mim ser importante o... que tenha mais ou menos a história do internamento para eu perceber o que é que mudou na vida daquele doente. (...) uma informação do que é que se passou com eles no hospital".

E9: "(...) saberíamos o que é que aconteceu ao utente, poderíamos colocar no processo individual do utente, informar o médico de família do que é que se passou".

E11: "(...) permite ao enfermeiro que trabalha nos cuidados de saúde primários *aaa* aperceber-se do que aconteceu com o seu utente (...) e se não houver essa carta de alta ficamos sem a noção do que realmente aconteceu àquele utente".

A partilha do resumo do internamento é identificada pelos enfermeiros como fundamental para a melhoria da prestação de cuidados, não só no momento pós internamento hospitalar mas também em situações posteriores a médio e longo prazo. Estas considerações vão de encontro a Sousa, Frade e Mendonça (2005) quando os autores referem que a partilha de informação de enfermagem é estratégia fundamental para melhorar a continuidade de cuidados.

E1: "(...) é sempre importante ficar referido no processo do utente (...) aquele (pausa) acontecimento (...) pode vir mais tarde a ter peso noutras situações que venham a acontecer".

E4: "Pode não ser necessária num tempo imediato mas... mas a médio prazo".

E7: "(...) pode sempre haver uma intercorrência, uma situação posterior que até tenha a ver com o internamento".

E9: “Isso seria também uma mais-valia para depois, a posteriori, quando o utente ou a família recorresse novamente ao centro de saúde nós sabermos o que é que se passou e já termos todo o seu historial”.

Os enfermeiros referem que um dos principais aspetos ao receberem uma carta de alta reside na possibilidade de darem continuidade aos cuidados iniciados em meio hospitalar. Essa continuidade de cuidados tem por base o conhecimento do episódio hospitalar e as necessidades do utente já identificadas.

Azevedo (2010), identifica a partilha de informação entre instituições como uma justificação para um melhor conhecimento sobre os utentes, permitindo por sua vez uma conceção dos cuidados adaptada a cada situação.

Jesus, Silva e Andrade (2005), definem a continuidade de cuidados como a transição do indivíduo internado numa instituição hospitalar para o domicílio, sendo esta fundamental para o sucesso dos cuidados domiciliários. Vêem como fundamental para este sucesso o trabalho conjunto entre o enfermeiro do hospital e o enfermeiro de família. Aquando da alta, a avaliação completa do utente permite ao enfermeiro de família compreender melhor as necessidades e por sua vez estabelecer prioridades no planeamento de intervenções.

E9: “(...) nos cuidados de saúde primários a carta de alta de enfermagem é extremamente importante. Porque nos permite uma continuidade da prestação de cuidados no domicílio. Nós sabemos aquilo (...) a situação clínica do utente e à partida, através da carta de alta sabemos que necessidades é que ele apresenta quando sai do hospital para o domicílio e podemos combinar com o doente e com a família os cuidados de enfermagem a prestar. Neste sentido é extremamente importante para a continuidade dos cuidados de enfermagem”.

E12: “(...) é o veículo que nos dá para perceber o que é que se passou no internamento e para nós darmos a continuidade dos nossos cuidados”.

E3: “A carta de alta é bastante importante por causa da situação da continuidade de cuidados ao utente”.

E3: “(...) é importante também recebermos uma cartinha quando o utente vem do hospital para o domicílio, ou vem para o centro de saúde, para nós darmos continuidade, saber o que é que aconteceu com aquele utente para ele ter ido ao hospital, e posteriormente pa darmos continuidade também aos... à prestação de cuidados”.

E5: “Portanto eu gosto que nos façam chegar essa carta, que é para nós sabermos (...) para nós faz-nos sentido conhecer aquele indivíduo, independentemente se tem ou não cuidadores, para sabermos que há ali um dependente e que é que nós podemos ajudar aquela família. Eu acho que é pertinente”.

Azevedo (2010) refere ainda que a continuidade de cuidados diz respeito essencialmente à transmissão de informação sobre os utentes, a partir da qual se torna possível diagnosticar problemas e posteriormente o planeamento individualizado de cuidados.

E11: “Na minha opinião é de grande importância pois permite a continuidade dos cuidados, permite ao enfermeiro que trabalha nos cuidados de saúde primários perceber-se do que aconteceu com o seu utente (...) Não é apenas a tal continuidade dos tratamentos, mas também a informação de um utente que esteve, por exemplo, hospitalizado”.

E13: “É muito importante, para dar continuidade aos cuidados que vêm a ser prestados, para conhecer as necessidades do utente”.

A continuidade de cuidados constitui-se como um conjunto de ações com o intuito de garantir uma transição adequada aquando da mudança de instituições e/ou profissionais. A carta de alta é o instrumento dessa continuidade devendo assegurar a continuação do plano de cuidados, não havendo interrupção dos cuidados nem da qualidade dos mesmos. A continuidade é entendida como um direito do utente e um dever por parte das instituições prestadoras de cuidados de saúde (Cabete *apud* Silva *et al.*, 2010).

A carta de alta de enfermagem é considerada pelos enfermeiros um veículo de promoção da comunicação entre instituições. Estes consideram ainda que atualmente existem lacunas no que diz respeito à comunicação entre instituições, as quais podem originar perdas de informação.

E2: “Porque existe hiatos muito grandes entre o hospital e o centro de saúde e aí perde-se muita informação positiva que devíamos ter, não é?”

E4: “(...) porque estabelece uma... é uma via de comunicação entre ambas as partes, entre o hospital e o centro de saúde. Pode ser (...) um veículo de informação e (...) promove a comunicação entre hospital e centro de saúde”.

E12: “(...) é o veículo de transmissão (...) é o veículo que nos dá para perceber o que é que se passou no internamento e para nós darmos a continuidade dos nossos cuidados”.

Considera-se que “a carta de Alta de Enfermagem surge como a única forma de articulação entre o Hospital e os Centros de Saúde, o que revela uma ausência efetiva de articulação entre as instituições referidas” (Martins, 2003, p. 191).

Segundo a Lei de Bases da Saúde, Lei nº48/90 de 24 de Agosto, capítulo I, Base XIII, p. 3454:

*“deve ser promovida a intensa articulação entre os vários níveis de cuidados de saúde, reservando a intervenção dos mais diferenciados para as situações deles carecidos e garantindo permanentemente a circulação recíproca e confidencial de informação clínica relevante sobre os utentes.”*

Alguns participantes referem que a carta de alta serve também para reaproximar os utentes ao centro de saúde, uma vez que atualmente há um afastamento da população. As estatísticas apresentadas no Plano Nacional de Saúde 2012-2016 confirmam este afastamento. “Em 2006, 81,1% da população residente recorria essencialmente ao serviço nacional de saúde (SNS) para obtenção de serviços de saúde, valor ligeiramente inferior ao registado em 1999 (82,5%)” (Portugal, 2012, ponto 2, p. 17).

E11: “Muitas vezes os utentes estão meses ou anos sem ir ao centro de saúde (...) Por vezes até é uma forma dos utentes voltarem a frequentar o centro de saúde”.

E12: “Que assim os utentes chegam a nós, se não trouxerem carta de enfermagem, simplesmente não vêm alguns”.

A carta de alta de enfermagem ao surgir como um instrumento de reaproximação adequado e oportuno, ilustra a definição de acesso aos cuidados de saúde, apresentada no Plano Nacional de Saúde 2012-2016: “obtenção de cuidados de qualidade necessários e oportunos, no local apropriado e no momento adequado” (Portugal, 2012, ponto 3.2, p. 2).

Apesar da importância que os enfermeiros atribuem à carta de alta de enfermagem, conteúdos analisados anteriormente, alguns participantes do estudo referem que esta é indispensável em qualquer situação. Outros consideram-na pertinente apenas em caso de necessidade de continuidade de cuidados, entendendo-se continuidade de

cuidados as situações de dependência ou situações que requerem apenas vigilância. Alguns participantes referem ainda que em caso de utentes independentes a carta de alta é dispensável.

E7: “Deve haver uma carta de alta sempre (...) independentemente do doente ter continuidade de cuidados ou não”.

E9: “(...) é importante em todas as situações que o utente esteja internado”.

E7: “Sempre que há transferência de serviços”.

E11: “(...) sempre que o utente vá a uma unidade hospitalar, quer por internamento, quer para realização de um tratamento, como em hospitais de dia, de oncologia ou de... neurologia ou também no serviço de urgência”.

E12: “(...) acho que é pertinente sempre, a carta de enfermagem, independentemente às vezes de precisarem ou não dos nossos serviços”.

E3: “(...) eu concordo que haja uma carta de referência em todos os utentes que sejam dependentes e que necessitem de vigilância, mesmo que não necessitem de cuidados, pensos, injeções, sondas nasogástricas”.

E5: “(...) num caso de dependência é sempre necessário”.

E5: “Que não seja dependente não necessita, só se for... só se tiver algum problema, ou perturbação, ou a nível familiar que vocês vejam que aquela pessoa não tem condições para... para gerir até a medicação daquela... mas se o doente tem capacidades, tem alta e acabou”.

E8: “Desde que seja necessária a continuidade de cuidados. Em situações de..., utentes de risco (...) Pode não passar por nós e sermos alertados através de carta, de que de facto aquele utente precisa de ser ou não orientado, ou encaminhado, ou vigiado”.

E13: “(...) nas situações de... de promoção da saúde e de vigilância (...) acho que é importante (...) mesmo que não haja aaa necessidade nenhuma de cuidados”.

E3: “Se for independente não (...) Se não tem qualquer tipo de problema (...) É uma pessoa independente que, se houver alguma situação tem capacidade de se dirigir ao próprio centro de saúde. Essa parte penso que... poderá não se justificar essa carta”.

## 4.2. INFORMAÇÃO QUE A CARTA DE ALTA DE ENFERMAGEM DEVE CONTER

Na dimensão 2, onde é descrita a informação que a carta de alta de enfermagem deve conter, surgem duas categorias, a informação relativa ao episódio de internamento e a informação relativa à continuidade de cuidados.

A transmissão da informação entre instituições, de acordo com Azevedo:

*“é maioritariamente efetuada no sentido do hospital para o centro de saúde (...) através das tradicionais notas de alta, onde consta um conjunto de itens de informação, que refere os motivos de internamento, os tratamentos e cuidados de enfermagem prestados, assim como referência aos cuidados que necessitam de continuidade após a alta” (2010, p. 48).*

Acrescenta ainda que a informação contida na carta de alta é concebida na ótica do enfermeiro do hospital.

Os participantes do estudo entendem que deve ser incluída na carta de alta de enfermagem informação relativa ao episódio de internamento, nomeadamente a síntese do internamento hospitalar, as intervenções desenvolvidas, a medicação atualizada no momento da alta, o grau de dependência do utente e o envolvimento da família.

Em relação à síntese do internamento hospitalar, os enfermeiros identificam-na como elemento a ser incluído na carta de alta de enfermagem, no sentido de lhes dar conhecimento do que aconteceu durante o internamento. Este deverá incluir os diagnósticos e o motivo de internamento, ocorrência de complicações e atividades desenvolvidas para dar resposta aos problemas diagnosticados. Apontam também como importante a identificação do utente, incluindo dados atualizados sobre a morada e número de telefone.

E12: “Um pequeno resumo do internamento”.

E8: “Diagnóstico de enfermagem e o diagnóstico médico”.

E5: “Às vezes nem o diagnóstico trazem (...) acho que é pertinente colocar o diagnóstico também na folha de enfermagem”.

E1: “(...) um pequeno resumo do que se passou aaa o que é que aconteceu o que é... como é que foi o internamento, se houve incidentes se não houve”.

E3: "(...) saber o porquê, o problema. O que é que foi realizado para tentar minimizar esse problema (...) as atividades".

E4: "(...) aspetos relacionados com internamento, a causa da admissão do utente, o que é que fizeram ao utente, possíveis complicações (...) história clínica do utente (...) toda a informação necessária para uma boa prestação de cuidados".

E6: "(...) o histórico, o que é que se passou com o doente *aaa* situações que tenham ocorrido no internamento que possam ser depois importantes para nós em casa (...) eliminação, intestinal e vesical, se houve alterações, pode não parecer assim nada de especial, mas se calhar para nós é".

E9: "(...) é extremamente necessário a identificação do utente, a morada e o número de telefone corretos".

E11: "O nome, morada, telefone, familiar de referência. O motivo por que esteve internado, se tem alguma alergia, se teve alguma complicação durante o internamento".

E9: "(...) não nos dizem que tipo de intervenção é que o utente fez, quanto tempo é que teve em recobro *aaa* se reagiu bem à anestesia ou não (...) muitas vezes os utentes (...) não sabem. Não sabem o que é que lhes aconteceu".

Outro dado referente à informação que deve ser incluído na carta de alta de enfermagem são as intervenções desenvolvidas durante o internamento, considerando também necessário a descrição da evolução. Especificamente no caso de tratamento de feridas consideram pertinente a referência aos materiais utilizados e no caso de colocação de sondas, identificar a causa, datas e duração do material.

E2: "O tratamento que fez (...), a evolução *aaa* e o tipo de tratamento que deve ser feito".

E8: "(...) o tipo de tratamento que foi efetuado, durante quanto tempo e qual o tipo de... de evolução, se houve ou não (...) é utilizado um tipo de tratamento e a pessoa faz uma reação... alérgica. Por algum motivo não se deu bem ou teve dores intensas ou... Acho que isso é importante ser referenciado".

E11: "(...) o tipo de produtos que foram utilizados, no caso de feridas ou úlceras *aaa* se teve uma boa resposta ao tratamento ou não. Porque muitas vezes as cartas de enfermagem remetem-se apenas ao último tratamento (...) O que não nos dá uma informação muito completa, porque ficamos sem saber".

E5: "(...) se estão algaliados, quando é que foram algaliados, se estão entubados, a data da sonda, (...) se dura para três meses ou se tem uma duração menor (...) se traz feridas, que tipo de ferida, que tipo de tratamento".

Quanto à medicação, os enfermeiros mencionam ser importante vir registado na carta de alta de enfermagem as alterações do esquema terapêutico do domicílio, assim como o que iniciou no internamento. Com essa informação o enfermeiro tem um papel ativo no esclarecimento do utente e sua família contribuindo para uma melhor adesão do utente ao regime terapêutico, incluindo a adequação de ensinamentos acerca da administração de terapêutica injetável, como acontece nos casos em que iniciam administração de insulina.

E1: "(...) uma pessoa vai daqui nem toma insulina e vem de lá a tomar insulina".

E1: "(...) pode às vezes vir com alterações de medicação, embora não seamos nós que prescrevemos mas também fazemos acompanhamento da terapêutica (...) se vier registado nós mais facilmente... orientamos".

E5: "(...) em relação à medicação (...) nós muitas vezes nem sabemos o que é que ele fazia no domicílio e muitas vezes as famílias estão tão baralhadas que também não sabem o que é que eles já estavam a fazer e depois misturam tudo e nós não ficamos a saber realmente qual era a medicação. Acho que devia vir mais especificado (...) A medicação toda que ele agora passaria a fazer".

E13: "(...) em relação à medicação, há alguns locais dos quais temos informação e que é importante sempre nós termos, porque muitas vezes temos o papel também da gestão terapêutica e de ajudar a nossa população, até às vezes mais idosa, na gestão terapêutica, e essa, e essa informação muitas vezes não, não nos chega, aos enfermeiros".

Os participantes do estudo consideram outro dado a incluir na informação relativa ao internamento, o grau de dependência do utente no momento da alta, no sentido de uma melhor visualização da necessidade de cuidados, facilitando a adequação de respostas em tempo útil. Este dado é também importante para perceber a evolução do utente no domicílio.

E1: "(...) atividades de vida diária que estão comprometidas e dos cuidados que necessitam".

E5 : "(...) também se coloque o estado de dependência do... daquele doente, porque nós a partir daí podemos ver se o doente em casa tem uma evolução

melhor ou não (...) Também nos interessa saber como é que ele sai do internamento”.

E11: “(...) necessidades que ele teve alteradas ou autocuidados em que ele teve dependente, as notas devem ser referentes a isso. Se possível o mais completas possível, não é? Tudo o que houve alteração de autocuidados deve ser referido”.

Os participantes consideram pertinente que seja referido na carta de alta de enfermagem se a família foi ou não envolvida na prestação de cuidados durante o internamento hospitalar do utente, para perceberem o nível de conhecimento que a família tem sobre a situação e adequar os ensinamentos e intervenções junto da família. Deve ser ainda referida a situação sócio-familiar, caso tenha sido possível esse levantamento durante o internamento.

E6: “Se a família foi envolvida na prestação dos cuidados, também é importante para nós (...) eu noto que quando vou a casa das pessoas eles às vezes não sabem posicionar um doente”.

E13: “(...) a situação sócio-familiar do utente. (...) acabamos por... por nos sentir mais dependentes da situação familiar e do apoio que os utentes têm. Se isso puder vir identificado do hospital, tanto melhor”.

Quanto à informação relativa à continuidade de cuidados são identificados pelos participantes quatro subcategorias: a marcação de consultas, intervenções a manter, situações a vigiar/riscos e os ensinamentos realizados.

E1: “(...) a orientação que devemos seguir... segundo a opinião do serviço onde esteve, que devemos seguir para dar continuidade”.

Ter conhecimento da data de consultas, permite aos enfermeiros, orientar os utentes no sentido destes não perderem a consulta, e também planear as atividades no centro de saúde de forma a não haver sobreposição com as atividades do hospital. Consideram ainda importante a troca de informação entre centro de saúde e hospital, quer em termos de evolução de tratamentos quer pela importância do esclarecimento de dúvidas.

E1: “Porque há muitas pessoas que até nem sabem ler e se nós tivermos informação até podemos telefonar a avisar ‘olhe que vai ter a consulta no dia tal’, porque às vezes não têm familiares próximos, alguns vivem sozinhos”.

E2: “Para não coincidir. ‘Ai hoje não vim à consulta porque tive consulta no hospital’”.

E5: “(...) quando têm consultas marcadas (...) nós temos ali assim um ponto de partida para orientar as pessoas que neste dia têm que estar naquela consulta e muitas das vezes depois tem que se tratar de transportes e de ambulâncias (...) vamos tentar arranjar a solução para aquele indivíduo estar naquela consulta naquele dia”.

E6: “datas de consultas é importantíssimo, porque dá-nos ideia de quando é que o doente volta lá. (...) a gente assim “olhe que dia tal tem consulta, vai pôr esse problema ao cirurgião, vai pôr esse problema ao seu médico” (...) ou às vezes até escrevemos uma cartinha, “olhe vou escrever uma cartinha e vai entregar ao seu médico”.

Os enfermeiros apontam como dado fundamental para a continuidade de cuidados o conhecimento acerca das intervenções a manter em contexto domiciliário, desde o tipo de tratamento a continuar, como a manutenção de material técnico (cateteres), utilização de ajudas técnicas e também o tipo de alimentação a seguir.

E5. “(...) às vezes situações de cateteres, de coisas que nós não estamos habituadas eles explicam-nos e é impecável. Assim como os “implantofix’s”, que no outro dia até mandaram um fax e não sei quê para ver como é que nós conseguíamos fazer aquilo, com o desenho. Pronto, são essas ligações que eu acho que é importante para nós conseguirmos depois dar continuidade aos cuidados em casa, não é? Eles não podem estar sempre no hospital e nós também os queremos em casa”.

E8: “(...) a orientação dos colegas em relação ao seguimento do tratamento”.

E9: “(...) se precisa ou não de ajudas técnicas, em termos de... o uso por exemplo de canadianas, ou de algum outro tipo de... de ajuda”.

E7: “(...) todas aquelas intervenções que venham ativas devem vir lá”.

E5: “(...) às vezes trazem pensos que duram mais do que um dia (...) podem estar mais dias e há colegas que até põem isso e eu acho que são pormenores que têm algum interesse”.

E5: “(...) se pode fazer levante ou não (...) muitas das vezes nós não sabemos se a pessoa tem... tem autorização ou tem indicação para fazer levante, não é?”

E9: “É também importante o tipo... o tipo de alimentação”.

E8: “(...) dizer qual é o tipo de dieta”.

E6: “(...) se traz alguma alteração na dieta...”.

E5: “A dieta (...) também depende do estado do doente, às vezes são até fases terminais, muitas das vezes eles nem comem nada, e depois nós é que temos que adaptar um pouco a dieta àquilo que a pessoa pode comer, não é?”.

Outro aspeto que entendem ser importante é no caso de terem sido detetadas situações de risco durante o internamento. Esse facto deve ser comunicado no sentido de ser mantida vigilância do utente como por exemplo, hábitos de vida, comportamentos de risco, sinais e/ou sintomas a vigiar.

E1: “Quando é situações de risco, por exemplo. Temos às vezes crianças ou grávidas que estão num serviço e que lhe detetaram uma situação qualquer de risco entram em contacto connosco e depois nós fazemos a visita domiciliária...”.

E2: “se o doente precisa de ser acompanhado (...) vigiar o comportamento dele com (...) os seus hábitos de vida diária. Eu acho que devíamos ser informados até para haver um certo controlo, se ele tá a proceder bem ou não, ou tá a transviar por outros caminhos”.

E5: “Saber que aquele indivíduo tem o risco de ter isto ou aquilo, não é? Ou ser mais vulnerável para isto e para aquilo. Para nós estarmos um bocado mais alertados, porque às vezes vêm até de serviços muito específicos (...) portanto, melhor que ninguém são os colegas que nos possam dar essa luz, para nós darmos continuidade”.

E8: “(...) sinais e sintomas a vigiar, uma vez que foi... é uma continuidade, nós temos que estar alerta para o... para essas situações”.

E11: “Doentes que estejam internados por motivos urológicos e que, por exemplo, tenham de realizar a manobra de kegel, nós temos de fazer reforço dos ensinamentos e verificar se ele está a conseguir, se ficou com alguma incontinência ou não. E se não houver a carta de alta nesse caso, apesar de já não haver necessidade de nenhuma manobra técnica específica, mas apenas de vigilância no domínio dos ensinamentos é fundamental nós termos essa informação”.

E8: “Uma demência por exemplo, tou-me a lembrar que... a família às vezes não vem cá, e há situações em que nós podemos orientar e dar algumas dicas para... para minimizar os efeitos de uma situação demencial”.

Quanto aos ensinamentos realizados, esta informação torna-se fundamental numa perspetiva de continuidade de cuidados, no sentido de se saber quais os ensinamentos que já foram efetuados, para que se possa planear a sua continuação sem duplicação ou omissão de informação. É importante também no sentido de responsabilizar o utente no seu processo de saúde-doença.

E6: “Por exemplo, um doente diabético, (...) ele se calhar já vem com o ensinamento feito, ele sabe fazer isso, mas a gente tem de saber que ele agora está a fazer insulina. E o que é que sabe fazer e o que é que não sabe. Quem foi o familiar que foi ensinado também. A quem foi feito ensinamento. (...) E o que é que ensinaram. E a gente não sabe o que é que eles sabem”.

E7: “Se nós intervirmos na área dos ensinamentos, nós já sabemos que tipo de informação é que o utente já tem, portanto, (...) ele já não pode de forma alguma escurar-se numa situação de desconhecimento ou de ignorância”.

A carta de alta de enfermagem deve incluir ainda a identificação do enfermeiro que redige a carta de forma clara e legível. A referência a este dado surge no sentido de facilitar o contacto com o hospital quando necessitam de esclarecer dúvidas, tendo a referência de uma pessoa específica a quem se possam dirigir.

E7: “era importante pôr o mecanográfico do... porque nem sempre percebemos que nome é que lá está. (...) é um dado que deve constar da carta de enfermagem também é o mecanográfico do enfermeiro que a... que a enviou, e que a redigiu”.

E2: “Nem se sabe quem assinou, fazem assim uns gatafunhos”.

Para além das subcategorias que emergem dos resultados do estudo, foi identificado como um dado importante a inserir na carta de alta, um campo de observação, onde o enfermeiro possa redigir um registo personalizado adicional aos itens pré-estabelecidos dos modelos dos programas informáticos. Esta opção serve também como complemento da informação transmitida pela linguagem classificada.

E7: “E penso que a carta de alta não deve ser apenas o registo informático, deve ter sempre um registo (...) mais personalizado feito pelo enfermeiro (...) deve ter sempre uma observação personalizada”.

E8: “Há situações que eu acho *aaa* em termos de observações que, da parte de enfermagem, pode haver uma ou outra situação que pode ser importante referir que às vezes não vem. Só vem a que é estritamente necessário, não é? (...) pequenas observações que podem ser importantes depois para o encaminhamento aqui”.

E11: “discordo um bocadinho com a linguagem CIPE, porque acho que é demasiado sucinta e acaba por retirar *aaa* os pormenores que podem fazer a diferença (...) e acaba muitas vezes por limitar a informação”.

Estas observações vão de encontro a Sousa, Frade e Mendonça (2005) que referem que independentemente da linguagem classificada utilizada é essencial a existência de campos de dados onde o enfermeiro possa introduzir texto livre.

Pelo que foi exposto e analisado anteriormente, os enfermeiros entendem que a carta de alta deve conter diversas informações, servindo para a tomada de conhecimento da situação de cada utente e também para a otimização da continuidade de cuidados, através da adequação da sua intervenção de forma a não existir falha ou sobreposição de ações e/ou informação a ser transmitida.

Assim, julgam que a carta de alta deve conter:

- Identificação do utente, com morada e contactos atualizados;
- Diagnóstico médico, motivo de internamento e tratamento;
- Complicações (alergias ou produtos mal tolerados);
- Diagnósticos de enfermagem e alterações da normalidade;
- Grau de dependência no momento da alta;
- Tratamentos a que foi submetido, o porquê e a evolução (em termos de materiais utilizados e o tipo de resposta a cada um);
- Medicação no momento da alta;
- O grau de envolvimento da família;
- Data de consultas;
- Intervenções ativas (procedimentos a que deve ser dada continuidade);
- Tipo de dieta;
- Situações de risco que necessitam de vigilância;
- Ensinos já realizados ou em que fase se encontram no caso de terem sido apenas iniciados;
- Identificação legível do enfermeiro que redige a carta de alta de enfermagem.

### 4.3. DIFICULDADES SENTIDAS PELO ENFERMEIRO QUE RECEBE UTENTES APÓS O INTERNAMENTO HOSPITALAR

Na dimensão 3 surgem duas categorias, de um lado as dificuldades sentidas pelos enfermeiros quando não recebem uma carta de alta de enfermagem de um utente e, por outro lado, as dificuldades sentidas quando recebem carta de alta de enfermagem.

No caso de não existir uma carta de alta de enfermagem, os participantes identificam como principais dificuldades desconhecer o que se passou, a orientação futura e a justificação das intervenções.

Os enfermeiros entendem que nos casos em que não existe carta de alta de enfermagem se torna mais difícil ter conhecimento daquilo que aconteceu ao utente durante o internamento. Alegam que na maioria das vezes nem os utentes nem tão pouco os familiares sabem o que aconteceu no internamento de maneira a esclarecer os profissionais de enfermagem, no que diz respeito a exames realizados, diagnóstico, terapêutica e intervenções de enfermagem. Não saber o que se passou dificulta também a vigilância posterior quando se trata de situações detetadas durante o internamento.

E10: "(...) eles não se conseguem expressar, não sabem o que tiveram, que patologia é que tiveram nem sabem sequer o nome".

E13: "(...) relativa à continuidade da terapêutica. Que não sabemos muitas vezes o que é que já foi ou não administrado... Como há bocado já tínhamos falado nas... na situação das enoxaparinas, de, de não haver ensino feito e depois também não haver registo da última. Para sabermos se podemos administrar ou fazer o ensino ou não".

E9: "(...) quanto tempo é que tiveram internados, o motivo do porquê de estarem internados, o que é que lhes disseram, se lhes fizeram algumas recomendações ou não".

E6: "(...) já me aconteceu, por exemplo, não vir carta nenhuma de enfermagem e a família a dar banho ao doente deu-lhe com pensos nas costas..."

E3: "(...) perguntamos é à família. Mas a família não nos sabe dizer o que é que aconteceu concretamente".

E1: “(...) a maior parte das vezes as pessoas não sabem explicar o que é que tiveram ou porque é que estiveram internados, principalmente se forem pessoas idosas não sabem explicar isso”.

E8: “Os de risco, situações de risco, vigilâncias, às vezes... é detetada uma diabetes, às vezes não vêm, porque isso vai implicar aaa fazer restrições, fazer dietas, fazer... e às vezes eles não vêm. Portanto, diabetes... quem diz diabetes hipertensão, ou outra coisa que...”

Outra dificuldade apontada pelos enfermeiros é o facto de, perante determinadas situações, não saberem de todo o tipo de orientação futura a seguir, como por exemplo a terapêutica que deve ser mantida, como é o caso da insulinoaterapia ou anticoagulantes, a retirada de pontos das suturas e datas de exames e/ou consultas posteriores.

E13: “(...) chegarem aqui às sete da tarde, sem... só com informação clínica, que eu não ia abrir porque não era para o enfermeiro. Não saber que insulina é que era para... para fazer, não saber quantas unidades eram para fazer, não saber a situação da doente. Como é que é... ensinar aquele cuidador aaa e pronto. E é complicado gerir esse tipo de situações”.

E12: “(...) no caso de um pós-operatório o retirar pontos. (...) sem carta de enfermagem é muito complicado”.

E9: “No caso de, por exemplo, de ser uma ferida cirúrgica suturada, se os pontos são para tirar na consulta se são para tirar no centro de saúde”.

E9: “(...) não sabem quando é que têm as consultas, não sabem sequer se vão ter alguma consulta ou não”.

E6: “(...) se vier uma carta de enfermagem (...) Eu já sei explicar àquele familiar, foi feito isto, foi feito aquilo, eu agora vou lá tal dia (...) tranquilizar a família. Porque eles chegam a casa com o doente e querem a enfermeira à cabeceira no mesmo instante”.

E1: “(...) a orientação que nós devemos dar à situação, é quase... é quase trabalhar no vazio (risos) se não temos qualquer informação”.

Os enfermeiros entendem que a falta da carta de alta dificulta, no sentido em que, perante determinada intervenção, não se perceber o porquê da mesma, ao não ser

apresentada a justificação que esteve por trás de determinada decisão e/ou intervenção.

E7: "(...) se eu tiver um doente que me traz (...) uma sonda vesical (...) mas que eu não perceba se o doente entrou em... com retenção urinária... qual foi o motivo disso acontecer? Eu não sei porque é que ele foi algaliado (...) saber exatamente o que esteve por trás da intervenção do enfermeiro. E essa é a nossa principal dificuldade, a nossa principal dúvida. Se o enfermeiro fez isto, porque é que fez?".

E3: "(...) o porquê, por exemplo, de colocar uma sonda vesical".

Quanto às dificuldades sentidas pelos participantes do estudo no caso de haver uma carta de alta de enfermagem, estas passam essencialmente pela falta de informação concreta ou objetiva, a não referenciação a cuidados específicos e o uso de linguagem característica e/ou abreviada.

Quando existe carta de alta de enfermagem, uma das dificuldades sentidas pelos enfermeiros é o facto de por vezes a informação redigida não ser objetiva ou até mesmo haver alguma falta de informação, por exemplo no caso da administração de vacinas fora do centro de saúde. Por outro lado alguma informação é vista como desnecessária tirando objetividade aos conteúdos da informação, nomeadamente a descrição exaustiva do modo de realização de determinado tratamento ou penso.

E10: "(...) num internamento de 1 mês não vão lá pôr tudo o que é que foi feito. Acho que tem que haver alguma objetividade e tem que se escrever os aspetos que realçaram mais e mais pertinentes, não é?".

E13: "(...) a carta de enfermagem não tem toda a informação de que nós necessitamos (...) Já me aconteceu não termos registo das vacinas administradas na maternidade. Sabermos que fez, porque tem a marca do BCG, mas não haver registo nem do dia nem do lote nem nada. São lapsos".

E8: "(...) o tipo de tratamento que foi feito, que às vezes não é mencionado *aaa* e que os utentes também não nos sabem explicar muito bem ao que é que fizeram alergia ou que não fizeram".

E7: "(...) descrever por exemplo como é feito um penso. Não há necessidade, a menos que seja uma coisa muito pormenorizada e muito específica".

E5: “(...) se estão algaliados, quando é que foram algaliados, se estão entubados, a data da sonda, (...) se dura para três meses ou se tem uma duração menor (...) se traz feridas, que tipo de ferida, que tipo de tratamento”.

Quanto aos cuidados específicos, os enfermeiros apontam que por vezes sentem dificuldade relativamente à especificidade técnica de determinadas situações e materiais, como por exemplo no caso da presença de cateteres subcutâneos ou drenos. Referem ainda dificuldades no que diz respeito ao tipo de sondas utilizado e datas de substituição.

E10: “(...) ainda hoje recebi uma aqui do hospital de, ele tinha algália, mas nem sei se era de... a senhora disse que era de 3 meses mas aquilo parecia-me ser de 10 dias, aquilo já estava para aí há um mês (risos). (...) quanto à algaliação sei que não tinha nada”.

E6: “(...) pensos que o doente tem e que não vêm lá... escritos, e que às vezes a família nem sabe”.

E5: “(...) situações de drenos, que também não vem nada especificado. E depois só têm consulta não sei quando e nós ficamos um bocadinho assim no vazio”.

E4: “(...) tive um utente com uma nefrostomia recentemente e (...) gerou um bocado aqui de confusão no centro de saúde porque nunca ninguém tinha lidado com uma situação específica e não estávamos todos a fazer da mesma maneira”.

E4: “É a parte técnica das coisas aaa por exemplo substituição de catéteres, datas de substituição de cateteres”.

Os serviços diferenciados e a sua linguagem específica, bem como o uso de abreviaturas características de algumas áreas ou instituições no que respeita a técnicas, diagnósticos ou exames auxiliares de diagnóstico é apontada como uma das dificuldades aquando da leitura da carta de alta de enfermagem, dificultando a completa interpretação do conteúdo das mesmas.

E13: “Se nós a nível de um... de um serviço temos determinadas especificidades e conhecemos, por exemplo as siglas, não é obrigatório que no serviço ao lado ou no centro de saúde também tenhas que as conhecer. E se me chegar aqui um... um utente com uma carta de alta e diz que esteve internado por AAA, eu não sou obrigada a saber que é um aneurisma da aorta abdominal. Depende da minha experiência e dos meus contactos prévios. Se calhar a informação que nos é

transmitida deveria ser mais clara também nesse aspeto, nas situações específicas, não deveria por exemplo ser usado *aaa* as abreviaturas”.

Perante a existência de dúvidas relacionadas com a informação ou falta dela nas cartas de alta de enfermagem, os enfermeiros identificam a forma como as solucionam.

A maioria dos participantes entra em contacto com o serviço do hospital através do telefone, após tentar resolver a situação no seio da sua equipa. Por vezes o contacto com o hospital apenas acontece quando se trata de situações muito específicas. Alguns consideram que contactar o hospital é demasiado moroso pelo que não o fazem. Há casos em que o enfermeiro procura esclarecer as suas dúvidas junto do utente e/ou familiar.

E11: “(...) geralmente vem com o número de telefone de contacto do serviço em que a pessoa esteve internada. E se houver alguma dúvida nós temos sempre essa possibilidade de telefonar e completar a informação”.

E5: “Aqui, se for uma coisa que seja mais vulgar e que nós podemos, entre nós solucionamos. Mas quando são esses tais casos (...) mais específicos de determinadas especialidades, não é? E que nós não temos conhecimento, então utilizamos sempre o telefone”.

E9: “(...) o primeiro passo é falar com o familiar, se houver. (...) caso haja alguma dúvida que não seja... que o familiar ou que o próprio utente não seja capaz de esclarecer, aí liga-se para o hospital”.

E10: “Ligar para o hospital é imenso tempo e não temos tempo a perder”.

Os enfermeiros referem que existe falha de informação entre as instituições, podendo essa falha residir no facto de os utentes não se fazerem acompanhar de um documento escrito pelos enfermeiros do centro de saúde quando se dirigem ao hospital. Sugerem como solução para facilitar a obtenção de resposta/informação de retorno, o envio de uma carta por parte dos cuidados saúde primários quando um utente se dirige ao hospital, nomeadamente nos casos de consultas. Consideram ser uma mais valia quer para informar o serviço diferenciado da evolução do processo de saúde-doença do utente, quer para facilitar o retorno de informação.

E1: “(...) tem uma ferida infetada ou... ou tá com uma alteração qualquer que nós achamos que é importante ir à dermatologia ou (...) à vascular ou outro serviço

qualquer. Eu criei uma carta de enfermagem (...) pa saber o que é que se passou durante aqueles anos (...) e para saber o tratamento atual que estava a fazer. pa também depois eles poderem orientar e sugerir até, (...) quando há *feedback* é muito mais fácil, muito melhor”.

E13: “(...) se calhar às vezes há uma falha, uma falha de informação nossa. Em relação aos doentes que temos em domicílio, por exemplo (...) no boletim de apoio domiciliário que deveríamos ter a informação e deveria acompanhar o utente. Se calhar se o boletim chegasse às mãos da equipa de enfermagem do hospital, depois poderiam dar-nos o feedback e a informação que necessitávamos”.

E11: “Dizer que também considero importante o utente que esteja em cuidados domiciliários, seguido (...) pela equipa de enfermagem do centro de saúde e que subitamente necessite de ser internado, deve levar sempre uma carta de alta, quer vá para uma unidade de cuidados continuados, quer vá para uma unidade hospitalar”.

E3: “Anteriormente nós não tínhamos *aaa* prática de fazer uso de carta de enfermagem, de referência. (...) quando nós passámos a fazer a opção por fazer uma carta de referência identificada (...) Começou a ser como que tipo já feito uma pré-triagem, uma pré-referência e já o colega quando faz... quando recebe o utente na triagem já faz o encaminhamento. É uma mais valia para a saúde do utente”.

Azevedo (2010) refere que atualmente ainda se verifica “uma visão *‘hospitalocêntrica’* da prestação de cuidados de saúde, que contribui para a crescente diferenciação e fragmentação entre as organizações, nomeadamente entre os cuidados hospitalares e os cuidados de saúde na comunidade” (2010, p. 30). Esta constatação poderá estar na origem da falha de comunicação entre hospital e centro de saúde apesar dos enfermeiros da comunidade desenvolverem esforços no sentido de facilitar o retorno da informação.

#### 4.4. ENCAMINHAMENTO DA CARTA DE ALTA DE ENFERMAGEM

Relativamente ao encaminhamento da carta de alta de enfermagem os resultados obtidos não foram incluídos na categorização por se tratar exclusivamente de informação descritiva, sendo esses resultados apresentados seguidamente.

Quanto ao encaminhamento da carta da alta de enfermagem por parte dos serviços do hospital, os enfermeiros identificam diversas formas ideais de como deveria ser feito esse encaminhamento, justificando o porquê. Identificam também a forma como a recebem normalmente.

Primeiramente os enfermeiros descrevem como entendem que o encaminhamento da carta de alta de enfermagem deve ser feito por parte do hospital. A sua escolha é unânime ao referirem que a carta de alta de enfermagem deve ser enviada por correio electrónico, justificando essa escolha essencialmente pela certeza na receção da carta, associada ao baixo custo para os serviços. A entrega da carta ao próprio utente não é colocada de parte pelo facto de este poder recorrer à assistência privada. A maioria coloca de parte o correio tradicional, pela demora que verificam na chegada da carta ao centro de saúde.

E4: “Pelo menos por duas vias, pelo menos no caso de se perder uma temos a outra via. (...) diretamente para os profissionais pode ser através de email, porque não envolve custos. (...) e depois dar uma em mão ao utente. Porque o utente pode nem recorrer ao serviço nacional de saúde, pode ir a uma clínica...”

E3: “(...) podia ser enviado por email para o serviço. (...). Mas isto é muito complicado (...) Há uns que são dependentes do mail, há outros que nem o abrem durante semanas e semanas”.

E6: “Por correio não. Por correio é impensável. (...) Chega primeiro o doente a casa que chega a carta, e depois a família não nos sabe explicar nada”.

E7: “Agora por correio não justifica porque o correio chega cá sempre muito depois, (risos), do utente. Mas ou em mão ou por email”.

E8: “É assim, por mão, ela vem sempre normalmente, porque os utentes precisam de vir cá. Vem sempre, se for necessário tratamento. Se for situações de vigilância, eles não vêm cá por causa disso. Portanto, é importante, e o email hoje em dia é uma coisa... é fácil, não é? Aaa era se calhar uma boa alternativa era ser por email”.

E9: “seria por email. (...) por fax muitas vezes os faxes estão estragados, não chegam. (...) Os telefones, é muito difícil (...) por correio perde-se, é inevitável. Há cartas que, que chegam (...) quando o familiar já lá foi (...) E por mão, é assim, (...) se tiver sido transmitida a informação de que a carta é importante chegar às mãos do enfermeiro de cuidados de saúde primários”.

E9: “Por isso acho que a situação em que se podia garantir mesmo uma boa continuidade de cuidados seria por email. Haver uma pessoa responsável no hospital, um enfermeiro que no final de turno ou durante o turno enviasse as cartas de alta e um enfermeiro que diariamente as recebesse no centro de saúde”.

E10: “(...) se calhar é por email. As novas tecnologias servem para isso e acho que é a mais... às vezes também falha mas acho que é a mais real. Por correio (...) às vezes pode não chegar”.

E13: “Por email seria o ideal. Mas isso exigia que todos os serviços tivessem informatizados, incluindo os nossos”.

A forma mais comum de receção das cartas de alta de enfermagem nos centros de saúde é pela mão dos próprios utentes. Os enfermeiros referem existir atualmente algumas situações em que a recebem por correio electrónico e esporadicamente por correio.

E3: “É em mão (...) de vez em quando lá surge uma cartinha assim pelo correio com informação clínica, mas são situações graves”.

E8: “Normalmente é em mão. As únicas que vêm sem ser em mão é da maternidade e normalmente chegam muito depois da criança cá chegar. Portanto, já não há dúvidas (risos)”.

E11: “Normalmente são os utentes que me trazem”.

E9: “(...) é sempre ou por mão ou nalguns casos por correio, mas as que chegam por correio vêm com desfasamento entre a saída do utente e a chegada da carta aí de uns 4-5 dias, que às vezes com o fim-de-semana no meio é mais do que suficiente para o utente ficar com... com falta de cuidados de enfermagem”.

Há ainda a considerar o facto de os enfermeiros referirem que o ideal será a informatização dos sistemas e a ligação em rede das instituições de saúde, abrangendo os diferentes níveis de cuidados, pois assim será permitido a todos os profissionais o acesso à informação do utente, facilitando a partilha de informação.

E12: “Qualquer dia quando o tal programa estiver a funcionar, que eu falei, basta ir ao computador, nós até sabemos o dia em que o doente tem alta, qual a medicação que ele fez. Quase que nem precisamos de carta de referência. Tá tudo no programa”.

Esta ideia é corroborada pela Ordem dos Enfermeiros (2007), ao referir que os sistemas de informação de enfermagem têm como objetivo a partilha de informação inter-instituições contribuindo significativamente para a continuidade e para a qualidade dos cuidados de enfermagem. “Ao apostar na informatização e intercomunicabilidade dos SIE, pretende-se viabilizar uma maior circulação e partilha de informação, com o aproveitamento das novas tecnologias para a prestação de um melhor e mais rápido serviço ao cidadão” (2007, p. 6).



## CONCLUSÃO

Este estudo teve como principal objetivo identificar as necessidades de informação sentidas pelos enfermeiros do centro de saúde quando recebem utentes dos serviços hospitalares. Esta problemática surge num contexto de prática profissional em serviço diferenciado, tendo por base a dificuldade sentida de adequar os conteúdos da informação partilhada em carta de alta, com as necessidades dos profissionais da comunidade.

Uma vez que o enfermeiro de família irá dar continuidade à prestação de cuidados necessária após internamento hospitalar ou simplesmente à vigilância de saúde dos utentes, a partilha de informação concreta e pertinente faz cada vez mais sentido.

Atualmente as entidades governamentais mostram alguma preocupação no sentido de desenvolverem esforços e orientações para que a partilha de informação seja feita da forma mais adequada para a melhoria da continuidade de cuidados, com vista à satisfação do utente.

Neste contexto conclui-se que os enfermeiros do centro de saúde atribuem à carta de alta de enfermagem extrema importância para a continuidade de cuidados, ou seja, para o seu trabalho junto do utente e família após episódio de internamento hospitalar. A carta de alta de enfermagem permite-lhes obter informação sobre o que se passou com o utente durante o internamento e também receber orientações no sentido da continuidade de cuidados. Por outro lado, entendem que a carta de alta de enfermagem promove a comunicação entre instituições e seus profissionais e contribui igualmente para a reaproximação dos utentes ao centro de saúde.

Os enfermeiros consideram que a carta de alta de enfermagem deve conter inúmera informação sobre o utente, dividindo essa informação em duas áreas principais: a informação relativa ao episódio de internamento e a informação relativa à continuidade de cuidados. No que diz respeito à informação relativa ao episódio de internamento, conclui-se que os aspetos relevantes a considerar são síntese do internamento hospitalar, intervenções desenvolvidas durante o internamento, medicação atualizada

no momento da alta, grau de dependência do utente e o envolvimento da família no processo de cuidados. Quanto à informação relativa à continuidade de cuidados os enfermeiros consideram indispensável a informação sobre marcação de consultas, intervenções a manter, situações a vigiar e ensinios já realizados.

Conclui-se também que os enfermeiros consideram pertinente a introdução na carta de alta de um campo de preenchimento livre, onde possam redigir texto personalizado com a finalidade de complementar a informação descrita.

Quando não recebem qualquer informação as dificuldades surgem pelo desconhecimento do que se passou durante o internamento, a falta de orientações para a continuidade de cuidados e o desconhecimento da justificação para as intervenções realizadas.

Uma vez que não se verifica uniformização relativa aos conteúdos de informação a partilhar na carta de alta de enfermagem várias são as dificuldades identificadas pelos enfermeiros quando recebem uma carta de alta de um utente. A falta de informação concreta ou objetiva, o desconhecimento de cuidados específicos por vezes necessários e o uso de linguagem característica das especialidades ou linguagem abreviada são as principais dificuldades com que os enfermeiros se deparam na posse de uma carta de alta de enfermagem.

Por fim, o estudo conclui, que o encaminhamento da carta de alta de enfermagem deve ser feito preferencialmente por correio electrónico, uma vez que se trata de um meio considerado seguro, rápido e isento de custos. No entanto fazem referência à importância de ser entregue ao utente um exemplar da carta de alta de enfermagem, uma vez que este pode recorrer a serviços privados para os quais a informação do internamento é também relevante.

Há ainda a considerar o facto de os enfermeiros referirem que, no futuro, ao concretizar-se a ligação em rede das instituições de saúde, todo o processo de partilha de informação será agilizado facilitando as tomadas de decisão e o planeamento e execução de atividades contribuindo para a melhoria da prestação de cuidados.

Relativamente às limitações do estudo, considero que devido à sua dimensão não será possível a generalização dos seus resultados. Por outro lado, a entrevista como único método de recolha de dados limita os resultados obtidos, uma vez que apresenta apenas as experiências vividas de cada participante e naturalmente apenas

aquelas que estes entenderam partilhar. Considero que, a par da entrevista os resultados poderiam ser mais ricos com a execução de uma análise de conteúdo às cartas de alta de enfermagem recebidas no centro de saúde. Os resultados do estudo são também limitados pela dificuldade na análise dos discursos dos participantes e respetiva interpretação.

Futuramente, considero pertinente a continuação da realização de estudos nesta área no sentido de aprofundar um maior número de experiências. Neste sentido, será vantajoso a procura das práticas dos enfermeiros do hospital com o intuito de perceber o seu ponto de vista sobre esta temática, procurando sensibilizá-los para a importância que a partilha de informação tem na continuidade de cuidados. Será igualmente importante a inclusão das experiências dos enfermeiros que exercem funções em unidades de cuidados continuados, uma vez que se trata atualmente de um grupo significativo de profissionais que recebem e encaminham utentes tanto do hospital como da comunidade.

Espero com este estudo contribuir para a melhoria da prestação de cuidados, através da sensibilização junto dos enfermeiros que exercem funções em serviços hospitalares para as necessidades de informação sentidas pelos enfermeiros da comunidade.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, Isabel Cristina Seabra de Almeida – **A continuidade dos cuidados de enfermagem e a sua articulação entre os cuidados de saúde diferenciados e os cuidados de saúde primários.** *Geriatrics*. ISSN 0871-5386. Ano XII: volume XII. nº 112 (Fevereiro, 1999) p. 15-18
- ALMEIDA, Patty Fidelis [et al]- **Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos.** *Caderno Saúde Pública*. Rio de Janeiro. Vol 26. Nº2 (Fevereiro, 2010), p.286-298. [consult. 08 Nov. 2012]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2010000200008](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000200008)
- AZEVEDO, Paulo M.D.S. – **Partilha De Informação De Enfermagem Sobre Os Prestadores De Cuidados: Dimensão relevante para a transição de cuidados.** - Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto. 2010. [consult. 16 Mar. 2012]. Disponível em: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/26621/2/Tese%20Mestrado%20Paulo%20Azevedo.pdf>
- BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo.** 4ªed. Lisboa: Edições 70 LDA. Outubro 2011. ISBN 978-972-44-1154-5
- BOGDAN, Robert; BIKLEN, Sari – **Investigação Qualitativa em Educação: uma introdução à teoria e aos métodos.** Porto: Porto Editora, 1994. ISBN 972-0-34112-2

- COUTINHO, Clara Pereira - **A qualidade da investigação educativa de natureza qualitativa: questões relativas à fidelidade e validade.** Educação Unisinos [Em linha] volume 12, nº1 (Janeiro – Abril 2008). [Consult. Nov. 2012]. Disponível em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/7884>
- FLICK, Uwe – **Desenho da Pesquisa Qualitativa.** Porto Alegre: Artmed, 2009. ISBN 978-85-363-2052-6
- FORTIN, Marie-Fabienne – **O Processo de Investigação: Da Concepção à Realização.** Loures: Lusociência, 1999. ISBN: 972-8383-10-X
- INE – **Estatísticas Demográficas 2009** [em linha]. Lisboa: Instituto Nacional de estatística. 2010. [Consult. 08 Nov. 2012]. Disponível em: [www.ine.pt](http://www.ine.pt)
- INE - **Censos - Resultados provisórios – 2011** [em linha]. Lisboa. Instituto Nacional de Estatística. 2011 [consult. 27 Out 2012]. Disponível em: [http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine\\_censos\\_publicacao\\_det&contexto=pu&PUBLICACOESpub\\_boui=122073978&PUBLICACOESmodo=2&selTab=tab1&pcensos=61969554](http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_publicacao_det&contexto=pu&PUBLICACOESpub_boui=122073978&PUBLICACOESmodo=2&selTab=tab1&pcensos=61969554)
- JESUS, Clarinda Sousa; SILVA, Cristina M.R.S.; Andrade, Fernanda M.M. - **Alta Clínica e Continuidade de Cuidados no Domicílio.** *Sinais Vitais.* ISSN 0872-0844. nº59 (Março, 2005) 25-28.
- Lei nº48/90. D.R. I Série 195 (90-08-24) 3452-3459.
- LUZ, Elisabete Lamy – **Importância dos conteúdos da carta de alta para a continuidade dos cuidados.** *Nursing: revista de formação contínua em enfermagem.* Ano 15. nº175 (Março 2003) p. 34-44.
- MARTINS, Jacinta Pires - **Programação da alta hospitalar do idoso um contributo para a continuidade de cuidados: estudo exploratório.** [em linha]. Porto, Universidade do Porto - Reitoria, 2003. [consult. 19 Julho 2011]. Disponível em: <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/10538>
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Sistemas de Informação de Enfermagem (SIE) – Princípios básicos da arquitectura e principais requisitos técnico-**

**funcionais**. 2007. [Consult. 25/09/2012]. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos\\_oficiais/Paginas/SIE.aspx](http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos_oficiais/Paginas/SIE.aspx)

- **PARAHOO, Kader – Nursing Research – Principles, Process and Issues**. 2º Ed. Palgrave Macmillan. 2006. ISBN 978-0-333-98727-8
- **PARDAL, Luís; CORREIA, Eugénia – Métodos e Técnicas de Investigação Social**. Porto: Areal Editores, 1995. ISBN 9726273447
- **PEREIRA, Filipe M.S. – Informação e Qualidade do Exercício Profissional dos Enfermeiros: Estudo Empírico Sobre o Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem**. Tese de Doutoramento apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Porto: [s.n.], 2009. Consult 25/09/2012. Disponível em: <http://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/7182/2/Informao%20e%20Qualidade%20do%20exercicio%20profissional%20dos%20Enfermeiros.pdf>
- **PORTUGAL. Ministério da Saúde - Plano Nacional de Saúde 2012 – 2016: 2. Perfil de Saúde em Portugal**. [em linha]. [s.i.], DGS, 2012. 41 p. [consult. 16 Mar.2013]. disponível em: <http://pns.dgs.pt/pns-2012-2016/>
- **PORTUGAL. Ministério da Saúde - Plano Nacional de Saúde 2012 – 2016: 3.2. Eixo Estratégico – Equidade E Acesso Aos Cuidados De Saúde**. [em linha]. Lisboa: DGS, 2012. 22 p. [consult. 16 Mar.2013]. disponível em: <http://pns.dgs.pt/pns-2012-2016/>
- **SILVA, Ana Maria Ferreira et al – Quais as informações que os enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, consideram essenciais para incluir nas cartas de alta/transferência hospitalar dos doentes portadores de patologia neurodegenerativa e, que são reinseridos na comunidade? Revista Investigação em Enfermagem**. Sinais Vitais. ISSN 0874-7695. nº 21 (Fevereiro, 2010) 82-95.
- **SILVA, Maria Salomé Neves - O acesso aos cuidados de enfermagem após a alta hospitalar: uma análise do impacte da partilha de informação**. Dissertação de Candidatura ao grau de Mestre em Ciências da Enfermagem. Instituto de

Ciência Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto. 2010. [Consult 10/01/2013]. Disponível em: [http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&ved=0CCoQFjAA&url=http%3A%2F%2Frepositorioaberto.up.pt%2Fbitstream%2F10216%2F26619%2F%2FTese%252026Ago2010pdf.pdf&ei=blxUd25K5OlhQfzk4CoCQ&usq=AFQjCNG6U6prJmDaEKQq2bZew7J\\_QxeF2A&sig2=yyPee0eB37gSVWvCKb-5sA&bvm=bv.43148975,d.d2k](http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&ved=0CCoQFjAA&url=http%3A%2F%2Frepositorioaberto.up.pt%2Fbitstream%2F10216%2F26619%2F%2FTese%252026Ago2010pdf.pdf&ei=blxUd25K5OlhQfzk4CoCQ&usq=AFQjCNG6U6prJmDaEKQq2bZew7J_QxeF2A&sig2=yyPee0eB37gSVWvCKb-5sA&bvm=bv.43148975,d.d2k)

- SOUSA, Paulino A.F.; FRADE, Marta H.L.B.C.; MENDONÇA, Denisa M.M.V. – **Um modelo de organização e partilha de informação de enfermagem entre hospital e centro de saúde: estudo delphi**. Acta Paulista de Enfermagem. [em linha]. São Paulo. Vol. 18, nº 4 (2005), p.368-381. [consult. 19 Julho 2011]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n4/a05v18n4.pdf>
- WOOD, Geri Lobiondo; Haber, Judith – **Pesquisa em enfermagem. Métodos, avaliação crítica e utilização**. Trad. de Ivone Evangelista Cabral. 4<sup>o</sup>ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. 330p. ISBN 8527706598.

## **ANEXOS**



## **Anexo I**

Parecer da Comissão de Ética da UICISA-E



**COMISSÃO DE ÉTICA**  
da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde - Enfermagem (UICISA-E)**  
da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC)**

**Parecer Nº 61-12/2011**

**Título do Projecto:** Continuidade de cuidados de enfermagem: articulação entre Hospital Central e Centro de Saúde

**Identificação do(s) Proponente(s)**

**Nome(s):** Custódia Sofia Santos Baptista

**Filiação Institucional:** Centro Hospital Universitário de Coimbra, EPE

**Investigador Responsável:** Prof. Doutor Rogério Rodrigues

**Relator(es):** José Carlos Amado Martins

**Parecer**

A investigadora propõe-se, no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, a realizar um estudo qualitativo do tipo exploratório com recurso à análise de conteúdo", com o objectivo central de "elaborar proposta de carta de alta que responda às necessidades sentidas de informação dos enfermeiros do Centro de Saúde que recebam utentes de serviço de Hospital Central".

Em mail enviado posteriormente ao pedido, a proponente clarifica um conjunto de questões que, no pedido enviado, estavam pouco claras.

Para atingir o objectivo será realizada pesquisa documental, em folhas de nota de alta de enfermagem e entrevistados enfermeiros a exercer funções em Centros Saúde.

Os critérios de inclusão para as entrevistas estão claramente definidos, assim como as estratégias a utilizar para o acesso às notas de alta.

O anonimato, a confidencialidade e a voluntariedade na participação dos enfermeiros são garantidos. No que se refere à análise das notas de alta, serão ocultados todos os dados que permitam identificar os doentes ou os enfermeiros que realizaram essas notas de alta.

Na folha informativa que a investigadora propõe, com vista a um consentimento informado, surgem os principais itens e inclui-se a garantia de destruição das gravações das entrevistas após a sua transcrição e análise.

Face ao exposto, somos de entender que, em termos éticos, nada há a opor à realização do estudo.

O relator: \_\_\_\_\_

*José Carlos Amado Martins*

Data: 25/01/12

O Presidente da Comissão de Ética: \_\_\_\_\_

*Albino de Sá*



UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO  
EM CIÊNCIAS DA SAÚDE



Escola Superior de  
Enfermagem de Coimbra

**FCT** Fundação para a Ciência e a Tecnologia  
MINISTÉRIO DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA E ENSINO SUPERIOR Portugal



## **APÊNDICES**



## **Apêndice I**

Guião da entrevista



GUIÃO DE ENTREVISTA

Código\_\_\_\_\_

I – Caracterização sociodemográfica

1. Sexo: feminino\_\_\_\_\_; masculino\_\_\_\_\_

2. Idade: \_\_\_\_\_anos;

3. Nacionalidade \_\_\_\_\_;

4. Estado civil \_\_\_\_\_;

5. Habilitação académica \_\_\_\_\_;

6. Instituição onde trabalha actualmente: \_\_\_\_\_;

7. Sempre desempenhou funções em Centro de Saúde? \_\_\_\_\_

7.1. No caso de resposta negativa especificar onde e durante quanto tempo. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

8. Tempo de serviço nos Cuidados de Saúde Primários:  
\_\_\_\_\_

## II – Questões de entrevista

1. Qual a importância que atribui à carta de alta de enfermagem?

1.1. Porquê?

2. Em que situações acha pertinente a elaboração de uma carta de alta de enfermagem?

2.1. Só deverá existir carta de alta no caso de necessidade de continuidade de tratamentos específicos (exemplo: realização de pensos / mudança de sondas / administração de terapêutica / outros)

3. Que tipo de informação considera útil e que deva incluir-se numa carta de alta de enfermagem?

3.1. Quais as áreas de intervenção que entende que devam ser obrigatoriamente focadas numa carta de alta? (dar exemplos: autocuidados / cuidados inerentes a situações clínicas específicas como o tipo de alimentação e/ou sinais ou sintomas a vigiar / observações (consultas/exames) posteriores programadas).

4. Quais as dificuldades/dúvidas que sente ao receber um utente após internamento hospitalar no caso de este não se fazer acompanhar de qualquer tipo de informação de enfermagem?

4.1. E no caso oposto, quando existe uma carta de enfermagem?

4.2 É usual a existência de dúvidas e/ou questões?

4.3 Em caso afirmativo como é que normalmente as soluciona? (entra em contacto com o hospital ou consulta a opinião de colegas)

5. Como entende que deveria ser feito o encaminhamento da carta de alta por parte do hospital central? (Em mão? Por correio? Por e-mail?)

5.1 Normalmente como a recebe?

## **APÊNDICE II**

Transcrição das entrevistas



## Transcrição das entrevistas

### ENTREVISTA 1

#### 1. Qual a importância que atribui à carta de alta de enfermagem? Porquê?

Eu acho que é muito importante porque pode-nos fornecer informações muito preciosas do tempo em que a pessoa esteve internada e também depois da alta para nós podermos dar continuidade aos cuidados. Acho que é muito importante, quando vêm sem informação é muito mais difícil, acho que as pessoas *hum* há coisas que se passam durante o internamento que nós acabamos por *hum* a pessoa não se lembra de nos referir e nós também não sabemos e podem ser muito importantes para a continuidade dos cuidados.

#### 2. Em que situações acha pertinente a elaboração de uma carta de alta de enfermagem?

Sempre (risos).

##### 2.1. Só deverá existir carta de alta no caso de necessidade de continuidade de tratamentos específicos? (exemplo: realização de pensos/mudança de sondas/administração de terapêutica/outros)

Eu acho que não. Porque é sempre importante ficar referido no processo do utente, seja informático seja de papel, ficar referido aquele... acontecimento. Prontos... Que pode vir mais tarde a ter peso noutras situações que venham a acontecer. Acho que tem sempre interesse.

#### 3. Que tipo de informação considera útil e que deva incluir-se numa carta de alta de enfermagem?

Eu acho que principalmente... a orientação que devemos seguir... segundo a opinião do serviço onde esteve, que devemos seguir para dar continuidade. Além disso acho que também um pequeno resumo do que se passou *aaa* o que é que aconteceu o que é... como é que foi o internamento, se houve incidentes se não houve se... prontos... porque às vezes até, por exemplo, uma pessoa vai daqui nem toma insulina e vem de lá a tomar insulina, o que é que se passou? ... Às vezes não sabemos, né? E prontos, e acho que isso tudo é muito importante para nós podermos saber o que é que se passou naquele entretanto.

##### 3.1. Quais as áreas de intervenção que entende que devam ser obrigatoriamente focadas numa carta de alta? (dar exemplos: autocuidados/cuidados inerentes a situações clínicas específicas como o tipo de alimentação e/ou sinais ou sintomas a vigiar/observações (consultas/exames) posteriores programadas).

As cartas que vêm atualmente, normalmente falam das atividades de vida diária que estão comprometidas e dos cuidados que necessitam, mas *hum* eu acho que devia vir referido, por exemplo se têm feridas ou se têm uma zona de pressão, por exemplo, vir referido nem que seja só uma pequenina zona de pressão porque às vezes é uma coisa que está no princípio quando tem alta, e que depois pode vir a evoluir (*hum*) e também relativamente à medicação, porque pode às vezes vir com alterações de medicação, embora não somos nós que prescrevemos mas também fazemos acompanhamento da terapêutica, e às vezes pode

acontecer o médico de lá ter... fez alterações ao esquema terapêutico e a pessoa não sabe explicar muito bem como é que é e se vier registado nós mais facilmente... orientamos.

*Eu: e é importante também..., imagina que, ou se têm programações posteriores aaa, imagina uma consulta que fica marcada?*

Sim também. Porque há muitas pessoas que até nem sabem ler e se nós tivermos informação até podemos telefonar a avisar "olhe que vai ter a consulta no dia tal", porque às vezes não têm familiares próximos, alguns vivem sozinhos embora têm... aqui os nossos..., nós temos muito idosos aqui na extensão e... Eles a maior parte dos idosos são acompanhados pelo centro de dia mas há muitos que não querem esse apoio, que estão mesmo sozinhos, não querem sair de casa, não querem ajuda... ir para casa dos familiares, e nesses casos, se não sabem ler, se não têm quem os ajude... Era importante que viesse pelo menos a informação para nós podermos... também os orientar, né? Porque às vezes é importante também isso.

#### **4. Quais as dificuldades/dúvidas que sente ao receber um utente após internamento hospitalar no caso de este não se fazer acompanhar de qualquer tipo de informação de enfermagem?**

Essencialmente é... saber o que é que se passou... Porque muitas vezes... a maior parte das vezes as pessoas não sabem explicar o que é que tiveram ou porque é que estiveram internados, principalmente se forem pessoas idosas não sabem explicar isso. E... depois também, a orientação que nós devemos dar à situação, é quase... é quase trabalhar no vazio (risos) se não temos qualquer informação.

##### **4.1. E no caso oposto, quando existe uma carta de enfermagem? Quais são as dificuldades?**

Quando trazem, não sinto assim grandes dúvidas, desde que venha bem preenchida... como costuma vir (risos). Felizmente não tenho muita razão de queixa em relação a isso, acho que não tenho tido assim dúvidas e também, muitas vezes se tenho comunicado também com os familiares quando são pessoas mais idosas. Mas de uma forma geral acho que actualmente até já temos... aaa... uma coisa que é pena é nós não estarmos a trabalhar em rede... se vocês pudessem ter acesso à nossa informação e nós também à vossa (risos) isso é que era o ideal. Mas não existindo, acho que a carta de enfermagem é uma boa... é um bom instrumento.

*Eu: e quando é preciso entrar em contacto? Já entraram em contacto com o próprio serviço?*

Algumas vezes já, e até os serviços conosco. Quando é situações de risco, por exemplo. Temos às vezes crianças ou grávidas que estão num serviço e que lhe detetaram uma situação qualquer de risco entram em contacto conosco e depois nós fazemos a visita domiciliária... Já tem acontecido. E também já tem acontecido eu por exemplo, vai um utente daqui que eu ando a fazer um tratamento e que por exemplo, tem uma ferida infetada ou... ou tá com uma alteração qualquer que nós achamos que é importante ir à dermatologia ou outro serviço aaa à vascular ou outro serviço qualquer. Eu criei uma carta de enfermagem também para essas situações para também mandar informação para quem recebe pa saber o que é que se passou

durante aqueles anos todos em que se... andou a ser seguido, e para saber o tratamento atual que estava a fazer, pa também depois eles poderem orientar e sugerir até, olha é melhor fazerem agora experiência com este tratamento ou com aquele, embora nós quando é essas úlceras de pressão, por exemplo, nós experimentamos tudo e mais alguma coisa, né? Porque é tantos anos de... quando há *feed-back* é muito mais fácil, muito melhor. Eu acho que é muito bom. E... mas nós também costumamos... prontos, a ter uma carta de enfermagem, que... que eu elaborei. Com... também com as atividades de vida diária comprometidas, com... com informação do tratamento que anda a fazer... um bocadinho o histórico da situação... Não só para as feridas mas para outras situações que, que nós enviamos... Quase sempre mandamos também uma informação de enfermagem... que é bom. E normalmente recebo resposta, o que é bom também (risos). Às vezes até a felicitarem, porque nem sempre dos centros de saúde, às vezes, mandam cartas de enfermagem e quando acontece eles também às vezes, também ficam contentes, por isso é bom das duas partes, eu acho.

#### **5. Como entende que deveria ser feito o encaminhamento da carta de alta por parte do hospital central? (Em mão? Por correio? Por e-mail?)**

Em mão. Os utentes normalmente também sabem que é para bem deles, também entregam sempre. Nunca tive nenhuma situação que dissesse assim, “olha, ficou lá com a carta e não entregou”. Eles normalmente vêm entregar porque sabem que é para bem deles e que... e que se trazem uma carta é porque traz uma informação que é importante para o bem estar deles e para a melhoria deles, não é?

##### **5.1 Normalmente como a recebe?**

*Eu: é assim que normalmente a recebes? Em mão?*

É, é. Nunca tive nenhuma situação que disséssemos assim “olha trouxe uma carta e não entregou”. Vêm cá sempre entregar, nem que seja só ao administrativo, mas... mas depois o administrativo quando vê que é uma carta de enfermagem entrega a mim. Já tem acontecido entregarem só ao administrativo, pensam que é para o médico e ela vê que é de enfermagem e vem-me entregar. Normalmente até há serviços que mandam uma informação médica e outra de enfermagem. Nós aqui por acaso, não tenho assim razão de queixa, temos tido bom... tanto de lá para cá como de cá para lá (risos), acho eu.

*Eu: não tenho mais perguntas, se quiser acrescentar mais alguma coisa?*

Acho que deve continuar a carta de enfermagem (risos). Que é muito importante. Para já porque dignifica a nossa profissão e o nosso trabalho e... realça o trabalho que nós desenvolvemos. Não só de uma parte como de outra... portanto na nossa área, que muitas vezes as pessoas também não têm... podem não ter tanta noção do trabalho que desenvolvemos e se nós fizermos um resumo acho que dá outra... dá outra ideia... e também porque nós também é bom sabermos do outro lado... as preocupações que tiveram com o nosso utente, porque nós como somos enfermeiros de família acompanhamos desde o nascimento até à morte. É muito giro e... e no fundo acabamos por ganhar um certo carinho pelos utentes... Era o que eu sentia falta lá no bloco era a relação com o utente, porque nós...

eles iam já com a pré-anestesia, meios a dormir não é? E depois quando saiam já ninguém se lembrava de nós e eu sentia-me frustrada com isso (risos). Sentia muito a falta do contacto com o utente. E nós aqui acabamos por ganhar um certo carinho porque vemos as pessoas a crescer, a envelhecer, a terem os filhos, a ver aqui meninos que eu pesei ali na balança dos bebés e que depois entretanto agora já são pais... é engraçado (risos), é muito giro. Por isso também gostamos de ver que se preocuparam com eles lá e que há preocupação de mandarem informação. Eu acho que é muito bom.

## **ENTREVISTA 2**

### **1. Qual a importância que atribui à carta de alta de enfermagem?**

#### **1.1. Porquê?**

Para mim é muito importante *aaa* a partir do momento em que conste *aaa* todo o processo clínico do doente e que saibamos o que se passou anteriormente, a nível do hospital, se foi intervencionado, se teve internado para despiste de complicações, se até mesmo pa fazer algum diagnóstico e... a alta depreende-se que está bem ou que vem fazer tratamento pa casa. Que tipo de tratamento ele leva, traz consigo, porque não sabemos, muitas vezes não sabemos a medicação que ele traz também. E o tratamento mais específico, não é? Concretamente *aaa* porque muitas vezes o que vocês têm no hospital nós não temos no centro de saúde. Usamos outro (*eu: em termos de materiais?*) é. E aí há uma disfunção já, entre o hospital e o centro de saúde. Porque a pessoa fica sem saber, prontos... O doente começou com um tratamento e depois interrompe por falta de material e...

### **2. Em que situações acha pertinente a elaboração de uma carta de alta de enfermagem?**

Sempre.

#### **2.1 Só deverá existir carta de alta no caso de necessidade de continuidade de tratamentos específicos? (exemplo: realização de pensos / mudança de sondas / administração de terapêutica / outros)**

Ele deve trazer sempre. Se ocorrer alguma anomalia na sua casa, não é? Quando tem alta, ele não se dirige logo ao hospital, vem primeiro ao médico de família e passa primeiro por nós, pela enfermeira de família. Aí temos consciência do que se passou, se teve internado. Porque nem os médicos, muitas vezes, têm conhecimento que ele teve internado e que teve alta para o domicílio e ninguém sabe de nada. Porque existe hiatos muito grandes entre o hospital e o centro de saúde e aí perde-se muita informação positiva que devíamos ter, não é? Porque nós, mais que os médicos guardamos muita informação. Se formos ver dos processos dos médicos não... e é verdade, eles não escrevem quase nada. Agora *aaa* temos o computador, não é? Mas, nós pomos todo o desenvolvimento no computador. Escrevemos muito mais que... até mesmo nas consultas de saúde infantil, nós fazemos o... fazemos todos os despistes, a escala de Mary Sheridan... fazemos todo o acompanhamento, até psicológico, do desenvolvimento da criança, visão, dentição, somos nós que apanhamos com isso tudo. E os médicos prescrevem só... É verdade, é verdade...

### **3. Que tipo de informação considera útil e que deva incluir-se numa carta de alta de enfermagem?**

(pausa)

Prescrição, a prescrição, não é?

O tratamento que fez ou... Cirúrgico ou... aaa a evolução aaa e o tipo de tratamento que deve ser feito, ou em casa ou connosco, enfermeiros. E depois haver uma certa ligação entre nós e o hospital. Haver um contacto direto... este doente veio cá e tal... por isto ou por aquilo... fizemos este tratamento, mas vimos que não está a melhorar. Haver um diálogo (*eu: contacto posterior?*) sim sim, eu acho que devia haver até uma comunicação... porque parece que somos duas entidades diferentes.

#### **3.1 Quais as áreas de intervenção que entende que devam ser obrigatoriamente focadas numa carta de alta? (dar exemplos: autocuidados/cuidados inerentes a situações clínicas específicas [como o tipo de alimentação e/ou sinais ou sintomas a vigiar/observações (consultas/exames) posteriores programadas]).**

Tudo tudo tudo. Tudo porque nós fazemos domicílios. (*eu: tipo de alimentação com que sai?*) sim sim sim. E nós muitas vezes se o doente precisa de ser acompanhado em domicílio, ou ser vigiado, não é só fazer tratamentos, mas vigiar o comportamento dele com os seus hábitos alimentares, de... pronto, os seus hábitos de vida diária... Eu acho que devíamos ser informados até para haver um certo controlo, se ele tá a proceder bem ou não, ou tá a transviar por outros caminhos.

*Eu: e nomeadamente se, por exemplo, quando saem com consultas e exames marcados também é importante trazer essa indicação? Das datas e tudo mais?*

Exato, exato. Para não coincidir. "Ai hoje não vim à consulta porque tive consulta no hospital". É a tal coisa, são duas entidades diferentes e a pessoa não sabe o que é que se passa nem num lado nem noutro.

### **4. Quais as dificuldades/dúvidas que sente ao receber um utente após internamento hospitalar no caso de este não se fazer acompanhar de qualquer tipo de informação de enfermagem?**

Estupefação. Porque não sei o que é que se passou, o doente não sabe explicar, a pessoa não sabe se ele teve alta com melhorias ou se tem alta para continuar um tratamento em casa... e estamos aí na incógnita. É que eles nem os medicamentos sabem dizer quais são, são os comprimidos azuis, amarelos, verdes, vermelhos, para nós aquilo são smarties. E a pessoa não sabe o que... acho que deveria ser... é muito importante.

#### **4.1 E no caso oposto, quando existe uma carta de enfermagem?**

É... não há informação concreta... porque vocês têm aquelas cartas já escritas. É ou não é verdade? É mandar imprimir aquele papel, assinar, penso com betadine e soro fisiológico, assinam e toca a andar. Nem se sabe quem assinou, fazem assim uns gatafunhos. Mas a informação que deve ser dada não está lá.

#### **4.2 É usual a existência de dúvidas e/ou questões?**

Sim, muito muito. Uma pessoa olha para aquilo, sim senhor mas o que é que fizeram? A pessoa não sabe.

#### **4.3 Em caso afirmativo como é que normalmente as soluciona? (entra em contacto com o hospital ou consulta a opinião de colegas)**

Não (*em relação ao contacto*), porque muitas vezes não há tempo nem espaço para isso. Porque apanhamos o doente que vem, vem com a carta, de manhã temos a sala de pensos, geralmente temos a manhã destinada para os pensos e para os domicílios. À tarde temos que... o seguimento a maior parte das vezes das consultas, as nossas consultas de enfermagem, e depois vão para a consulta médica, e nessa altura nós com a carta olhamos para a ferida e através do nosso diagnóstico nós procuramos adequar o tratamento.

*eu: então nunca chegou a entrar em contacto com (interrompida)?*

Muitas vezes nem sabemos de onde é que, se vem da cirurgia, se vem da medicina porque vem o envelope do hospital, vem a carta de enfermagem e não diz... é capaz de dizer medicina, mas não é bem... há muitas vezes, nem especifica concretamente o sítio de onde vem o doente.

#### **5. Como entende que deveria ser feito o encaminhamento da carta de alta por parte do hospital central? (Em mão? Por correio? Por e-mail?)**

Eu acho que... Ou por correio ou por e-mail. Hoje em dia há comunicação. Seria mais fácil chegar até nós... ou por carta, pois. O e-mail é seguro. Ia lá ter ao médico de família e o médico de família enviava-nos esta informação a quem pertencesse, porque ele tá distribuído, o doente tá distribuído a um médico de família e a uma enfermeira e o médico teria que nos fazer o favor de nos... (*eu: ou então mandar para a enfermeira?*) sim, desde que, sabes que hoje em dia com a falta de pessoal, a reforma, as pessoas que estão doentes, nós temos que andar a substituir... há uma enfermeira de família mas temos que andar a saltitar... o verão todo andei em [palavra incompreensível]... porque a colega teve bebé e eu fui destacada... porque faz parte das nossas escalas de inter-substituição e temos que andar por aí e geralmente por mais que queiramos não podemos ter... dizer este lugar é meu, não é?

#### **5.1 Normalmente como a recebe?**

É por mão. Ele traz uma para o médico e outra para a enfermeira. Quando há tratamentos a fazer, quando não há, nem sequer sabemos.

*Eu: nem sequer traz carta?*

Traz geralmente para o médico. Há uma carta para o médico e muitas vezes há doentes despistados que nem sequer nos dizem, e chegam lá dentro é que entregam ao médico, e nós nem sabemos que ele muitas vezes... a não ser que haja uma certa confiança com o doente, e temos, geralmente temos. Mas eles dizem "ah tive lá fiz isto fiz aquilo tive só internado, fiz uns exames", mas muitas vezes não especificam, até que tipo de exames, que uma pessoa fica assim... "bem não vou estar para aqui a pedinhar nem tenho uma bola de cristal pa saber, olhe teve no hospital", é esse é que é o problema. Perde-se muito, muita coisa importante do doente

pela falta de comunicação, porque eles não sabem a nossa linguagem não é? E pensam que saindo do hospital estão tratados. Muitas vezes não é verdade, nem temos suporte económico pa tratar um doente “*ad eternum*” num hospital. E há muita informação que se perde, que se podia ganhar em qualidade de saúde perdemos por falta de comunicação.

### **ENTREVISTA 3**

#### **1. Qual a importância que atribui à carta de alta de enfermagem?**

##### **1.1. Porquê?**

A carta de alta é bastante importante por causa da situação da continuidade de cuidados ao utente. Se ele vem do hospital sem qualquer informação *aaa* nós ficamos assim sem saber o que é que fizeram, para nós darmos continuidade, ou se é necessário chamar o médico se é, pronto se vem medicado, se não vem medicado, se está equilibrado a nível de... pronto, do estado do próprio utente. Isso é importantíssimo para darmos continuidade aos cuidados a prestar ao utente.

#### **2. Em que situações acha pertinente a elaboração de uma carta de alta de enfermagem?**

Em todas as situações *aaa* tanto o utente que vai dos cuidados de saúde primários para o hospital, se for encaminhado pela parte médica, pronto. Suponhamos a situação do domicílio, não é? *Aaa* Se o enfermeiro achar que o utente não está bem, deve chamar a ambulância, encaminhar para o serviço de urgência, para o hospital. Anteriormente nós não tínhamos *aaa* prática de fazer uso de carta de enfermagem, de referência. Fazíamos o encaminhamento apenas. Depois chegava lá ao serviço de urgência e o utente andava para trás e para a frente, como que empurrado de maquina pa parede, maquina pa outra parede e ninguém quase que pegava numa situação, pronto, era uma situação, era um velhote, um idoso que às vezes nem falava e empurrava-se para ali e andava para ali. E às vezes até acabava por falecer no serviço de urgência. E depois quando nós passámos a fazer a opção por fazer uma carta de referência identificada, o motivo do qual nós encaminhávamos o utente ao serviço de urgência *aaa* esse utente deixou de andar pa um lado e para o outro encostado à parede dentro da maca. Começou a ser como que tipo já feito uma pré-triagem, uma pré-referenciação e já o colega quando faz... quando recebe o utente na triagem já faz o encaminhamento. É uma mais-valia para a saúde do utente. Agora, é importante também recebermos uma cartinha quando o utente vem do hospital para o domicílio, ou vem para o centro de saúde, para nós darmos continuidade, saber o que é que aconteceu com aquele utente para ele ter ido ao hospital, e posteriormente pa darmos continuidade também aos... à prestação de cuidados. Portanto, esteja ele em domicílio ou esteja ele *aaa* no serviço cá no centro de saúde.

## **2.1 Só deverá existir carta de alta no caso de necessidade de continuidade de tratamentos específicos? (exemplo: realização de pensos / mudança de sondas / administração de terapêutica / outros)**

É assim aaa eu concordo que haja uma carta de referência em todos os utentes que sejam dependentes e que necessitem de vigilância, mesmo que não necessitem de cuidados, pensos, injeções, sondas nasogástricas. Mas que estiveram... Não precisam nada disso. Tá impecável. Mas é um utente que é dependente ou semi-dependente, eu acho que devia haver uma carta de referência sempre, para o, pronto, o enfermeiro ou o médico de família. Porque é assim, mesmo este utente, se nós tivermos uma carta a dizer que ele está, suponhamos que ele teve um AVC e foi ao hospital e por motivos ficou hemiplégico ou uma coisa assim parecida. Não tem necessidade de cuidados a nível de pensos ou de sondas nasogástricas ou sondas vesicais. Mas é importante nós recebermos, cá no centro de saúde, porque nós temos por prática fazer uma visita domiciliária a esse utente. Se nós não tivermos nenhuma carta de referência do enfermeiro ou do médico, da situação do utente aaa não sabemos que aquele utente teve um AVC. Não somos bruxos, não é? É claro que, por exemplo, normalmente o médico costuma receber a cartinha, e é o médico depois que vem ter com o enfermeiro e diz “olhe o senhor fulano tal teve um AVC e é necessário fazer uma visita domiciliária para ver o que é que se passa”. Porquê? Porque este utente, mais dia, menos dia, se estiver mesmo dependente, os familiares não tiveram formação específica ou formação no hospital em termos de posicionamentos, em termos de transporte ou em termos de transferência. E ou temos o familiar aqui nos serviços, no médico com um problema na coluna, com lombalgias, com essa situação toda e temos posteriormente um utente com escaras, porque o cuidador não está bem, automaticamente não cuida como deve ser. Se nós não tivermos uma carta mesmo sem qualquer tipo de problemas imediatos, não é? Mas nós não sabemos, não somos bruxos. Não descobrimos que aquele senhor teve um AVC, e se nós recebêssemos uma carta a informar que “o fulano tal teve internado no serviço tal, tá dependente e não sei quê”... mais nada. Automaticamente nós, os serviços de cuidados de saúde primários, por iniciativa falamos com a família e marcamos uma visita domiciliária para ir ver em que condições é que aquele utente está. Portanto, mesmo sem feridas, sem pensos acho que sim, é bastante importante nós termos essa carta.

*(eu: e no caso, por exemplo, da pessoa em termos de autocuidados ser independente?)*

Se for independente não, pronto não. Não nos vamos... se o utente é independente, se o utente consciente orientado e independente nas suas atividades de vida diária. Se não tem qualquer tipo de problema, pronto, suponhamos que não tem... caiu, fez uma ferida e precisa de um penso, aí sim precisa de uma cartinha. Mas se caiu não fez nada e lá no hospital disseram assim “pronto, olhe vá pra casa não tem nada partido, não tem arranhão, não tem nada, não há problema nenhum”. É uma pessoa independente que, se houver alguma situação tem capacidade de se dirigir ao próprio centro de saúde. Essa parte penso que... poderá não se justificar essa carta.

### **3. Que tipo de informação considera útil e que deva incluir-se numa carta de alta de enfermagem?**

Ah... pois. Isso temos que saber o porquê, o problema. O que é que foi realizado para tentar minimizar esse problema, ou tentar resolver esse problema, as atividades. O que é que o utente... identificar todas as... pronto além do problema é identificar todas as coisinhas que foram... alterações, o estado de consciência, se houve alteração de consciência se não houve, se o porquê, por exemplo, de colocar uma sonda vesical. Por exemplo, às vezes há um utente que se dirige ao serviço de urgência com uma dor por... porque tem... um problema a nível da próstata, é mais os homens, esta situação acontece é mais com os homens, tem o problema... e é-lhe colocado uma sonda vesical e posteriormente dizem apenas que é para remover ao fim de, mas não dizem, acho que devia ser identificado, que deverá realizar análises à urina ou ao sangue antes de remover. Portanto, encaminhar o utente, fazer uma referência, ou seja, mas... é claro que nós também temos que saber que o utente não pode, não podemos tirar a sonda ao fim daquele tempo mesmo tendo orientação médica *aaa* ou do colega que escreveu a cartinha para remover a sonda assim de ânimo leve. Nós nos serviços não fazemos. Chamamos o médico e o médico assume a responsabilidade de remover na totalidade ou apenas substituir. Porque às vezes acontece essa situação. É que traz a identificação do problema, tudo bem, bonitinho, e “remover sonda ao fim de”. Pronto, nós o enfermeiro que somos bem mandados cumprimos ali aquilo e depois, a sorte do utente é se nós removermos a sonda de manhã e ele ao fim do dia vai lá ter connosco porque não consegue urinar, mas se formos à noite vai ter que andar toda a noite na urgência e depois na urgência não é urgente e a situação de retenção urinária vai andar, estar ali e depois desespera-se e é malcriado com os colegas que estão na urgência. E depois há ali um desacato desgraçado. É assim, acho que é identificar tudo pormenorizadamente e não dizer “remover a”. Seria “tem indicação para ser removido se houver condições não sei quê”. Porque às vezes o texto que vem ali *aaa* é um bocado complicado. Mas todas as atividades que foram, o problema, as atividades desenvolvidas para contornar o problema e algumas observaçõezinhas que... de intercorrência. Sei lá, se ao colocar a sonda houve hemorragia se houve sangramento se houve *tatata*. Todas essas coisas que poderá desencadear, por exemplo, à posteriori, uma infeção urinária, que nós retiramos a sonda conforme lá está prescrito e que o utente depois *aaa* aparece-nos com uma infeção urinária e nós dizemos “atã mas não havia justificação para isto” mas se nas notinhas, lá na cartinha, por exemplo tiver, “hemorragia na introdução da sonda ou na colocação de sonda por, pronto, dificuldade *tatata*”. À partida nós sabemos que se o senhor não urina ou tem uma infeção urinária, nós fazemos um testinho de combur, um testinho rápido e sabemos o porquê daquela infeção. Eu acho que é importante.

**3.1 Quais as áreas de intervenção que entende que devam ser obrigatoriamente focadas numa carta de alta? (dar exemplos: autocuidados / cuidados inerentes a situações clínicas específicas como o tipo de alimentação e/ou sinais ou sintomas a vigiar / observações (consultas/exames) posteriores programadas)**

Então era aquilo que a gente ainda agora acabou de falar. É o problema, identificar aquilo que foi realizado para contornar o problema e não esquecer de alguma nota de intercorrência ou não sei quê. E dar as orientações *aaa* dar orientações, não é dizer “em tal dia remover”, neste caso que nós estamos a falar de uma sonda vesical, não é? Por exemplo, é claro, por exemplo se vai um indivíduo com um tamponamento por epistáxis, ele diz “remover ao fim de 48 horas”, mas agora atualmente existem já uns pensos absorvíveis, pronto, degradáveis com o tempo e nem todos os serviços têm. E quando nós vamos a remover se não cumprimos minimamente o espaço, que às vezes o utente acha que aquilo tá incomodativo, não é? E não espera pelas 48 horas, vem antes. Sem carta de alta nós vamos ter aqui um pequeno desentendimento com o utente. Porque o utente quer tirar e nós dizemos “ainda não tem tempo, então e quando é que isso foi colocado?” “Ah foi ontem”. “Então mas ainda não tem 48 horas”. “Ah mas isto tá-me a incomodar, não consigo respirar, *tratratatata*”. Pronto. Depois temos que chamar o médico, depois o médico demora três quinze dias porque está a meio de uma consulta, pronto. O utente por causa da falta de uma carta de alta, nós enfermeiros temos que nos agarrar entre aspas, para conseguirmos convencer um utente que ainda não está *aaa* na hora. Se não a temos, temos que ir chamar o médico que é para dizer “não, não pode fazer porque ainda não chegou o tempo”, “se nós retirarmos corre o risco de correr mal aquilo que você fez ou que lhe fizeram”. E sem uma carta de alta é assim um bocadinho, para nós é um bocadinho complicado. E para conseguirmos satisfazer a vontade do utente, porque às vezes eles querem tirar tamponamento. Tirar pontos, até de cirurgia, cirúrgicos, “ah tá bom, tá sequinho”. “Oh, mas não tem tempo ainda”. Nós dizemos “mais vale pecar por excesso do que por defeito”. “Ah, a enfermeira é que sabe. Mas isto tá bom, pode tirar, eu responsabilizo-me”. É, e depois se corre para o torto eu quero ver quem é que te casca em cima, e sem carta *oh oh!* Ainda pior. Sem carta, ainda pior.

**4. Quais as dificuldades/dúvidas que sente ao receber um utente após internamento hospitalar no caso de este não se fazer acompanhar de qualquer tipo de informação de enfermagem?**

É como, desculpa lá a expressão, a olhar um burro para o palácio. Por exemplo, o utente chega, não traz qualquer referência do que é que aconteceu, pronto. À partida nós conseguimos a olhar para o utente ver o que é que aconteceu. Voltamos outra vez, por exemplo, ao AVC, a uma trombozesinha. Não é? O utente vem para casa, nós olhamos para ele e perguntamos é à família. Mas a família não nos sabe dizer o que é que aconteceu concretamente. Nós temos que olhar para o utente e ser tipo bruxo, entre aspas, para tentar adivinhar o que é que aconteceu com o utente. Com uma cartita de enfermagem, uma carta de de enfermagem, carta de alta, pelo menos tinha lá identificado o problema e o que é que foi

feito, porque as notinhas *aaa* pelo menos nós aqui em Aveiro não temos razão, na parte de internamento vem sempre as notinhas, se o utente tá dependente, ou semidependente, o que é que aconteceu, quais são as recomendações *aaa*, que eles fazem, pronto, ora sem essa carta é como que ir à pesca sem saber o que é que lá está dentro, o que é que nós vamos encontrar. Porque é assim, ele até pode ter tido um AVC, mas *aaa* e pode falar, mas pode não falar, e pode não ter família porque nós temos aqui muitos utentes que, isso é outra coisa, com que nós nos deparamos na comunidade. Por exemplo, utentes já com alguma idade, já velhotes, com... que vivem sozinhos e têm o apoio das instituições *aaa* dos centros de dia ou até de voluntárias que visitam aquele utente, pronto. E *aaa* o utente tem alta, teve um AVC ou partiu um braço, ou partiu uma perna, e vem para casa. Agora, quem é que cuida deste utente? O serviço social manda o utente para casa, porquê? Porque quem o levou lá foram as senhoras do centro de dia, porque chegaram lá para lhe dar o banho ou entregar o comer e encontraram a senhora ou o senhor deitado no chão, "ai ai ai". Vêm os bombeiros, levam para o serviço de urgência do hospital. Está lá mais uns dias, dois, três, quatro, cinco dias. Entretanto, põem-lhe um gesso, não têm coiso, têm que... sair do hospital porque precisam da cama, não têm lugar nos cuidados continuados, nos, pronto na, agora atualmente existem determinados sítios onde podem fazer o encaminhamento deste utente, mas este utente *aaa* não tem vaga nessa instituição, porque para ir para lá tem que estar numa lista de espera, isso é outra coisa também, e como não tem vaga vem o bombeiro, vai lá buscar junto com, porque telefona à pessoa ou à instituição que entregou lá o utente. As pessoas dessa instituição vão lá, o utente tem alta, trazem-no para casa. E depois? Elas vão lá dar-lhe o banho, vão lá levar-lhe a comida e o resto do tempo? O utente está sozinho. Faz as necessidades na cama, se for no caso de uma perna partida. Se for no caso de um AVC, eu quero ver como é que se faz o posicionamento, de x em x horas, e o serviço social dá alta a um utente destes. E depois o enfermeiro se não nos faz uma carta de referência, não adivinhamos que este senhor ou esta senhora está *aaa* em casa dependente. Porque nós, se for preciso, até fazíamos uma visita, por exemplo de semana a semana, ou de 15 em 15 dias porque era uma pessoa independente e íamos lá só fazer tipo uma visita de cortesia, e deixámos de saber para onde é que o utente foi e depois os vizinhos, ninguém conhece ninguém, tá tudo assim metido dentro de casa, e ninguém conhece ninguém, pronto. E perguntamos e não nos sabem dar resposta, se sabem também não nos querem dizer. Quer dizer, uma carta de alta é bastante importante para nós. Isso para a prestação de cuidados, *ppffff*.

#### **4.1 E no caso oposto, quando existe uma carta de enfermagem?**

#### **4.2 É usual a existência de dúvidas e/ou questões?**

Não, normalmente, pelo menos as cartas de alta que nós temos, só surgem dúvidas por exemplo, se houver esquecimento, às vezes acontece. Por exemplo, uma dúvida que agora noutra dia aconteceu, não é dúvida, pronto, porque nós também temos olhinhos e também conseguimos identificar que, o que lá está... É assim, o colega fez a carta de alta no turno anterior, isto dá-nos a sensação que é assim. Portanto o utente tem alta, e fez a cartinha de alta. Identificou o problema, as atividades realizadas, tudo direitinho, não sei quê e diz assim

“utente com sonda vesical não sei quê” porque às vezes coloca-se sonda vesical por algum motivo, por exemplo até para, eles têm muito hábito aqui de colocar sonda vesical a uma pessoa que está acamada por causa de diminuir o risco da úlcera de pressão. Por causa da urina, a humidade, pronto, o ácido da urina, e o tempo, como eles não têm muitos enfermeiros, aaa, há determinados serviços que às vezes fazem isso não é? aaa, e depois dizem assim: utente portador de sonda para prevenção de úlcera, remover aaa, quando necessário ou ao fim de não sei quê, pronto, e quando nós vamos a ver o utente, quando chega a casa já não traz sonda (risos). Ou seja, a carta de alta foi feita tipo, no turno anterior mas quem dá alta é o colega do turno da tarde, suponhamos, e já fez a remoção da sonda porque, pronto só estava para aquele momento, ou aquele efeito, ou aquele período de internamento, pronto, sei lá, às vezes acontece, começa a ficar um bocadinho com rubor, tipo vai surgir aqui uma úlcera e antes que ela surja, porque há limitação do número de colegas no internamento, em número de relação de camas para prestar cuidados aos utentes e para minimizar é-lhe colocado uma sonda para prevenção, por causa da urina não causar mais danos, e depois, por exemplo acontece isto. Pronto, é uma coisa que às vezes surge, mas isso não quer dizer que o colega que tenha falhado, não. Acho que não, pronto, acontece de vez em quando.

#### **4.3 Em caso afirmativo como é que normalmente as soluciona? (entra em contacto com o hospital ou consulta a opinião de colegas)**

#### **5. Como entende que deveria ser feito o encaminhamento da carta de alta por parte do hospital central? (Em mão? Por correio? Por e-mail?)**

É assim aaa atualmente, se os serviços... É assim, os serviços estão todos informatizados, primeira coisa. Devíamos estar todos ligados em rede, pronto. É assim, eu devia ir ao processo do utente, estando eu aqui no centro de saúde e lá, no processo do utente ter tipo um visor, eu não digo ver o processo todo, mas pronto, tipo um visorsinho que desse aaa só para vermos que o utente esteve internado no serviço tal e teve alta no tal dia, pronto. Aaa automaticamente depois o médico poderia ter acesso ao processo clínico, pra nós visualizarmos a parte de enfermagem e o médico visualizar a parte médica, o processo, só visualizar, não era... inclusive, por exemplo aaa o utente chega ao serviço lá do hospital, à urgência, suponhamos, com um corte. E vão-lhe perguntar “tem o tétano em dia?”, então será que os serviços estando em rede, ao clicarem viam automaticamente a ficha de vacinas do utente. E às vezes o utente não sabe, mas até tem em dia, só que já tomou, sei lá, há uns quatro, cinco, seis anos, não é? Aquilo tem validade para dez. E há vacinação do utente novamente. Depois ele traz uma cartinha em mão, a dizer que, pronto, aconteceu isto, a identificar o problema, e depois “feita vacina do tétano lote tal, não sei quê”. Quando não havia necessidade de estarmos a gastar. Estamos a aumentar os nossos custos, quando não há necessidade, porque o utente até tinha a vacina em dia só que já foi há uns anitos, já não se lembrava. Quer dizer, se estivesse em rede, automaticamente nós não precisávamos de andar com papéis para trás e para a frente, nem estarmos a preocupar com um email ou... É assim, podia ser enviado por email para o serviço. Nós aaa que somos pequenitos, pequenitos entre aspas, pronto, temos um serviço

centralizado, podia ser encaminhado para aquele mail, do serviço, e o administrativo que está responsável, depois posteriormente encaminhava para o médico. Mas isto é muito complicado. Nem todos os administrativos fazem isso, nem toda a gente está desperta, até médicos e colegas enfermeiros, a visitar o email todos os dias. Há uns que são dependentes do mail, há outros que nem o abrem durante semanas e semanas, e a caixinha rejeita os emails porque está entupida, porque ninguém abriu, ninguém pôs fora ninguém viu. E há médicos e enfermeiros assim, com caixas de correio assim. Também para vir por email para, é um bocado... Pronto. Nas condições que estão, mandar ou por correio ou por mão do utente ou familiar. É assim, é claro que há situações graves que enviado por... pela mão do utente, quando são situações graves recebemos por correio. Tanto aqui, até mesmo do hospital. Por exemplo, nós tivemos uma criança, com dois anos mais ou menos, foi feito diagnóstico e foi encaminhado para a pediatria, e tudo bem, depois a pediatria encaminhou depois para Coimbra, para o pediátrico, pronto assim uma complicação. E quem trouxe a carta de informação do que se estava a passar com a criança foi o correio, não foi a família. Porque a notícia que vinha para o médico, a informação que vinha para o médico *aaa* quer dizer se viesse por mão os pais provavelmente teriam a tentação de abrir a correspondência, e eu acho que sim. Quem fez a carta para, pronto, foi um médico que enviou para o colega médico mas mandou por correio, não pela mão da mãe ou do pai. *Aaa* neste caso concordo. É uma situação grave e para o médico de família ficar conhecedor da situação *aaa* e os pais não abriram a carta, porque é assim, eles até abrem a carta e até lêem, mas entram em pânico, porque nós usamos aqueles termos técnicos, não escrevemos com, há pais que são cultos e... há outros que olham para aquilo e vêem aqueles nomes técnicos e aquilo é um bicho de sete cabeças. Aquilo é um mal ruim e estou a morrer porque tenho não sei quê, *tararara*. Isto é a mesma coisa que dizer ao utente que tem uma virose, "tá com uma virose, não há problema, isto é uma virose *tararara*". "Ihh eu tenho uma virose". Que é que é uma virose? É uma constipaçãozita, não é? Se dissermos ao utente "ah isso é uma constipação, não se preocupe, não sei quê". Ele fica descansado e não faz escândalo nenhum. "Ah isso é uma virose". "Uma virose senhora doutora? Ai meu deus do céu, que vou morrer". "Uma virose?" Pronto, ou seja, o utente não reconhece determinados termos técnicos, é assim, pode não ser nada como também pode ser. Nesta situação eu concordei com a atitude que o médico teve, em mandar a informação clínica por correio, e não por mão dos pais, do utente, neste caso eram pais mas podia ser do utente, não é? *Aaa* concordei, quando é assim situações *aaa* coiso, acho que não deve ser enviado por mão do utente. A curiosidade do utente... eu falo por mim também como utente, não é? Pronto *aaa* mas pronto por cartinha, tudo bem na mão do utente, mas se for assim uma situação grave eu concordo que não deve ser enviada por... em mão.

### **5.1 Normalmente como a recebe?**

É em mão, é. Todas as cartinhas é em mão, tirando estes casos assim. *Aaa* pronto que veio pelo correio, mas é muito raro esta situação acontecer, de vez em quando lá surge uma cartinha assim pelo correio com informação clínica, mas são situações graves, não são situações *aaa* de resto é em mão ou o familiar ou o próprio utente traz a cartinha dirige-se à

secretaria e a secretária entrega a cartinha, ou ao médico ou ao enfermeiro, consoante a situação. E de momento acho que é a melhor forma, porque o sistema informático, agora que as verbas foram todas cortadas, *oh oh!* Nunca mais cá chegava (risos) ao menos assim ainda chegam.

## **ENTREVISTA 4**

### **1. Qual a importância que atribui à carta de alta de enfermagem?**

#### **1.1. Porquê?**

É muito importante para a continuidade dos cuidados. Porquê?...Porque... oh pá, porque estabelece uma... é uma via de comunicação entre ambas as partes, entre o hospital e o centro de saúde. Pode ser extremamente importante, por exemplo se houver dúvidas, se houver tipo uma complicação... uma complicação cirúrgica pode, oh pá, pode funcionar ser um, oh pá, um veículo de informação e, oh pá, promove a comunicação entre hospital e centro de saúde.

### **2. Em que situações acha pertinente a elaboração de uma carta de alta de enfermagem?**

Em que situações, oh pá (risos), mas relativamente ao teu serviço de gastro, ou a qualquer serviço?

*Eu: relativamente a um serviço de hospital... hospitalar.*

Oh pá, quando há necessidade de continuidade de cuidados é sempre, não é? Depende de situação para situação.

*Eu: e por exemplo em caso em que não haja aquela continuidade imediata?*

Acho que é bom o utente trazer sempre alguma informação de enfermagem especificamente, o que acontece é que às vezes ou só trazem para o médico ou só trazem para o enfermeiro...

#### **2.1 Só deverá existir carta de alta no caso de necessidade de continuidade de tratamentos específicos? (exemplo: realização de pensos / mudança de sondas / administração de terapêutica / outros)**

Não. Não só... Era o que estávamos a falar. Oh pá... carta de alta pode... Pode não ser necessária num tempo imediato mas... Mas a médio prazo.

### **3. Que tipo de informação considera útil e que deva incluir-se numa carta de alta de enfermagem?**

Oh pá, desde, olha desde aspetos, oh pá, desde aspetos relacionados com internamento, a causa da admissão do utente, o que é que fizeram ao utente, possíveis complicações aaa desde também a história... história clínica do utente pá, oh pá toda a informação necessária para uma boa prestação de cuidados.

#### **3.1 Quais as áreas de intervenção que entende que devam ser obrigatoriamente focadas numa carta de alta? (dar exemplos: autocuidados / cuidados inerentes a situações clínicas específicas como o tipo de alimentação e/ou sinais ou sintomas a vigiar / observações (consultas/exames) posteriores programadas).**

Oh pá... Áreas de intervenção, estas áreas de intervenção terão de ir... oh pá diretamente aos, oh pá, às necessidades do utente, né? As obrigatórias são aquelas... obrigatórias para aquele utente, claro que deve haver uma matriz, uma matriz aaa oh pá, uma matriz que passa pelas necessidades do utente. Oh pá, depois cada utente, de utente para utente há áreas... Por exemplo em gastro nem vais ter áreas mais específicas aaa

*Eu: porque às vezes também detetamos aaa imagina, a história das pancreatites e tudo o que é coledocolitíase, altera um bocado as glicémias, nós às vezes mandamos sugestões de vigiar isto, vigiar aquilo...*

Concordo... (risos)

*Eu: imagina, quando ficam com exames e consultas posteriores, é importante essa informação?*

Acho que sim, acho que devemos saber o... É importante, até para, até porque vamos passar a seguir o utente no centro de saúde, é importante planearmos, até se nós próprios tivermos dúvidas, ou se o utente colocar-nos dúvidas, não tivermos à vontade para abordar determinado assunto para sensibilizá-lo para perguntar na próxima consulta ou planearmos os nossos cuidados, baseado nas datas das consultas

#### **4. Quais as dificuldades/dúvidas que sente ao receber um utente após internamento hospitalar no caso de este não se fazer acompanhar de qualquer tipo de informação de enfermagem?**

Oh pá, geralmente aaa oh pá, geralmente tem a haver mais com situações específicas, geralmente para retirar pontos quando não trazem nenhuma informação aaa ponderamos a data de retirada dos pontos, mas, para uma informação necessária... pá, geralmente há mais dúvidas... olha, tive um utente com uma nefrostomia recentemente e os cuidados a ter ao catéter de nefrostomia, oh pá, gerou um bocado aqui de confusão no centro de saúde porque nunca ninguém tinha lidado com uma situação específica e não estávamos todos a fazer da mesma maneira e nem sabíamos qual a maneira mais correta de fazer, e então como não tínhamos nenhum contacto do hospital... foi nos Covões, era uma utente dos Covões e oh pá, tivemos alguma dificuldade... só depois de alguma pesquisa nossa é que chegámos a um bom cuidado. Eu acho que numa carta de alta, por exemplo, deveria estar oh pá, para já o um enfermeiro de referência no serviço de gastro, a quem pudéssemos ligar, um número direto em caso de dúvidas, até mesmo para o utente também ligar, nós ligarmos, ou outra forma de contacto, ou mail, mas acho que enfermagem devia ser falar com outro enfermeiro... por telefone é mais fácil.

##### **4.1 E no caso oposto, quando existe uma carta de enfermagem?**

##### **4.2 É usual a existência de dúvidas e/ou questões?**

É quando são cuidados muito específicos, as dúvidas que existem é mais... É a parte técnica das coisas aaa por exemplo substituição de cateteres, datas de substituição de cateteres por exemplo. Já disse aquilo dos pontos. Aaa não me estou a lembrar...

#### **4.3 Em caso afirmativo como é que normalmente as soluciona? (entra em contacto com o hospital ou consulta a opinião de colegas)**

Pois, tentamos sempre entrar em contacto... parte sempre por aí. Quando a gente vê que não somos capazes de resolver internamente com a equipa multidisciplinar, a gente entra em contacto diretamente com o serviço do hospital... E geralmente temos, geralmente temos uma resposta. Às vezes essa resposta não é logo logo, porque depois aquele profissional que nos atende não conhece o utente, vai pesquisar, não é aquele profissional que lidou diretamente com ele...

#### **5. Como entende que deveria ser feito o encaminhamento da carta de alta por parte do hospital central? (Em mão? Por correio? Por e-mail?)**

Pelo menos por duas vias, pelo menos no caso de se perder uma temos a outra via. Oh pá, diretamente para os profissionais pode ser através de email, porque não envolve custos. Oh pá, e depois dar uma em mão ao utente. Porque o utente pode nem recorrer ao serviço nacional de saúde, pode ir a uma clínica...

##### **5.1 Normalmente como a recebe?**

É em mão, é o utente que traz, é o utente que traz.

Quando existe carta, porque há situações em que nem existe carta, quando existe carta, é quase sempre os utentes, muito raramente, por exemplo há a equipa dos cuidados domiciliários do hospital que uma vez por outra entrega em mão e faz-nos chegar à mão... Por e-mail também uma situação esporádica ou outra, geralmente até quando é já uma segunda... já... quando não obtivemos resposta por telefone... Quando tivemos dúvidas recebemos por email... Mas as cartas são sempre em mão.

### **ENTREVISTA 5**

#### **1. Qual a importância que atribui à carta de alta de enfermagem?**

##### **1.1. Porquê?**

Eu penso que a carta de alta, que vem do, dos serviços de internamento são extremamente importantes para o enfermeiro que trabalha nos cuidados de saúde primários. Portanto, porque algumas trazem uma informação pertinente *aaa* em relação à... Nós gostamos de saber, primeiro o diagnóstico, muitas não trazem o diagnóstico nem nada e nós por exemplo quando é num serviço de medicina que é mais aqueles doentes que nós apanhamos, que são mais os doentes que apanhamos no domicílio, são doentes que estiveram internados numa medicina, a maioria, não quer dizer que sejam todos. Às vezes nem o diagnóstico trazem, depois nós temos que ver o diagnóstico na folhinha do médico que normalmente vem associada. Mas acho que tem lá o sítio para pôr o diagnóstico, acho que é pertinente colocar o diagnóstico também na folha de enfermagem. Depois acho que é muito bom que também se coloque o estado de dependência do... daquele doente, porque nós a partir daí podemos ver se o doente em casa tem uma evolução melhor ou não, ou como é que ele esteve no internamento não é? Também nos interessa saber como é que ele sai do internamento. Outra coisa importante que também

têm referenciado, isso pelo menos no meu serviço *aaa* ou no hospital de Peniche normalmente vem sempre, é se estão algaliados, quando é que foram algaliados, se estão entubados, a data da sonda, em que foi colocada a sonda e depois também se é... De silicone, ou se dura para três meses ou se tem uma duração menor. Penso que isso também é interessante. *Aaa* depois também têm um esquemazinho do bonequinho, frente e trás que eu acho que também é importante e pertinente quando marcam *aaa* se traz feridas, que tipo de ferida, que tipo de tratamento. Acho que isso também é importante e muitas vezes até já trazem quando é que deve voltar a fazer o penso, se bem que nós vamos numa fase muito recente a casa da pessoa *aaa* às vezes trazem pensos que duram mais do que um dia ou são pequenas feridas e podem... E têm pensos adequados que podem estar mais dias e há colegas que até põem isso e eu acho que são pormenores que têm algum interesse. *aaa* portanto acho que isso é importante em relação a essa folha. A dieta... a dieta depois é mais... é mais médica *aaa* porque depois também depende do estado do doente, às vezes são até fases terminais, muitas das vezes eles nem comem nada, e depois nós é que temos que adaptar um pouco a dieta àquilo que a pessoa pode comer, não é? Mas pronto, eu acho que também é importante se é diabético se não é diabético. Depois tem outra informação que é em relação à medicação... Porque às vezes o médico escreve na folha de alta "faz medicação do domicílio" não é? E depois mais uma outra que traz do internamento. Só que nós muitas vezes nem sabemos o que é que ele fazia no domicílio e muitas vezes as famílias estão tão baralhadas que também não sabem o que é que eles já estavam a fazer e depois misturam tudo e nós não ficamos a saber realmente qual era a medicação. Acho que devia vir mais especificado o que é que fazia. Tudo. Tudo. A medicação toda que ele agora passaria a fazer. Punha-se um ponto final na outra e há colegas que também escrevem o que o médico faz, "mantém terapêutica anterior" porque eles também não sabem qual é a terapêutica que eles faziam em casa mas fazem... e mantêm a medicação que eles trazem naquele momento descrita e eu acho que deviam saber ao certo com a família qual era a medicação.

## **2. Em que situações acha pertinente a elaboração de uma carta de alta de enfermagem?**

Eu penso que... se a pessoa não tem qualquer indicação para manter tratamentos, ou porque são autónomos, ou porque se conhece que têm famílias orientadas e que podem... Mas, mas muitas vezes quando há... eu gosto sempre de receber uma carta no caso de haver... doentes dependentes. Todos que sejam dependentes, não é? De algumas atividades de vida, nomeadamente da higiene, da alimentação, da mobilidade também, porque muitas vezes depois os familiares deixam-nos estar na cama e não têm ensino e nós também não temos conhecimento desse utente. Portanto eu gosto que nos façam chegar essa carta, que é para nós sabermos mesmo que tenham famílias que... que nós enfermeiros no internamento até possamos pensar que aquela pessoa vai ser bem cuidada. Para nós faz-nos sentido conhecer aquele indivíduo, independentemente se tem ou não cuidadores, para sabermos que há ali um dependente e que é que nós podemos ajudar aquela família. Eu acho que é pertinente.

## **2.1 Só deverá existir carta de alta no caso de necessidade de continuidade de tratamentos específicos? (exemplo: realização de pensos / mudança de sondas / administração de terapêutica / outros)**

Não. Não. Lá está, nesse caso que eu acabei de referir, acho que num caso de dependência é sempre necessário, deve... Faz sempre sentido.

*Eu: e se for uma pessoa que não seja dependente, por exemplo?*

Que não seja dependente não necessita, só se for... só se tiver algum problema, ou perturbação, ou a nível familiar que vocês vejam que aquela pessoa não tem condições para... para gerir até a medicação daquela... mas se o doente tem capacidades tem alta e acabou.

## **3. Que tipo de informação considera útil e que deva incluir-se numa carta de alta de enfermagem?**

Portanto essa questão já eu respondi quase toda na primeira. Aaa eu para mim faz-me sentido aaa o grau de dependência dele, porque depois é se tem meios auxiliares ou não para se levantar, se é acamado se não é, se faz levante, se pode fazer levante ou não aaa logo naqueles primeiros dias muitas das vezes nós não sabemos se a pessoa tem... tem autorização ou tem indicação para fazer levante, não é? Se vier referenciado que ele já fazia levante no internamento, eu muitas vezes vou até... ver como é que os doentes estão e que é que as colegas estão a fazer "então mas este levanta-se?", não é? Mas se for escrito na... muitas vezes nós não temos possibilidades e por exemplo, nós temos a proximidade do hospital, há outros sítios que não, que são quilómetros de distância, não é? Portanto não têm esta facilidade, e acho que isso deve ser referenciado até para nós irmos já a contar com... com esse tipo de doente e naquilo que podemos ajudar. Portanto, eu acho que a dependência, se faz levante ou não, aquilo como eu dizia em relação às algalias, se está algaliado se não está, com que algália, em que dia foi, assim como as sondas nasogástricas e o tipo de feridas, e o penso a utilizar, se bem que depois nós vamos adaptando os pensos consoante a evolução da ferida, não é? Portanto, eu acho... E até mesmo aaa o risco daquele indivíduo, também era importante. Saber que aquele indivíduo tem o risco de ter isto ou aquilo, não é? Ou ser mais vulnerável para isto e para aquilo. Para nós estarmos um bocado mais alertados, porque às vezes vêm até de serviços muito específicos que nós não temos conhecimento de algumas situações que possam surgir e nós não temos conhecimento, portanto, melhor que ninguém são os colegas que nos possam dar essa luz, para nós darmos continuidade, porque estão mais habituados a determinadas situações que eu se calhar se me deparar com elas em casa, no domicílio, eu não estou alertada para elas, enquanto que vocês no internamento se virem uma coisita relacionada... que para vocês é grave, para mim pode não ser nada de especial. Tal como uma outra situação que vocês considerem que é grave e que pode surgir e darem-nos um bocadinho dessa informação, assim olha isto pode acontecer mas se acontecer também podem fazer isto, porque às vezes também temos o telefone e o telefone também é um... eu acho que os enfermeiros do internamento quando... se a folha é importante o telefonema também é importante, porque nós muitas vezes recebemos doentes de Lisboa e

temos um telefonema dos hospitais de Lisboa a dizer vão ter esse indivíduo assim assim, e são nossos colegas. Fico mais triste quando são assistentes sociais a falarem do indivíduo que vai ter alta e não nosso colega. Mas normalmente são colegas nossos que nos telefonam e dizem “este doente tem esta situação assim, se for preciso alguma coisa têm este número, pode ligar”, às vezes situações de catéteres, de coisas que nós não estamos habituadas eles explicam-nos e é impecável. Assim como os “implantofix’s”, que no outro dia até mandaram um fax e não sei quê para ver como é que nós conseguíamos fazer aquilo, com o desenho. Pronto, são essas ligações que eu acho que é importante para nós conseguirmos depois dar continuidade aos cuidados em casa, não é? Eles não podem estar sempre no hospital e nós também os queremos em casa (risos).

**3.1 Quais as áreas de intervenção que entende que devam ser obrigatoriamente focadas numa carta de alta? (dar exemplos: autocuidados / cuidados inerentes a situações clínicas específicas como o tipo de alimentação e/ou sinais ou sintomas a vigiar / observações (consultas/exames) posteriores programadas).**

Sim sim. Era isso que eu há pouco estava... Pois... Por exemplo, quando têm consultas marcadas os colegas normalmente colocam “tem consulta no dia tal às tantas horas” está marcada, em princípio é marcada no... Isso já é, quando são às vezes idosos que cuidam de idosos e nem têm familiares, nós temos ali assim um ponto de partida para orientar as pessoas que neste dia têm que estar naquela consulta e muitas das vezes depois tem que se tratar de transportes e de ambulâncias e pedir ao médico de família, porque eles às vezes têm uma carta para entregar ao médico de família e depois o médico de família não recebe e depois o médico de família mete na caixa, na gaveta, e depois aquilo... não é? Portanto eu acho que se vier dirigido a nós, nós vamos à procura e vamos tentar arranjar a solução para aquele indivíduo estar naquela consulta naquele dia.

**4. Quais as dificuldades/dúvidas que sente ao receber um utente após internamento hospitalar no caso de este não se fazer acompanhar de qualquer tipo de informação de enfermagem?**

Aaa por exemplo, quando são doentes cirúrgicos, se não vierem com nada, nenhuma referência, muitas vezes vêm com pontos, nós nem sabemos quando é que devemos tirar os pontos porque sabemos que ao fim de oito, dez dias podemos tirar, mas há situações que quer mais tempo, não é? Nós também não sabemos. Outras vezes são situações de drenos, que também não vem nada especificado. E depois só têm consulta não sei quando e nós ficamos um bocadinho assim no vazio. E acho que isso deve ser... Eu acho que a carta de enfermagem deve... É... extremamente importante. E acho que tem que ter essas informaçõezinhas, demora mais tempo mas acho que... é um bocadinho...

**4.1 E no caso oposto, quando existe uma carta de enfermagem?**

**4.2 É usual a existência de dúvidas e/ou questões?**

Depende de quem as... de quem as... Algumas... As que eu conheço estão bem elaboradas aaa se bem que têm algumas informações mais pertinentes do que outras e depois também

depende do colega que a preenche. Porque muitas vezes vem só com uns rabiscozitos e nada de jeito e também não nos diz nada, ou por falta de tempo ou, também não conhecemos as razões porque não terminam *aaa* não preenchem adequadamente a carta. Mas, para mim faz-me mais sentido quando ela vem elaborada por uma pessoa que eu considero que teve cuidado de nos transmitir a informação sobre aquele doente e que nós podemos pegar ali e melhorar a nossa atuação também.

#### **4.3 Em caso afirmativo como é que normalmente as soluciona? (entra em contacto com o hospital ou consulta a opinião de colegas)**

Aqui, se for uma coisa que seja mais vulgar e que nós podemos, entre nós solucionamos. Mas quando são esses tais casos que eu às vezes, que eu disse atrás, que são mais específicos de determinadas especialidades, não é? E que nós não temos conhecimento, então utilizamos sempre o telefone e “então olhe tem que me explicar isto” e eles normalmente conhecem o doente, onde esteve internado, explicam-nos e dão-nos as orientações necessárias.

#### **5. Como entende que deveria ser feito o encaminhamento da carta de alta por parte do hospital central? (Em mão? Por correio? Por e-mail?)**

*Aaa* nós no nosso serviço, nós tínhamos... como muitas cartas... os familiares como os doentes não têm pensos, não têm ferimentos, eles acham que essa carta também não faz sentido, não é? Porque acham que a enfermagem é só fazer pensos e dar injeções. Portanto *aaa* e nós achávamos, como essa carta nos fazia sentido, independentemente se a pessoa tinha ou não um ferimento, e que muitas vezes não nos chegava, nós pedimos ao serviço para nos mandar uma cópia antes, não é? E a secretária de piso, quando os doentes tinham alta dava uma ao familiar ou utente, e vinha-nos entregar as outras e nós já sabíamos que aquele doente era para lá ir rapidamente ou nem por isso. Porque muitas das vezes as pessoas nem nos vinham trazer a carta. Eu acho que é importante... importante que a carta *aaa* ah! Eu tava agora a baralhar aqui as minhas ideias. Em relação ao mail, também já foi uma coisa que nós pensámos, foi, por mail, ter uma pessoa responsável no serviço. Quando era a entrega por mão também tínhamos, um elemento responsável que normalmente a secretária vinha trazer em mão. Já pensámos na possibilidade também por mail, ter também um mail... próprio e que... e mandavam logo a cartinha por ali. Só que elas ainda estão escritas à mão e eu penso que eles... ainda não dá para isso. Mas eu acho que por mail era uma boa ideia. Era boa ideia e muito mais prático, não é? Porque chegava sempre.

##### **5.1 Normalmente como a recebe?**

Normalmente recebo-as por mão das próprias pessoas, ou pela secretária do hospital. Agora não andam a fazer isso, nós acabámos... agora não andamos a fazer muito isso. Mas as pessoas agora também, já, já... ao longo de dez anos também incutimos nas pessoas outro tipo de cuidados e... e foi-lhes incutido que não é só o facto de... o enfermeiro não vai a casa só para fazer o penso, numa situação de ferimento. Eles já nos vêm pedir ajuda também numa outra situação. Em que está acamado, ou não come, ou não sabem como é que o hão-de lavar. Andam ali meio perdidos e depois nós também vamos numa... nessa primeira fase até

para os orientar, para pedir apoio domiciliário daquelas organizações, aquelas IPSS que têm esses cuidados. Portanto já nos procuram sem ser só para tratamentos. Portanto, isso também já foi um trabalho feito... ao longo dos anos as pessoas também vão... também se vão educando, não é?

## **ENTREVISTA 6**

### **1. Qual a importância que atribui à carta de alta de enfermagem?**

#### **1.1. Porquê?**

Para mim é importante a carta de alta porque é assim, quando eles vêm do hospital a gente não sabe o que é que se passou com ele. Às vezes somos nós que enviamos o doente ao hospital e e pronto, não é que eu saiba o que é que lá fizeram mas tenho ideia porque é que o doente foi para o hospital. Outros não. Outros vão de casa para o hospital e e eu não faço a mínima ideia do que é que se passou com aquele utente. Daí para mim ser importante o... que tenha mais ou menos a história do internamento para eu perceber o que é que mudou na vida daquele doente. Portanto, o que é que mudou no estado dele, pronto. Há doentes que são internados e quando saem a gente tem uma carta de alta, mas não precisam dos nossos cuidados. É apenas uma informação do que é que se passou com eles no hospital. Mas saem do hospital autónomos sem precisarem de cuidados de enfermagem.

### **2. Em que situações acha pertinente a elaboração de uma carta de alta de enfermagem?**

Quando eles precisam de cuidados de enfermagem. Isso é... Ou quando há alterações *aaa* que eles possam não precisar de cuidados imediatos, mas de alguma vigilância... e que também seja preciso a gente... basicamente quando há alterações no doente, e que eles fiquem incapacitados de alguma maneira de realizarem alguma tarefa, mesmo que tenham ajuda dos familiares, a gente tem de estar de sobreaviso que aquele utente já não... já não... pronto, já não é autónomo. Porque é um factor de risco... portanto um risco acrescido.

#### **2.1 Só deverá existir carta de alta no caso de necessidade de continuidade de tratamentos específicos? (exemplo: realização de pensos / mudança de sondas / administração de terapêutica / outros)**

Não. Já respondi. Mesmo que haja alguma alteração porque a gente *aaa* também faz vigilâncias... nos centros de saúde. Não é só curativo. E então... aí é preciso a gente saber que... que há alterações com aquele doente. Por exemplo, um doente diabético, que até é auto-suficiente e e, e cuida-se muito bem, portanto. *Aaa* se vier do hospital com insulina a gente já precisa de saber... ele se calhar já vem com o ensino feito, ele sabe fazer isso, mas a gente tem de saber que ele agora está a fazer insulina. E o que é que sabe fazer e o que é que não sabe. Quem foi o familiar que foi ensinado também. A quem foi feito ensino. E isso é uma coisa que eu acho que faz falta nas cartas de alta. É “foi feito ensino ao familiar” mas não é... às vezes não especificam. E o que é que ensinaram. E a gente não sabe o que é que eles sabem. E às vezes dizemos “então mas não lhe ensinaram assim ou assado?” “ah não, não me ensinaram.” Ou então a gente diz que... a gente vai fazer um ensino e “ah, já me ensinaram

isso”, pronto. Senão... é mais fácil para nós. Que fazemos papéis de tontinhos às vezes, “ah, não, já sei fazer isso...”

### **3. Que tipo de informação considera útil e que deva incluir-se numa carta de alta de enfermagem?**

Depende... do serviço de onde vem e o que é que... o que é que foram fazer. Uma carta de alta, nem que venha de uma cirurgia a gente precisa de saber o tipo de intervenção e depois quando é que é para retirar pontos, se vem retirar pontos, se traz alguma alteração na dieta... e depois aqueles... aqueles itens que quase todos os modelos, que pelo menos eu tenho apanhado aqui no centro de saúde, que vem se teve alterações na eliminação... Depois também o histórico, o que é que se passou com o doente aaa situações que tenham ocorrido no internamento que possam ser depois importantes para nós em casa. Por exemplo aquelas coisas de... da eliminação, intestinal e vesical, se houve alterações, pode não parecer assim nada de especial, mas se calhar para nós é. Depois quando fazemos o seguimento do doente em casa aaa teve obstipado no hospital... teve não sei quantos dias sem evacuar. Para a gente perceber, porque ele agora tem uma dor... antes fazia bem cocó e agora já não faz, “olha mas não, já vem do hospital, porque ele no hospital já tinha obstipação”, já não é de agora, já vem... já não é... não foi uma situação que surgiu em casa. Foi uma situação que já surgiu, o que é que foi feito. Para a gente poder dar... eu estou a pensar que a maior parte dos doentes que vem com carta de alta são doentes que estão ainda em casa. Poucos são... as cartas de alta que nos chegam ao centro de saúde são coisas simples, quistos que foram tirados... cirurgias pequenas, pronto. Pequenas cirurgias ou... porque a maior parte das cartas alta que nos chegam são doentes que precisam de cuidados, que estão acamados em casa, pronto. Ou agudizaram e foram ao hospital e voltaram, ou então situações de cirurgias maiores e que depois precisam de cuidados no domicílio. E são doentes que continuam a precisar de muitos cuidados. Se houve alterações assim grandes no internamento, isso é importante para nós. Se a família foi envolvida aaa na prestação dos cuidados, também é importante para nós aaa e às vezes a gente não sabe. E é assim, do que eu me lembro de quando eu trabalhava no hospital, e não foi há muitos anos, os ensinamentos à família eram muito poucos. Aaa e eu noto que quando vou a casa das pessoas eles às vezes não sabem posicionar um doente, não sabem fazer nada disso. Eu acho que quando a gente escreve na carta de alta “foram feitos ensinamentos à família” foi explicado à família, não foi feito ensino, foi explicado. Porque a gente dizer uma vez, não... Ou ensina-lhes a fazer, ou põe-nos a fazer, “faz-se assim, vá, venha cá e faça”, ou eles estarem a ver, não... ou então ainda por cima dizer-lhes... não... não ajuda muito. E depois às vezes a carta vir um bocadinho aaa eu estou a cingir-me às cartas de alta que eu apanho... não quer dizer que seja tudo assim. Mas... Às vezes recebo cartas de alta que nem sequer me diz quando é que é para tirar os pontos. É uma mera informação, aquilo nem eu chamo uma carta de alta, é uma informação. Que o doente foi operado, ou coisa assim. Quantas vezes acontece... é assim, eu acredito que os serviços às vezes também estão... têm muito trabalho e... mas para nós depois nos centros de saúde é complicado... estar a adivinhar... quando é

que... quando é que é para tirar pontos, quando é que é para trocar a algália, quando é que é para fazer essas coisas.

**3.1 Quais as áreas de intervenção que entende que devam ser obrigatoriamente focadas numa carta de alta? (dar exemplos: autocuidados/cuidados inerentes a situações clínicas específicas como o tipo de alimentação e/ou sinais ou sintomas a vigiar/observações (consultas/exames) posteriores programadas).**

Isso... olha isso é tudo importante. Umas mais numa situação do que outras... mas é importante. Olha essa datas de consultas é importantíssimo, porque dá-nos ideia de quando é que o doente volta lá. Se a gente tem um problema, às vezes em vez de estar a pôr o médico de família ao barulho que depois se calhar vai ter uma opinião diferente do cirurgião ou do médico de medicina interna... a gente assim “olhe que dia tal tem consulta, vai pôr esse problema ao cirurgião, vai pôr esse problema ao seu médico”... coisas que a gente às vezes valoriza que eles não valorizam e que nessas consultas eles podem... a gente pode pedir para... ou às vezes até escrevemos uma cartinha, “olhe vou escrever uma cartinha e vai entregar ao seu médico” aaa depois em termos da alimentação, também acho importante aaa até porque às vezes os doentes chegam a casa, às vezes, e têm muito mimo, e se calhar lá até comiam pela mão e chegam a casa e estão ali muito sossegadinhos... ou comiam isto e comiam aquilo lá e em casa não comem, porque não gostam... não é não gostam nada, não lhes apetece comer. Aaa isso é tudo importante... tudo, tudo. É assim, as cartas às vezes parecem muito... muito grandes e a gente... e parece que a gente não liga, mas eu se calhar até olho para uma e vejo “na na na” e viro e não... Mas elas são arquivadas, e eu às vezes preciso de lá ir... ver, quando a coisa não corre tão bem, eu se calhar até vou consultar, “olha não ele no hospital não comia bem”, tás a perceber? Já não é uma situação nova, já é uma situação que ele já tinha, que já vinha do hospital.

**4. Quais as dificuldades/dúvidas que sente ao receber um utente após internamento hospitalar no caso de este não se fazer acompanhar de qualquer tipo de informação de enfermagem?**

É o caos (risos). É o caos, porque é assim, a maior parte deles não se sabe explicar. A família às vezes ainda sabe explicar muito menos. Foi operado a isto ou aquilo, ou teve um AVC, ou... mas não sabem dizer mais do que aquilo. “Então e ele está a fazer que medicação?” Não sabem aaa “Então e ele está a fazer xixi? Mexe as mãos?” eu tenho que lhe perguntar tudo. Se não vier escrito... e depois é assim, às vezes a pessoa que me vem dizer... “então ele vem do hospital e não traz carta nenhuma?” nem é o principal cuidador, porque esse está em casa. É a prima ou é uma tia, que vai lá pedir apoio da enfermagem. Essa então não sabe mesmo nada, “ah eu só sei que ele teve não sei o quê”. Imagina que eu nesse dia tenho uma agenda muito cheia e que não tenho disponibilidade de fazer domicílio. Se a pessoa que me vai lá pedir ajuda não me sabe explicar o que é que ele tem, eu muitas vezes tenho de ir fora da hora do meu trabalho lá ver o que é que aquele doente tem porque eu não sei se ele precisa de ajuda hoje. Ou se a família precisa de ajuda hoje. Enquanto que se vier uma carta de enfermagem, foi feito

isto, foi feito aquilo, penso realizado hoje, por exemplo, ou penso realizado ontem e realizar de três em três dias. Eu já sei explicar àquele familiar, foi feito isto, foi feito aquilo, eu agora vou lá tal dia. Não há problema nenhum, tranquilizar a família. Porque eles chegam a casa com o doente e querem a enfermeira à cabeceira no mesmo instante. Se eu não sei o que é que lhe fizeram, não consigo tranquilizar a família porque até eu fico... em polvorosa, o que é que se passa com aquela pessoa que eu não sei o que é que se passa. Tenho de ir vê-lo! E quando tenho a carta de alta consigo ter... às vezes por muito que venha *aaa* que venha pouco específica, que eu chegue lá e até, vou assim “o doente está pior que aquilo que eu pensava” ou então olho para a carta e assim, olha por exemplo, um doente que venha de uma medicina e que venha com pensos nos calcâneos, eu vou lá a correr. Eu assim “bem, este desgraçado está a escariar”, vou lá a correr, quero eu dizer, em vez de por exemplo... eu por norma só tenho domicílios duas vezes por semana, exceto em casos excecionais, esses domicílios também os passo para a ECCI, se precisarem de cuidados mais vezes por semana. *Aaa* mas esses, por exemplo, se *aaa* eu faço domicílios à terça e sexta, mas se à quarta-feira me vier uma pessoa com uma carta assim eu no dia a seguir vou lá. Para ver o que é que se passa, para não deixar passar muito tempo. Porque às vezes aquela carta já é de segunda-feira, eles só levaram naquele dia, eu não sei quando é que lhe fizeram os pensos. Se não tem carta, ou se eles me dizem “olhe, o meu pai veio e não sei quê, mas ele tem uma ferida no rabo”, “ferida no rabo? Então eu já passo lá para ir ver”. Se eles não trazem carta e se não vem nada especificado, eu nem sei quando é que lhe fizeram o penso, nem sei nada.

#### **4.1 E no caso oposto, quando existe uma carta de enfermagem?**

#### **4.2 É usual a existência de dúvidas e/ou questões?**

Não, normalmente vem tudo muito bem... vem tudo muito bem especificado. As cartas que nós recebemos com mais frequência é Leiria e Caldas. A de Leiria é via informática, portanto vem tudo escrito no computador. *Aaa* e vem *aaa* e vem muito bem. A de Caldas ainda vem à mão e a de Leiria também, é o mesmo, Centro Hospitalar Oeste Norte. Às vezes ainda vem alguma coisa que falha, nomeadamente pensos que o doente tem e que não vêm lá... escritos, e que às vezes a família nem sabe... já me aconteceu, por exemplo, não vir carta nenhuma de enfermagem e a família a dar banho ao doente deu-lhe com pensos nas costas... Tenho que ir a correr lá a casa. Tudo a correr, porque a gente não sabe o que é que se passa. Quando vem uma carta, é... a gente consegue programar melhor o trabalho, saber o que é que se passou e programar o trabalho. Até programar uma visita médica “olhe, este senhor teve isto, teve aquilo, não quer ir comigo lá a casa? Temos de fazer uma visitazinha” e lá vou eu e o senhor doutor.

#### **4.3 Em caso afirmativo como é que normalmente as soluciona? (entra em contacto com o hospital ou consulta a opinião de colegas)**

Telefone para lá, mas isso... isso acontece-me mesmo às vezes com... mesmo com carta de alta, quando há alguma dúvida, a gente telefona.

As cartas de alta das puérperas vêm por mail, de Caldas, vêm sempre por mail. As de Leiria vêm todas juntas e eles metem tudo num envelope, e vêm assim com uns... às vezes com

semanas de atraso , semanas e semanas porque eles juntam-nas. As de Caldas não, as de Caldas a gente já sabe quem nasceu, ainda não nos apareceram para fazer o teste do pezinho e a gente já lá tem o mail. De Leiria não, as senhoras chegam sempre primeiro que a carta, as senhoras e o bebé, espetáculo (risos).

##### **5. Como entende que deveria ser feito o encaminhamento da carta de alta por parte do hospital central? (Em mão? Por correio? Por e-mail?)**

Eu acho que o mail funciona muito bem. Pelo menos nós... nós *aaa* o mail da unidade onde eu trabalho é visto por várias colegas, pronto. Não há ninguém responsável por ver o mail, mas *aaa* a administrativa, a coordenadora abre o mail todos os dias logo de manhã e marca, põe marcadores para quem é o mail. E, por isso nós abrimos, mesmo que já tenha sido aberto tem o marcador de enfermagem e se eu não tiver visto eu abro. E todos os dias toda a gente vê o mail. E, com as senhoras de obstetrícia funciona lindamente. E até dá para a gente programar, eu assim, “olha fulana tal vai ter alta, vai-nos aparecer ainda hoje para fazer o teste do pezinho de certeza”. Passado um bocado está um telefonema ou tá alguma coisa... para nós funciona muito bem porque a gente consegue ver. E às vezes também é bom porque *aaa* naqueles casos que os doentes por exemplo chegam a casa e a família tem lá a carta e não... Olha vou-te contar um episódio, tinha um senhor que era suposto eu ir *aaa* realgaliar, um senhor que é um caso flagrante de quase de abandono, porque o filho tem um café, porque a nora aluga quartos, e o senhor está num segundo andar completamente sozinho, vão lá dar-lhe o comer *aaa* e o homem tá completamente deprimido. Não quer comer, não quer beber, não quer nada, quando eu lá vou ele come muito bem o iogurte que eu dou-lhe o iogurte sempre, eu assim, “bem se ele não comer mais nada hoje o iogurte ele come” que eu dou-lhe sempre, vou sempre ao frigorífico ver o que é que há e dou-lhe sempre qualquer coisa a comer. Eu tenho muita pena daquele homem, porque o homem era muito conversador, muito vivo, muito tudo. E o homem está-se a deixar morrer. A família, mesmo quando eu lá vou fazer só vigilância, ver como é que estão as costas, posicioná-lo e isso, a família nunca sobe ao segundo andar comigo para o ver. Nunca, nunca, nunca. E no outro dia o senhor, pelos vistos arrancou a algália, eles levaram-no ao hospital, isto foi a um fim de semana, para o realgaliarem. E eu encontrei-a na rua, andava a fazer domicílios, à nora. E a nora disse “ah a enfermeira não vai lá a casa?” e eu “não, hoje não, tive lá a semana passada”, eu só faço a vigilância de 15 em 15 dias. “Ah, é que está lá uma carta para si”, “pois, mas eu não vou lá a casa agora, só vou lá para a outra semana”, “ah, então e a carta?”, “a carta você tem que me a fazer chegar ao centro de saúde, tem que lá ir entregar”, “ah, também está lá uma para a médica”, “pois tem de lá ir levar a carta, porque eu não lhe vou ao segundo andar buscar carta nenhuma, ele hoje não tem domicílio. Piorou? Tem alguma alteração?”, “ah, não, era só por causa da carta”. Foste-me tu levar a carta ao centro de saúde? Assim foi ela. Eu sem saber o que é que se passava com o utente. Aquilo andava-me a remoer. Tive de ir à procura dela. Por sorte apanhei-a na rua na sexta-feira, “venha cá, então você não foi levar a carta ao centro de saúde? como é que está o seu sogro?”, “ah, amor, não fui porque ele está outra vez internado”. Portanto se viesse a carta

por mail, eu sabia que aquele doente tinha ido fazer aquilo, tinha regressado a casa, ao domicílio, e que se calhar agora já estava outra vez internado, eu se não a apanhasse na rua, ou se eu não subir ao segundo andar para ir ver dele, ninguém me informa. E é um doente que eu estou a seguir. Tás a perceber? Às vezes dá jeito. Eu, eu... que sou uma rapariga que gosto de ir ao mail, gosto quando chega por mail, não se perde, vem lá tudo, não quer dizer que o familiar não possa vir trazer depois em mão. *Aaa* mas é assim, uns têm mais disponibilidade, uns familiares, outros têm menos. E às vezes quando nos aparecem com a carta, tipo, já deviam ter vindo. Olha, por exemplo, casos que... a gente tem domicílios à terça-feira, e o doente já veio do hospital no domingo e até precisa de cuidados nossos. Que é como te digo, há cartas de alta que não, que são meras informações de alta. A gente altera no computador o que tem a alterar mas não precisa que a gente vá lá a casa, ou que o doente venha cá, não precisa de cuidados nenhuns de enfermagem, nem de vigilância. Outros precisam, se vêm entregar a carta quando eu termino os domicílios, o doente tá há dois dias com a carta em casa, com tratamento que era preciso para aquele dia e eles não têm o cuidado de vir, de vir entregar. Se bem que eu gosto de falar com a família, para combinar quando é que vem, quando é que não vem, quem é que vem com ele. Por correio não. Por correio é impensável. Porque os correios não... é o caso de Leiria. Chega primeiro o doente a casa que chega a carta, e depois a família não nos sabe explicar nada.

### **5.1 Normalmente como a recebe?**

De todas as formas, mas tudo o que... por exemplo, ah! Mas Leiria depois manda em mão, pelas senhoras, pronto. Porque elas chegam sempre primeiro que a carta. *Aaa* quando é para tirar pontos e tudo. Mas Leiria dá outro apoio que Caldas não dá, elas têm uma linha telefónica e elas telefonam-lhes. Nas primeiras 24 horas que elas têm alta da maternidade, recebem um telefonema a perguntar se está tudo bem, se não está. Como é que estão, se têm alguma dúvida. Caldas não, encaminha-nos logo. A gente recebe logo a doente, é toda nossa e eles não. Dão outro apoio. Mas a carta para nós, a carta de alta delas chega sempre tarde, mas elas depois trazem uma cartinha em mão para retirar pontos, os ensinamentos que foram feitos.

## **ENTREVISTA 7**

### **1. Qual a importância que atribui à carta de alta de enfermagem?**

#### **1.1. Porquê?**

É importante. Muito importante. Principalmente quando está bem direcionada e bem redigida. Porque nos permite manter a continuidade de cuidados e também nos permite essencialmente saber aquilo que se passou durante o internamento.

### **2. Em que situações acha pertinente a elaboração de uma carta de alta de enfermagem?**

Sempre que há transferência de serviços, mesmo dentro da própria instituição *aaa* sempre que há passagem de serviços de um lado para o outro. Mesmo em termos de centro de saúde nós quando enviamos um doente de uma, de uma equipa para outra equipa, muitas vezes essas equipas são extensões de saúde, deve haver uma carta da alta. Da alta daquela unidade, para

outra unidade ou daquela, daquele módulo para outro módulo. A colega tem que ter *aaa* claro que os registos estão informatizados mas *aaa* há sempre uma informação que se perde, uma informação que é informação da nossa rotina diária que... que acho que é importante seguir. Sempre que haja mudança de serviços acho que deve haver uma carta de alta. Ainda que dentro da mesma instituição. E penso que a carta de alta não deve ser apenas o registo informático, deve ter sempre um registo *aaa* pessoal, mais personalizado feito pelo enfermeiro, para além do registo que sai do computador. Uma observação, deve ter sempre uma observação personalizada.

**2.1 Só deverá existir carta de alta no caso de necessidade de continuidade de tratamentos específicos? (exemplo: realização de pensos / mudança de sondas / administração de terapêutica / outros)**

Não. Deve haver uma carta de alta sempre para informar o que é que aconteceu no serviço, independentemente do doente ter continuidade de cuidados ou não. Porque pode haver, pode sempre haver uma intercorrência, uma situação posterior que até tenha a ver com o internamento e se nós não sabemos o que é que se passou não podemos intervir, portanto. Deve haver sempre uma carta de alta.

**3. Que tipo de informação considera útil e que deva incluir-se numa carta de alta de enfermagem?**

Sempre *aaa* a intervenção, sempre... portanto, o serviço *aaa* o tipo de de... a intervenção... as intervenções que foram executadas, os diagnósticos, as intervenções *aaa* eu penso que se tiver só as nossas intervenções acaba por estar tudo definido, e obviamente em observação que deve... as observações pessoais, personalizadas, que devem ser... ser sempre acompanhadas na carta de alta. Mas eu penso que é o suficiente, se nós pusermos os diagnósticos e as, as intervenções e as notas de enfermagem, que está completa a carta de alta. Uma coisa que eu acho importante é que a carta de alta não deve ter observações óbvias, ou seja *aaa* não deve ter uma uma... observação que já seja por norma ser utilizada *aaa* utilizar por exemplo... descrever por exemplo como é feito um penso. Não há necessidade, a menos que seja uma coisa muito pormenorizada e muito específica. Eu acho que as cartas de alta vêm muito... mal redigidas nesse sentido (riso).

**3.1 Quais as áreas de intervenção que entende que devam ser obrigatoriamente focadas numa carta de alta? (dar exemplos: autocuidados/cuidados inerentes a situações clínicas específicas como o tipo de alimentação e/ou sinais ou sintomas a vigiar/observações (consultas/exames) posteriores programadas).**

Qualquer um desses itens deve ser colocado. Todas as intervenções devem ser colocadas, porque todas as intervenções são importantes. Se nós intervirmos na área dos ensinamentos, nós já sabemos que tipo de informação é que o utente já tem, portanto, já não podemos de forma alguma *aaa* ele já não pode de forma alguma escudar-se numa situação de desconhecimento ou de ignorância. Se falarmos na *aaa* se se fizermos uma... se é informado na alta que foi entregue ao doente uma informação sobre a alimentação, sobre o plano alimentar também o

doente não se pode nunca escudar nesse sentido. Mas nós também não podemos nunca dizer que não sabemos o que se passou nem aquilo que foi entregue ao doente, nem muito menos aquilo que chegou até nós porque a carta de alta faz essas... essas intervenções, portanto. Não só as intervenções *aaa* de ordem informativa, mas também ensinamos... mas também as de ordem *aaa* aquelas informações que são... as intervenções que sejam práticas, que sejam realmente interventivas, vá! Se, se podemos dizer no doente. Qualquer uma delas é importante *aaa* a carta de alta pode não ter tantos... tantas especificidades se for de hospital para hospital, contudo de hospital para o domicílio ou para o centro de saúde, esta deve ser *aaa* deve trazer todo o tipo de intervenções. Eu não vou dizer que uma intervenção seja pertinente, uma intervenção que entretanto se iniciou e teve alta, alta no internamento e que depois não pode *aaa* tenha havido outras intervenções, mas todas aquelas intervenções que venham ativas devem vir lá. As outras devem ser referidas, provavelmente como nota de enfermagem, podem não vir descritas, mas como notas de enfermagem. Mas todas as intervenções que venham ativas ou que foram feitas no último período de internamento devem vir na carta de enfermagem.

#### **4. Quais as dificuldades/dúvidas que sente ao receber um utente após internamento hospitalar no caso de este não se fazer acompanhar de qualquer tipo de informação de enfermagem?**

Toda. Primeiro porque nós só temos a palavra do doente que diz, ou do utente que diz fizeram isto, fizeram aquilo, nós não sabemos se efetivamente foi real. *Aaa* depois porque *aaa* porque muitas vezes nós só conseguimos perceber qual foi... quais foram os critérios, não é? Quais foram as... O que é que esteve por trás da intervenção do enfermeiro *aaa* mediante aquilo que me aparece... que se me apresenta. Por exemplo, se eu tiver um doente que me traz, que faz um determinado tipo de penso, com um determinado tipo de... ou que vem com um qualquer *aaa* uma sonda vesical, seja o que for, qualquer coisa, mas que eu não perceba se o doente entrou em... com retenção urinária... qual foi o motivo disso acontecer? Eu não sei porque é que ele foi algaliado. E muitas vezes isso acontece, não vem... não trazem esse tipo de informação. Mesmo até, por vezes nas cartas de... clínicas, médicas também não trazem essa, essa informação. Não só na carta de enfermagem como na carta médica. A informação de enfermagem chega muito menos *aaa* muito menos mesmo, e temos muitas dificuldades nesse sentido. Em saber exatamente o que esteve por trás da intervenção do enfermeiro. E essa é a nossa principal dificuldade, a nossa principal dúvida. Se o enfermeiro fez isto, porque é que fez? Porque realmente não vem, não sabemos qual o motivo, que é que... mesmo até num doente falando, não se encontra muitas vezes lógica no que é que aconteceu. E realmente há dificuldade em nós conseguirmos perceber. Depois se queremos dar continuidade a cuidados temos que obviamente ter uma... uma carta de enfermagem. Se queremos perceber o que é que se passou temos que ter sempre uma carta de alta para percebermos o que é que... o contexto em que... em que as intervenções foram feitas.

#### **4.1 E no caso oposto, quando existe uma carta de enfermagem?**

#### **4.2 É usual a existência de dúvidas e/ou questões?**

Aaa não. Não muitas dúvidas. A carta de enfermagem quando vem, normalmente traz muita, traz informação bastante informatizada e... pronto, e há sempre, já aquele modelo próprio aaa parecido com a que nós fazemos para os cuidados continuados, não é? Para, para a referência de cuidados continuados que vem de acordo com as necessidades... para além da... para além das intervenções e dos diagnósticos vem com as... com as aaa vêm as avaliações pelas necessidades aaa alimentar-se, abastar-se a si próprio em termos de ir à casa de banho, de acesso à casa de banho e toda essa situação e portanto acaba por, se é continente se é incontinente, se usa equipamento de aaa se tem sonda vesical, se usa fralda, tudo isso já vem... já vem definido nessas cartas. Na maioria das cartas que nós recebemos já vem nessa... nesse sentido. Não temos grandes dúvidas a interpretá-la. Desde que ela venha bem redigida, por vezes aaa a única coisa que nos acontece em algumas situações é que já, já nos aconteceram algumas situações é que as cartas de enfermagem, muitas vezes não são feitas aaa com a situação do momento. Houve qualquer situação que ocorreu posteriormente e que depois já não é contemplada... mas fora isso são situações que se... não há dúvidas quando se recebe uma carta de enfermagem e a carta desde que esteja bem redigida não tenho dúvidas.

#### **4.3 Em caso afirmativo como é que normalmente as soluciona? (entra em contacto com o hospital ou consulta a opinião de colegas)**

Normalmente com outros colegas do serviço. Mas já entrei em contacto com o hospital várias vezes aaa porque esse é outro problema que eu encontro nas cartas de enfermagem. Que era importante pôr o mecanográfico do... porque nem sempre percebemos que nome é que lá está. Pôr o mecanográfico do enfermeiro, isso acho que é importante... é um dado que deve constar da carta de enfermagem também é o mecanográfico do enfermeiro que a... que a enviou, e que a redigiu. Mas... mas já me aconteceu entrar em contacto com os enfermeiros do hospital. Mas normalmente com os colegas do serviço.

#### **5. Como entende que deveria ser feito o encaminhamento da carta de alta por parte do hospital central? (Em mão? Por correio? Por e-mail?)**

Pode vir em mão. Não há qualquer inconveniente, que os utentes entregam. São... preocupam-se bastante com essa situação. Mas eu penso que também podem vir por email. Para o centro de saúde, não custa nada. E eu penso que também podem vir por email, sem qualquer problema. Aaa mas julgo que em mão vêm sempre. Mas qualquer um dos métodos... Agora por correio não justifica porque o correio chega cá sempre muito depois, (risos), do utente. Mas ou em mão ou por email.

#### **5.1 Normalmente como a recebe?**

Pelo próprio doente. Ele vem trazê-la mesmo que não tenha necessidade de cuidados de enfermagem, eles vêm trazer. Não tenho... não se escudam muito em trazer as cartas, conforme vêm trazer a carta médica vêm trazer a carta de enfermagem. Não tenho esse tipo de

preocupação. E muitas vezes não trazem carta médica e, mesmo o médico de família está de férias, eles vêm na mesma trazer a carta de enfermagem. Eles têm essa preocupação. Mesmo sem cuidados de enfermagem. Mas não é, não é problemático. Ou eles ou um familiar traz, não é problemático.

## **ENTREVISTA 8**

### **1. Qual a importância que atribui à carta de alta de enfermagem?**

#### **1.1. Porquê?**

É muito importante, nós sabermos qual os antecedentes ou quais os antecedentes que ocorreram em internamento, para depois darmos seguimento em ambulatório, obviamente. Ou em domicílio, consoante as situações. Para ser correto deve ser assim.

### **2. Em que situações acha pertinente a elaboração de uma carta de alta de enfermagem?**

Aaa desde que haja continuidade de cuidados. Desde que seja necessária a continuidade de cuidados. Em situações de... utentes de risco, ou que seja detetado algum risco, também acho que é importante. Pode não passar por nós e sermos alertados através de carta, de que de facto aquele utente precisa de ser ou não orientado, ou encaminhado, ou vigiado.

#### **2.1 Só deverá existir carta de alta no caso de necessidade de continuidade de tratamentos específicos (exemplo: realização de pensos/mudança de sondas / administração de terapêutica / outros)?**

Principalmente esses, mas como disse anteriormente também é importante em caso de situações de risco. De acompanhamento em situação de risco. Pode não ser necessário uma intervenção de tratamento, mas... é necessário...

*(interrompida porque chamaram a entrevistada – entrevista feita no local de trabalho)*

### **3. Que tipo de informação considera útil e que deva incluir-se numa carta de alta de enfermagem?**

Diagnóstico de enfermagem e o diagnóstico médico, que às vezes... os nossos diagnósticos diferem um bocadinho. Aaa o tipo de tratamento que foi efetuado, durante quanto tempo e qual o tipo de... de evolução, se houve ou não. Aaa e a orientação dos colegas em relação ao seguimento do tratamento. Acho que é importante, qualquer uma dessas situações.

#### **3.1 Quais as áreas de intervenção que entende que devam ser obrigatoriamente focadas numa carta de alta? (dar exemplos: autocuidados/cuidados inerentes a situações clínicas específicas como o tipo de alimentação e/ou sinais ou sintomas a vigiar/observações (consultas/exames) posteriores programadas).**

Aaa os sinais... sim, sinais e sintomas a vigiar, uma vez que foi... é uma continuidade, nós temos que estar alerta para o... para essas situações. Aaa em termos de dietas, basta dizer qual é o tipo de dieta, não é necessário especificar, assim como os tratamentos não é preciso dizer o que é que é... só quero saber é que tipo de... de de penso é que está a ser utilizado e se houve ou não evolução e durante quanto tempo. Que é para eu dar ou não dar

continuidade, consoante a evolução que tenha. Portanto, é nessa perspectiva não é como algumas vezes acontece, dizer que é para fazer com soro fisiológico e não sei quê. Não é assim, obviamente, não é? Porque nós somos todos colegas, sabemos todos como é que devemos fazer. É para saber é o tipo, porque existem situações aaa em que é utilizado um tipo de tratamento e a pessoa faz uma reação (...) alérgica. Por algum motivo não se deu bem ou teve dores intensas ou... Acho que isso é importante ser referenciado, porque é assim, nós aqui só sabemos que vem feito com o... determinado produto, não sabemos se foi utilizado outros ou não. Até pode estar a haver uma evolução e nós até utilizarmos o produto que até já foi testado e que de facto ali não surtiu efeito. Portanto eu acho que é importante no caso das situações em que existem tratamentos que não surtiram efeito por algum motivo, por dores intensas, por agravamento de situação, tivesse referenciado, e acho que isso é importante.

#### **4. Quais as dificuldades/dúvidas que sente ao receber um utente após internamento hospitalar no caso de este não se fazer acompanhar de qualquer tipo de informação de enfermagem?**

Aaa normalmente, eles dizem o diagnóstico médico mas o resto que foi feito da parte de enfermagem, pouco ou nada sabe. E às vezes nem... imaginemos para fazer... aaa feridas cirúrgicas, no caso de ser para tirar grafos, para tirar pontos, o que for, não sabem o dia. E às vezes há situações que não são standard, normal, não é? Aaa e acho que isso é importante. Ou se foi colocado algum tipo de tratamento diferente em redor da zona lesada, o que é que foi utilizado, que tipo de cremes, se fez alergia se não fez, não vem e eles não sabem, a maior parte das vezes não sabem.

##### **4.1 E no caso oposto, quando existe uma carta de enfermagem?**

##### **4.2 É usual a existência de dúvidas e/ou questões?**

Normalmente não, o essencial vem lá. O essencial vem lá. Claro que umas mais completas que outras, conforme os serviços também, conforme a dependência também da pessoa, conforme a situação em que se encontra, mas... normalmente vem o diagnóstico médico, o diagnóstico de enfermagem aaa mais recentemente os diagnósticos todos de enfermagem, o que é que foi efetuado, o que é que não foi. Penso que já vem um bocadinho melhor, já está mais completa, não suscita tantas dúvidas. Há uma ou outra situação... como digo, o tipo de tratamento que foi feito, que às vezes não é mencionado aaa e que os utentes também não nos sabem explicar muito bem ao que é que fizeram alergia ou que não fizeram. Portanto, nessa situação é uma falha que eu acho que... temos.

##### **4.3 Em caso afirmativo como é que normalmente as soluciona? (entra em contacto com o hospital ou consulta a opinião de colegas)**

Há situações em que eu telefono de vez para o serviço para saber o que é que se passa. Aaa outras situações se puder ser resolvido aqui... temos a parte médica que também nos dá orientações sobre... sobre a situação e o que é que se deve... como é que se deve proceder.

## **5. Como entende que deveria ser feito o encaminhamento da carta de alta por parte do hospital central? (Em mão? Por correio? Por e-mail?)**

Aaa aí é mais complicado. É assim, por mão, ela vem sempre normalmente, porque os utentes precisam de vir cá. Vem sempre, se for necessário tratamento. Se for situações de vigilância, eles não vêm cá por causa disso. Portanto, é importante, e o email hoje em dia é uma coisa... é fácil, não é? Aaa era se calhar uma boa alternativa era ser por email. Vem direcionada ao centro de saúde, normalmente os cartões de utente têm o número nacional, nós aqui identificamos o médico e o enfermeiro de família. É... penso que é mais fácil. Se ela puder vir identificada, vem direcionada, acho que ainda é melhor. Ao cuidado do médico de família ou do enfermeiro de família, que eu acho que é mais importante. Mas é mais fácil, mesmo que venha para o centro de saúde. É logo identificado pelo número nacional e... é fácil de encaminhar para o enfermeiro de família.

### **5.1 Normalmente como a recebe?**

Normalmente é em mão. As únicas que vêm sem ser em mão é da maternidade e normalmente chegam muito depois da criança cá chegar. Portanto, já não há dúvidas (risos).

*Eu: há mais alguma coisa que queira dizer?*

Não, penso que não. Ah! Há situações que eu acho aaa em termos de observações que, da parte de enfermagem, pode haver uma ou outra situação que pode ser importante referir que às vezes não vem. Só vem a que é estritamente necessário, não é? o tipo de tratamento. Porque às vezes há situações de... de, pequenas observações que podem ser importantes depois para o encaminhamento aqui, nomeadamente nos de risco, que é os que me incomodam mais, não é? Não os propriamente de tratamento, porque o tratamento eles sabem que têm de fazer e vêm cá e nós fazemos depois o seguimento correto. Os de risco, situações de risco, vigilâncias, às vezes... é detetada uma diabetes, às vezes não vêm, porque isso vai implicar aaa fazer restrições, fazer dietas, fazer... e às vezes eles não vêm. Portanto, diabetes... quem diz diabetes hipertensão, ou outra coisa que... Vêm cá muito ver a tensão mas depois fazer os outros cuidados é um bocadinho mais difícil. Portanto, há pequenas coisas nessas áreas aaa que são importantes. Uma demência por exemplo, tou-me a lembrar que... a família às vezes não vem cá, e há situações em que nós podemos orientar e dar algumas dicas para... para minimizar os efeitos de uma situação demencial. Por exemplo, estou-me a lembrar, são casos que nos ocorrem algumas vezes e que nós só sabemos depois de... de sabermos que há uma pessoa acamada, e que já foi... já teve estas situações há muito tempo e que podiam ser evitadas. É um exemplo.

## **ENTREVISTA 9**

### **1. Qual a importância que atribui à carta de alta de enfermagem?**

#### **1.1. Porquê?**

Então, a carta de alta... nos cuidados de saúde primários a carta de alta de enfermagem é extremamente importante. Porque nos permite uma continuidade da prestação de cuidados no domicílio. Nós sabemos aquilo... a situação clínica do utente e à partida, através da carta de

alta sabemos que necessidades é que ele apresenta quando sai do hospital para o domicílio e podemos combinar com o doente e com a família os cuidados de enfermagem a prestar. Neste sentido é extremamente importante para a continuidade dos cuidados de enfermagem.

## **2. Em que situações acha pertinente a elaboração de uma carta de alta de enfermagem?**

Aaa em todas... é importante em todas as situações que o utente esteja internado, independentemente do período de internamento, numa outra instituição, numa instituição de saúde. Pode ser um hospital, um centro de dia, um centro de cuidados na comunidade. É sempre importante saber a fase pela qual o utente passou.

### **2.1 Só deverá existir carta de alta no caso de necessidade de continuidade de tratamentos específicos? (exemplo: realização de pensos/mudança de sondas/administração de terapêutica/outros)**

Não, na minha opinião e, tendo em conta a minha experiência, a carta de alta de enfermagem deveria existir em todas as situações. Mesmo que não fosse necessário a continuidade de cuidados. Porquê? Porque receberíamos nos cuidados de saúde primários a carta de alta, saberíamos o que é que aconteceu ao utente, poderíamos colocar no processo individual do utente, informar o médico de família do que é que se passou. Porque muitas vezes os utentes não têm nenhum apoio familiar nem têm nenhuma rede de suporte que informe o médico de família do que é que se passou. Isso seria também uma mais-valia para depois, a posteriori, quando o utente ou a família recorresse novamente ao centro de saúde nós sabermos o que é que se passou e já termos todo o seu historial. Como devia ser sempre utilizada.

## **3. Que tipo de informação considera útil e que deva incluir-se numa carta de alta de enfermagem?**

Então, na carta de alta de enfermagem é... é extremamente necessário a identificação do utente, a morada e o número de telefone corretos. Muitas vezes o que se verifica é que ou a morada não está correta, ou o número de telefone não está correto e não conseguimos contactar o utente. Muitas vezes o utente quando sai do hospital não vai para a morada que consta no seu processo, mas vai para casa de um filho ou de um familiar e nós ficamos sem saber onde é que o doente está. Isso ainda é mais problemático, quando não há um número de telefone de contacto que podemos utilizar, que esteja correto. Os dados pessoais do utente, em termos de idade, a sua situação clínica aaa se existe ou não redes de suporte, o nome do médico de família, o nome de uma pessoa de proximidade com quem possamos contactar caso o doente não nos atenda. Se necessita ou não de cuidados de enfermagem, o tipo de medicação que está a tomar, as patologias associadas, o tempo de internamento. É basicamente o essencial...

### **3.1 Quais as áreas de intervenção que entende que devam ser obrigatoriamente focadas numa carta de alta? (dar exemplos: autocuidados/cuidados inerentes a situações clínicas específicas como o tipo de alimentação e/ou sinais ou sintomas a vigiar/observações (consultas/exames) posteriores programadas).**

É assim, numa carta de alta, em termos de... em termos dos cuidados de enfermagem, é extremamente importante saber o que é que foi feito, porque muitas vezes as cartas de alta, o que nos dizem é “executar tratamento a ferida cirúrgica de dois em dois dias”, ou “três em três dias”. Mas não nos dizem que tipo de intervenção é que o utente fez, quanto tempo é que teve em recobro *aaa* se reagiu bem à anestesia ou não, no caso de ter havido. Muitas vezes nós não sabemos, temos que perguntar ao utente “olhe, o que é que lhe aconteceu?” muitas vezes os utentes, que no meu caso são na maioria pessoas idosas, não sabem. Não sabem o que é que lhes aconteceu. Por exemplo, um senhor que foi que... que foi uma apendicectomia, eu disse-lhe assim “então mas o que é que lhe aconteceu?” eu percebi... pela experiência eu já sabia, à partida, o que é que lhe tinha acontecido. “Olhe, tiraram-me daqui uma coisa, daqui da barriga” (risos) e nós ficamos sem saber o que é que... o que é que aconteceu ao utente. Qual foi a intervenção a que foi submetido. É também importante o tipo... o tipo de alimentação, por exemplo que o utente... o tipo de medicação *aaa* se precisa ou não de ajudas técnicas, em termos de... o uso por exemplo de canadianas, ou de algum outro tipo de... de ajuda. *Aaa* basicamente, acho que é...

#### **4. Quais as dificuldades/dúvidas que sente ao receber um utente após internamento hospitalar no caso de este não se fazer acompanhar de qualquer tipo de informação de enfermagem?**

Ok. *Aaa* muitas vezes é, em termos de dúvidas... Muitas vezes é se... quanto tempo é que tiveram internados, o motivo do porquê de estarem internados, o que é que lhes disseram, se lhes fizeram algumas recomendações ou não. Se voltam a uma consulta de follow-up, ou seja se... se têm alguma consulta com o médico. No caso de, por exemplo, de ser uma ferida cirúrgica suturada, se os pontos são para tirar na consulta se são para tirar no centro de saúde. Muitas vezes os utentes não sabem, “ah, não me disseram nada, disseram-me que era só para vir aqui fazer o penso, não me disseram o que é que eu havia de fazer” isso é uma grande dificuldade, muitas vezes os utentes não... não sabem quando é que têm as consultas, não sabem sequer se vão ter alguma consulta ou não. E isso é uma das principais dificuldades.

##### **4.1 E no caso oposto, quando existe uma carta de enfermagem?**

##### **4.2 É usual a existência de dúvidas e/ou questões?**

Normalmente, aquelas que nós recebemos, agora como temos o SAPE, o sistema de apoio à prática de enfermagem, normalmente não temos grandes dúvidas. *Aaa* diz sempre onde é que foi o... porque é que o doente esteve internado, o que é que é necessário em termos de cuidados de enfermagem. A dificuldade às vezes está em... quando são necessários cuidados ao domicílio, em que as cartas nos aparecem vindas por fax ou é algum familiar que nos traz a carta de alta. Porque o enfermeiro no hospital disse “olhe vá ao centro de saúde e entregue esta carta ao enfermeiro”. Se nós não abrimos logo a carta e não lemos com atenção muitas vezes *aaa* a explicitação que nos diz que aquele utente precisa de cuidados domiciliários é uma coisa, muitas vezes numa letra pequena e que não está bem explícita, portanto, se nós quando recebemos a carta de alta não lemos logo com atenção aquilo que lá está escrito,

muitas vezes não nos apercebemos e muitas vezes os familiares também não sabem que é preciso ir ao domicílio. Mas tirando isso, tirando isso normalmente as informações em termos de enfermagem estão lá todas.

#### **4.3 Em caso afirmativo como é que normalmente as soluciona? (entra em contacto com o hospital ou consulta a opinião de colegas)**

Normalmente é assim, em caso de haver alguma questão *aaa* o primeiro passo é falar com o familiar, se houver. Ou com a pessoa de referência que tenha acompanhado o utente, para saber quem foi o médico... quem foi o médico assistente no hospital *aaa* e caso haja alguma dúvida que não seja... que o familiar ou que o próprio utente não seja capaz de esclarecer, aí liga-se para o hospital, tenta-se falar com a equipa de enfermagem e com a equipa médica, normalmente a equipa de enfermagem é mais fácil de encontrar, eles vêm lá no computador o processo do doente e dizem-nos. Mas normalmente, quando, quando vem carta *aaa* tirando aquela questão de não nos dizerem a que é que o utente foi intervencionado, normalmente está o que é que ele necessita.

#### **5. Como entende que deveria ser feito o encaminhamento da carta de alta por parte do hospital central? (Em mão? Por correio? Por e-mail?)**

É assim, à partida a solução mais fácil e que me parece mais viável, mas isso teria que haver um... teria que haver uma boa coordenação, seria por email. Devia haver um enfermeiro responsável diariamente, que tivesse um email de serviço e que... que tivesse acesso a todos os utentes daquele centro de saúde ou daquela unidade de saúde que tivessem tido alta e ter acesso por, em termos... em termos... via digital, em termos informatizados da carta de alta ao utente. Porque, por fax muitas vezes os faxes estão estragados, não chegam. Há muitas situações em que as cartas de alta vêm em branco, não chegam ou dá erro. Os telefones, é muito difícil, tanto é difícil o hospital contactar-nos como nós contactarmos o hospital porque há poucas linhas e normalmente estão sempre muito ocupadas e é muito dispendioso, muito dispendioso muito moroso. É mais assim em termos de tempo. E também é dispendioso porque nós também depois passamos horas ao telefone para nos transmitirem a informação toda. *Aaa* por correio perde-se, é inevitável. Há cartas que, que chegam quando o familiar uma semana ou duas depois, quando o familiar já lá foi “olhe o meu pai ou a minha mãe ou o meu marido está em casa, veio do hospital e era preciso vocês lá irem” e nós dizemos “mas nós não recebemos nada, não tínhamos essa informação”, “ah, mas elas disseram que mandavam pelo correio”, e não nos chega nada. E por mão, é assim, se o utente for... se tiver orientado, no espaço e no tempo, ou se tiver um familiar ou uma pessoa de referência, as cartas chegam-nos, e se tiver sido transmitida a informação de que a carta é importante chegar às mãos do enfermeiro de cuidados de saúde primários. Agora se no hospital o médico ou o enfermeiro não transmite essa informação, não fala da importância da carta e a pessoa também, ou o familiar, não é muito orientado a carta não nos chega. Por isso acho que a situação em que se podia garantir mesmo uma boa continuidade de cuidados seria por email. Haver uma pessoa responsável no hospital, um enfermeiro que no final de turno ou durante o turno enviasse as

cartas de alta e um enfermeiro que diariamente as recebesse no centro de saúde e fizesse a articulação com os cuidados no domicílio, caso fosse necessário.

### **5.1 Normalmente como a recebe?**

Normalmente eu recebo-as por mão... por mão, são os familiares ou os utentes que as trazem. Em casos particulares, mas são mais casos em que *aaa* pessoas idosas ou pessoas que tenham assistência a nível da assistência social, pessoas em risco, que os enfermeiros nos telefonam para o centro de saúde e dizem “vamos mandar uma carta de alta por fax do utente X porque é um utente que, por exemplo, que não tem nenhuma rede de apoio ou então não há outra forma de nos comunicar, ou é um doente que está a ser assistido pela... em termos de... da assistente social, por exemplo uma família de risco. São as situações em que nos chega, fora isso, normalmente é sempre ou por mão ou nalguns casos por correio, mas as que chegam por correio vêm com desfasamento entre a saída do utente e a chegada da carta aí de uns 4-5 dias, que às vezes com o fim-de-semana no meio é mais do que suficiente para o utente ficar com... com falta de cuidados de enfermagem.

## **ENTREVISTA 10**

### **1. Qual a importância que atribui à carta de alta de enfermagem?**

#### **1.1. Porquê?**

Acho extremamente importante. Porque é uma continuação dos cuidados ao utente. Inicialmente é nos cuidados de saúde, no hospital que inicia a patologia... ou os cuidados, e acho extremamente importante dar continuidade. Porque o ser humano é um todo, não é? e temos que ver na perspetiva... claro que nós na primeira abordagem, nem na segunda, não conseguimos ver o utente onde ele, muitas vezes está dias seguidos no hospital e... contínuo, não é? Vem a família, é outro contacto e essa parte nós não conseguimos ver...

### **2. Em que situações acha pertinente a elaboração de uma carta de alta de enfermagem?**

Muito pertinente para dar continuidade a toda a informação que já tenha sido alvo, para não estarmos constantemente a ser repetitivos, com o utente, com a família, é extremamente importante.

#### **2.1 Só deverá existir carta de alta no caso de necessidade de continuidade de tratamentos específicos? (exemplo: realização de pensos/mudança de sondas/administração de terapêutica/outros)**

Não... é assim, por acaso não... como nós damos mais importância à parte prática e à execução, se calhar a parte social e a outra parte se calhar não damos tanta importância. Mas também eu acho que é importante toda essa parte, apesar de não ser necessária a parte... a nossa parte prática, a nossa intervenção prática mas pode ser através da intervenção social ou às vezes que... mesmo a nível social, psicólogas podem não... não colaborarem uns com os outros ou a informação pode não chegar e se calhar através de nós, somos o elo mais... mais fácil, que às vezes nem no centro de saúde há psicólogo nem assistente social, e nós somos sempre o elo de ligação mais fácil.

### **3. Que tipo de informação considera útil e que deva incluir-se numa carta de alta de enfermagem?**

Informação... A evolução do utente, a evolução ou não, pronto. Toda a... o episódio todo que ele teve, apenas os dados relevantes que nós, tipo... num internamento de 1 mês não vão lá pôr tudo o que é que foi feito. Acho que tem que haver alguma objetividade e tem que se escrever os aspetos que realçaram mais e mais pertinentes, não é?

#### **3.1 Quais as áreas de intervenção que entende que devam ser obrigatoriamente focadas numa carta de alta? (dar exemplos: autocuidados/cuidados inerentes a situações clínicas específicas como o tipo de alimentação e/ou sinais ou sintomas a vigiar/observações (consultas/exames) posteriores programadas).**

Foi como disse inicialmente. Tudo o que seja... o que o colega achar que é... os fatores mais importantes e mais relevantes. Porque às vezes podem ter montes de patologias, montes de cuidados e acho que... nós também não podemos fazer tudo e, e não... temos que escolher, estabelecer prioridades e acho que tem que se ter em conta as prioridades do utente e daquela situação.

*Eu: Tipo, situações que são diagnosticadas de novo, por exemplo?*

Sim! Acho que daquilo que seja prioritário, nós não vamos abranger tudo, muitas vezes nós não conseguimos abranger tudo. Eu tou agora aqui... O pessoal... eu neste momento estou só a andar pelas extensões... tenho quase mais 6700 utentes à minha conta... oh pá, é impossível eu dar conta de tudo, das necessidades todas... é impossível, temos que selecionar prioridades. Mas pronto, acho que o máximo de informação possível para partilhar. Com nada... com o objetivo de cada situação é uma situação e cada utente é um utente.

### **4. Quais as dificuldades/dúvidas que sente ao receber um utente após internamento hospitalar no caso de este não se fazer acompanhar de qualquer tipo de informação de enfermagem?**

Porque às vezes eles não se conseguem expressar, não sabem o que tiveram, que patologia é que tiveram nem sabem sequer o nome, muitas vezes quando a informação às vezes lá no hospital não é dada, ou às vezes os familiares também falham nesse... às vezes são pessoas idosas e não conseguem, não têm noção do que realmente têm e claro que... e vindo uma informação escrita por um colega, claro que é muito mais credível do que às vezes o que eles falam às vezes não é bem aquilo que... que realmente aconteceu. Às vezes eles relatam algumas coisas que se calhar não tem nada a ver e acho que a informação escrita por um colega acho que é... um colega ou um médico, um profissional de saúde, acho que é muito mais viável.

#### **4.1 E no caso oposto, quando existe uma carta de enfermagem?**

#### **4.2 É usual a existência de dúvidas e/ou questões?**

Por acaso normal não é. Raramente eles... “ah se calhar a colega não me explicou” ou “eu não tive atento, não sei quê”... mas normalmente eles vêm esclarecidos. A maior parte das vezes, paí 90%...

*EU: e tu própria? Nunca tiveste dúvidas quando recibes uma carta de alta?*

Às vezes, tipo, ainda hoje recebi uma aqui do hospital de, ele tinha algália, mas nem sei se era de... a senhora disse que era de 3 meses mas aquilo parecia-me ser de 10 dias, aquilo já estava para aí há um mês (risos). E não tinha nada na carta. Só havia a patologia e hiponatrémia, hipo não sei quê, descompensação hídrica e quanto à algaliação sei que não tinha nada. Ou lapso do colega ou pronto, às vezes acontece.

#### **4.3 Em caso afirmativo como é que normalmente as soluciona? (entra em contacto com o hospital ou consulta a opinião de colegas)**

É assim, tento o mais rápido possível e o mais viável possível. Eu... ir para o centro de saúde e estar a telefonar para o colega e depois não o apanhar. Não, tento resolver eu, eu e o médico de família a conversar e chegarmos a um consenso e o que é melhor para o utente. Ligar para o hospital é imenso tempo e não temos tempo a perder (risos).

#### **5. Como entende que deveria ser feito o encaminhamento da carta de alta por parte do hospital central? (Em mão? Por correio? Por e-mail?)**

O mais, o mais... se calhar é por email. As novas tecnologias servem para isso e acho que é a mais... às vezes também falha mas acho que é a mais real. Por correio é sempre, pronto, é correio mas não é carta registada, às vezes pode não chegar. Carta de utente, às vezes eles deixam lá e vai misturada com as receitas, vai não sei para onde, vai para o lixo, esquecem-se no carro, esquecem-se não sei onde... O melhor era mesmo por mail. Acho que era uma boa opção. Boa opção mesmo.

##### **5.1 Normalmente como a recebe?**

É por mão, pelo utente.

*Eu: mais alguma coisa a acrescentar? Se recibes sempre carta de alta, se não recibes? Não tens essa noção?*

Normalmente recebemos, mesmo às vezes quando não é... quando não temos que fazer nada ou da nossa parte de informação o que é que se passou com o utente e não sei quê, recebemos, muitas vezes recebemos. Às vezes depende também dos utentes, há utentes que nos chegam logo, que saem de manhã e à tarde já nos vão lá entregar a carta e outros que já deviam ter ido há 2 ou 3 dias atrás e só vão quando lhes apetece. Isso às vezes depende dos utentes. Vê-se de tudo (risos). É preciso às vezes uma paciência... Mas pronto, às vezes dizem uma coisa e é outra. Depois no caso de ligar para o hospital não tenho... É só quando é... for mesmo aqueles casos que nós não podemos resolver, é complicado, é muita gente e nem sempre estão no mesmo sítio, não têm gabinete próprio, não é? É complicado às vezes contactar as pessoas. É só mesmo em último caso, tentamos resolver o mais rápido possível para não perder tempo (risos).

## **ENTREVISTA 11**

### **1. Qual a importância que atribui à carta de alta de enfermagem?**

#### **1.1. Porquê?**

Na minha opinião é de grande importância *aaa* pois permite a continuidade dos cuidados, permite ao enfermeiro que trabalha nos cuidados de saúde primários *aaa* aperceber-se do que aconteceu com o seu utente. Muitas vezes os utentes estão meses ou anos sem ir ao centro de saúde *aaa* e se não houver essa carta de alta ficamos sem a noção que realmente o que é que aconteceu àquele utente. Por vezes até é uma forma dos utentes voltarem a frequentar o centro de saúde.

### **2. Em que situações acha pertinente a elaboração de uma carta de alta de enfermagem?**

Na minha opinião deve ser elaborada sempre que o utente vá a uma unidade hospitalar, quer por internamento, quer para realização de um tratamento, como em hospitais de dia, de oncologia ou de... neurologia ou também no serviço de urgência. Acho que é importante haver. Se houver uma carta feita pelo médico assistente da urgência é suficiente, às vezes, não é? Mas *aaa* se não houver, que muitas vezes o utente vai à urgência e sai de lá sem qualquer carta, acho que também deveria haver uma de enfermagem. Pelo menos um contacto de um profissional de saúde a dizer que o utente teve lá e porquê.

#### **2.1 Só deverá existir carta de alta no caso de necessidade de continuidade de tratamentos específicos? (exemplo: realização de penso /mudança de sondas/administração de terapêutica/outros)**

Não. Na minha opinião não. Não é apenas a tal continuidade dos tratamentos, mas também a informação de um utente que esteve, por exemplo, hospitalizado porque teve uma descompensação cardíaca e que precisa de vigilância mais *aaa* frequente da tensão arterial ou que teve internado por um problema gastrointestinal e que se calhar poderá ter necessidade de reforços de ensinos. Doentes que estejam internados por motivos urológicos e que, por exemplo, tenham de realizar a manobra de kegel, nós temos de fazer reforço dos ensinos e verificar se ele está a conseguir, se ficou com alguma incontinência ou não. E se não houver a carta de alta nesse caso, apesar de já não haver necessidade de nenhuma manobra técnica específica, mas apenas de vigilância no domínio dos ensinos é fundamental nós termos essa informação.

### **3. Que tipo de informação considera útil e que deva incluir-se numa carta de alta de enfermagem?**

*Aaa* os dados *aaa* da pessoa, não é? O nome, morada, telefone, familiar de referência. O motivo por que esteve internado, se tem alguma alergia, se teve alguma complicação durante o internamento. Ou o tratamento que realizou, ou a ida à urgência. *Aaa* o tipo de produtos que foram utilizados, no caso de feridas ou úlceras, *aaa* se teve uma boa resposta ao tratamento ou não. Porque muitas vezes as cartas de enfermagem remetem-se apenas ao último tratamento com que o doente ficou e não a todos os tratamentos que foi *aaa* que foram utilizados durante

o internamento. O que não nos dá uma informação muito completa, porque ficamos sem saber. Se o doente teve internado 2 ou 3 meses *aaa* e fez vários tratamentos ficamos sem saber se ele reagiu bem a um ou a outro, se teve alergias medicamentosas, etc. são informações, na minha opinião importantes, que devem constar sempre.

**3.1 Quais as áreas de intervenção que entende que devam ser obrigatoriamente focadas numa carta de alta? (dar exemplos: autocuidados/cuidados inerentes a situações clínicas específicas como o tipo de alimentação e/ou sinais ou sintomas a vigiar/observações (consultas/exames) posteriores programadas)**

Estão relacionados com a especificidade do internamento. O internamento foi por um motivo de *aaa* pneumológico ou cardiológico ou gastro... depende do tipo de serviço de medicina ou cirurgia em que ele esteve internado. *aaa* dependente das necessidades que ele teve alteradas ou autocuidados em que ele teve dependente, as notas devem ser referentes a isso. Se possível o mais completas possível, não é? Tudo o que houve alteração de autocuidados deve ser referido.

**4. Quais as dificuldades/dúvidas que sente ao receber um utente após internamento hospitalar no caso de este não se fazer acompanhar de qualquer tipo de informação de enfermagem?**

É repetir um bocadinho aquilo que eu já disse. *Aaa* penso que neste momento as cartas de alta hospitalares estão muito melhores. Acho que já há um registo muito mais rigoroso da *aaa* das patologias em questão *aaa* discordo um bocadinho com a linguagem CIPE, porque acho que é demasiado sucinta e acaba por retirar *aaa* os pormenores que podem fazer a diferença, como eu referi há bocado, e acaba muitas vezes por limitar a informação. *Aaa* essas dificuldades noto nesta nova linguagem que tem vindo a ser aplicada ultimamente. *Aaa* de resto dizer mais o quê? Dizer que também considero importante o utente que esteja em cuidados domiciliários, seguido, acompanhado pela equipa de enfermagem do centro de saúde e que subitamente necessite de ser internado, deve levar sempre uma carta de alta, quer vá para uma unidade de cuidados continuados, quer vá para uma unidade hospitalar. E muitas vezes falha da nossa parte o envio dessa informação. Achamos, pronto “tá no hospital, eles agora tratam do resto”, deveria haver sempre o cuidado da área dos cuidados de saúde primários de enviarem essa informação. Também é bastante útil para os colegas que estão no internamento.

**4.1 E no caso oposto, quando existe uma carta de enfermagem?**

**4.2 É usual a existência de dúvidas e/ou questões?**

É assim, quando existe uma carta de enfermagem geralmente vem com o número de telefone de contacto do serviço em que a pessoa esteve internada. E se houver alguma dúvida nós temos sempre essa possibilidade de telefonar e completar a informação se... acho que isso é fundamental, haver sempre um telefone ou um enfermeiro de referência que nos dê esse contacto para podermos *aaa* colmatar essa necessidade.

#### **4.3 Em caso afirmativo como é que normalmente as soluciona? (entra em contacto com o hospital ou consulta a opinião de colegas)**

#### **5. Como entende que deveria ser feito o encaminhamento da carta de alta por parte do hospital central? (Em mão? Por correio? Por e-mail?)**

Eu acho que devia ser feito por dupla via. Em mão através do utente, mas como sabemos que há utentes que depois não vão ao centro de saúde, já me aconteceu utentes que têm uma sutura ortopédica, que foi feito na privada por exemplo e não a nível do hospital público e que guardam a carta e não se lembram de vir entregar. E acham que não é necessária, e depois vamos a saber, ou tem pontos, ou tem agrafos, ou tem qualquer tipo de... portanto se puder haver sempre a ligação por email e em mão acho que é o mais seguro, porque permite-nos ter a certeza de que a informação chega lá. Havendo enfermeiros de referência nos vários sítios também seria uma coisa importante. Aliás, já tentei fazer esse projeto na neurologia quando lá trabalhei, um projecto de preparação do utente para a alta, e que havia precisamente em cada centro de saúde existiria um enfermeiro de referência, no qual faríamos a ligação cada vez que havia alta de um utente, com informação pertinente para ser partilhada. Então essa informação era passada por enfermeiros de referência. Ficou na gaveta da direcção do hospital. Podes registar no teu trabalho de investigação (risos). Ficaram só os ensinamentos na neurologia, já foi uma coisa boa. Não, neste momento já há um projeto hospitalar, mas anos e anos que demorou a andar.

##### **5.1 Normalmente como a recebe?**

Normalmente são os utentes que me trazem. Aliás, recebi por acaso, de um utente que é meu conhecido, de um médico do centro de saúde de Cernache, o Dr. A. R., que esteve internado num hospital onde já trabalhei, o Hospital de Santa Marta, em Lisboa. E fiquei muito contente porque soube assim que ele tinha tido um, pronto, uma situação *aaa* de doença aguda, um enfarte agudo do miocárdio e recebi, quer eu quer a médica assistente do utente essa informação. Acho que foi... demonstra realmente pessoas que sabem trabalhar e que, e que continuam a ter boas práticas apesar da distância, não é? *Aaa* Lisboa – Coimbra, tiveram o cuidado de enviar essa informação e lá está, esse utente não precisava de tirar pontos, não precisava de fazer nenhum tipo de *aaa* de cuidado específico, não é? Mudar sondas nem administrar terapêutica mas foi um cuidado que eles tiveram, mais para a vigilância dos fatores de risco cardiovasculares. Para acompanharmos esse utente, que é nosso conhecido e amigo (risos). Nesse sentido, foi muito interessante essa experiência (risos).

## **ENTREVISTA 12**

### **1. Qual a importância que atribui à carta de alta de enfermagem?**

#### **1.1. Porquê?**

A importância é muita. Porque é o veículo de transmissão quando nós apanhamos o doente quando tem alta. Portanto, é... é o veículo que nos dá para perceber o que é que se passou no

internamento e para nós darmos a continuidade dos nossos cuidados. É muito, muito importante.

## **2. Em que situações acha pertinente a elaboração de uma carta de alta de enfermagem?**

Em todas. Em qualquer internamento, acho que é pertinente sempre, a carta de enfermagem, independentemente às vezes de precisarem ou não dos nossos serviços. Até nem que seja para referenciar uma vacina do tétano em atraso. Que às vezes acontece. Acho sempre pertinente.

### **2.1 Só deverá existir carta de alta no caso de necessidade de continuidade de tratamentos específicos? (exemplo: realização de pensos/mudança de sondas/administração de terapêutica/outros)**

Não. É como eu falei, acho que... enquanto não temos um programa informático a funcionar, penso que nesse sentido, no futuro, talvez não teremos essa necessidade, quando tiver a funcionar em pleno no país todo, mas neste momento é muito importante. Porque muitas vezes os utentes no hospitalar, não têm vacinas do tétano, não levam qualquer vacina e, muitas vezes têm-nos aparecido cartas de enfermagem só no sentido de vir fazer a vacina do tétano, e é importante. Que assim os utentes chegam a nós, se não trouxerem carta de enfermagem, simplesmente não vêm alguns.

## **3. Que tipo de informação considera útil e que deva incluir-se numa carta de alta de enfermagem?**

Um pequeno resumo do internamento, dos cuidados que... da terapêutica que lhe foi administrada, se... se tiver alguma importância para o enfermeiro e da necessidade de continuidade de cuidados, o que é que nós poderemos depois fazer e o que é que é preciso... acho que isso tudo é importante.

### **3.1 Quais as áreas de intervenção que entende que devam ser obrigatoriamente focadas numa carta de alta? (dar exemplos: autocuidados/cuidados inerentes a situações clínicas específicas como o tipo de alimentação e/ou sinais ou sintomas a vigiar/observações (consultas/exames) posteriores programadas)**

Eu acho que isso tudo é importante, e neste momento podemos dizer que as cartas de enfermagem de alta até já vêm muito bem elaboradas nesse sentido. São feitas num programa informático, eu falo mais de Leiria, neste momento, e... embora haja algumas falhas, trazem sempre o tipo de dieta, como é que, como é que hão-de fazer o autocuidado. São muito completas até. Embora de vez em quando aconteçam as falhas que nós falámos há bocadinho, no caso da medicação às vezes falha um bocadinho, porque eles fazem medicação no próprio dia e depois não dizem se é para continuar, os ensinamentos não são feitos, alguma dificuldade... Eu penso que isso tem a ver com... com comunicação entre equipa de enfermagem, e não propriamente com a carta de alta. Porque as cartas de alta vêm bem, depois eu noto é que há uma certa falta de comunicação entre a equipa de enfermagem. A própria equipa do hospital. Talvez por excesso de trabalho, passagens de turno, e depois a informação não é bem

passada e há algumas falhas. Nomeadamente na medicação. De resto acho que no autocuidado, na alimentação vêm muito explícitas, muito bem elaboradas.

#### **4. Quais as dificuldades/dúvidas que sente ao receber um utente após internamento hospitalar no caso de este não se fazer acompanhar de qualquer tipo de informação de enfermagem?**

Olhe, para nós, a principal dúvida é no caso de um pós-operatório o retirar pontos. Há muitas... nós temos tido vários casos de cirurgias em que há um médico que acha que os pontos se hão-de retirar após sete dias, outro após dez, outro após quinze, e sem carta de enfermagem é muito complicado. O que é que nós fazemos? Ligamos para o serviço de origem, e nunca fazemos qualquer intervenção sem tentar primeiro falar com o médico. Porque é complicado, no pós-cirúrgico, a extração de pontos sem carta de enfermagem, sem carta de alta. Normalmente comunicamos sempre com o serviço de origem.

##### **4.1 E no caso oposto, quando existe uma carta de enfermagem?**

##### **4.2 É usual a existência de dúvidas e/ou questões?**

No caso de ela vir do hospital para nós? É raro ter dúvidas, porque elas vêm muito explícitas, no caso de virem não temos tido problemas. Há casos em que *aaa* principalmente os particulares, nós agora temos alguns hospitais particulares a fazer cirurgias e depois as pessoas vêm aqui e esses às vezes não vêm com cartas tão bem elaboradas. Temos que dizer que o público, nesse aspeto, está a funcionar melhor.

##### **4.3 Em caso afirmativo como é que normalmente as soluciona? (entra em contacto com o hospital ou consulta a opinião de colegas)**

Pois... e no caso mesmo de a carta estar até aparentemente explícita, e no caso de termos dúvida nós *aaa* as cartas até têm outra coisa, neste momento, é por isso que eu estava a dizer, no sistema informático no fundo têm telefone direto do serviço. É muito fácil contactar o colega enfermeiro, e os colegas são muito acessíveis, no caso de também terem dúvidas contactam com a equipa médica que está lá perto deles e não temos tido problemas. Portanto, vem o número de telefone direto, é muito fácil ligar e o *feedback* é muito positivo.

#### **5. Como entende que deveria ser feito o encaminhamento da carta de alta por parte do hospital central? (Em mão? Por correio? Por e-mail?)**

Eu acho que funciona sempre melhor em mão, no meu ponto de vista. Porque nós temos um sistema de marcação de... de pensos, portanto de tratamentos e injetáveis, é feito sob marcação. E as pessoas, quando não vem a própria pessoa, vem o familiar, traz a carta em mão, nós levantamos logo o... os problemas que há, fica logo ali tudo feito, pronto a... a fazer as intervenções, é muito mais fácil. Se for pelo correio às vezes há extravios... é mais complicado. Para mim a melhor *aaa* qualquer dia quando o tal programa estiver a funcionar, que eu falei, basta ir ao computador, nós até sabemos o dia em que o doente tem alta, qual a medicação que ele fez. Quase que nem precisamos de carta de referência. Tá tudo no programa.

## 5.1 Normalmente como a recebe?

Quando o utente é auto-suficiente e não necessita de ajuda... e neste caso não necessita de domicílio, muitas vezes é ele próprio, como temos aqui o hospital ao lado, os nossos colegas aqui do hospital já sabem, nós temos convivência com ele, assim que o doente sai da cirurgia ou da medicina e consegue deambular bem, sai do hospital diretamente, vem fazer logo a marcação do seu penso aqui no centro de saúde. Quando ele não consegue e necessita de domicílio, muitas vezes até sai e vai para o domicílio, param aqui a ambulância e vem um familiar logo marcar domicílio. Então nós depois já referenciamos. Normalmente os colegas daqui do hospital, e até de Leiria, como isto agora pertence a Leiria, tudo o que seja para fazer no domicílio, no internamento eles já sabem que têm que ter marcação prévia.

*Eu: e no caso de não ser preciso haver continuidade de cuidados específicos?*

No caso de não ser, eles trazem uma carta, é o que eu digo, às vezes eles trazem carta de enfermagem, embora não precisem de nada nosso ou só pa rever se a vacina do tétano tá em ordem, eles vêm sempre entregar. Quando não é a nós, entregam ao médico, até às vezes as cartas de enfermagem são entregues ao médico e os médicos fazem-nos chegar. Neste aspeto os nossos médicos são muito colaborantes, não temos qualquer tipo de problema.

*Eu: Não tenho mais questões, se quiser dizer mais alguma coisa?*

Não... acho que até, no fundo, acho que isto já teve alguns problemas, esta história das cartas de alta... neste momento até está a funcionar bem, pronto, a não ser aquele exemplo que eu dei dos lovenox's, que de vez em quando falham algumas... algumas coisitas, mas isso tem a ver com... com comunicação na própria equipa e não mesmo a carta de alta. De resto acho que até funciona bem.

## ENTREVISTA 13

### 1. Qual a importância que atribui à carta de alta de enfermagem?

#### 1.1. Porquê?

É muito importante, para dar continuidade aos cuidados que vêm a ser prestados, para conhecer as necessidades do utente...

### 2. Em que situações acha pertinente a elaboração de uma carta de alta de enfermagem?

Sempre que haja necessidade de cuidados de enfermagem. Acho que sempre aaa acontecem algumas vezes as pessoas virem sem uma informação e não é muito... muito agradável. Pronto, se for a um nível, por exemplo, de ambulatório em que vem uma indicação cirúrgica aaa específica, em que não há grandes cuidados a ter, se calhar aí pode-se prescindir, mas se aaa de uma situação de internamento, por exemplo, acho que é... é extremamente importante.

#### 2.1 Só deverá existir carta de alta no caso de necessidade de continuidade de tratamentos específicos? (exemplo: realização de pensos/mudança de sondas/administração de terapêutica/outros)

Acho que depende da área em que estamos a falar. Se estamos a falar na área curativa, na área dos tratamentos, da de... e domiciliária mas só de tratamento, se calhar não. Agora nas

situações de... de promoção da saúde e de vigilância, quer a nível de saúde infantil, quer a nível de saúde materna, quer a nível de psiquiatria, acho que é importante, de saúde mental. Haver na mesma uma carta, mesmo que não haja *aaa* necessidade nenhuma de cuidados.

### **3. Que tipo de informação considera útil e que deva incluir-se numa carta de alta de enfermagem?**

Por um lado, os tais cuidados curativos, as sondas, os *aaa* os pensos, as medicações. *Aaa* em muitas situações, mas se calhar isso a nível hospitalar passa-nos um bocadinho mais ao lado, a situação sócio-familiar do utente. É uma das coisas que nós acabamos... é... nos cuidados de saúde primários acabamos por... por nos sentir mais dependentes da situação familiar e do apoio que os utentes têm. Se isso puder vir identificado do hospital, tanto melhor *aaa* e depois há, há algumas situações em que, em que a alta é dada um bocadinho à pressa e que não é preparada a continuidade, e deparamo-nos com necessidades imediatas que nós não temos a capacidade de as satisfazer, de imediato, pronto. Mas isso é mais, não é tanto na transmissão de informação, é mais na preparação anterior e se calhar bastava um contacto prévio à alta, mesmo que fosse telefónico, pra, para resolver isso. Coisas que não tivesse sido possível fazer, no hospital e que seja necessário de imediato a nossa intervenção. E já me perdi...

*Eu: era o tipo de informação que deveria estar numa carta.*

Pronto, acho que é tudo... (risos)

#### **3.1 Quais as áreas de intervenção que entende que devam ser obrigatoriamente focadas numa carta de alta? (dar exemplos: autocuidados/cuidados inerentes a situações clínicas específicas como o tipo de alimentação e/ou sinais ou sintomas a vigiar/observações (consultas/exames) posteriores programadas)**

Acho que tudo isso é importante e muitas vezes não vem, portanto, aquilo que habitualmente nos *aaa* nos é dado e nos aparece é a informação ao nível dos autocuidados *aaa* e estabelecendo o grau de dependência. Mas muitas vezes não é coerente com aquilo que nos é apresentado... portanto, muitas vezes não corresponde *aaa* àquilo que depois nós *aaa* encontramos *aaa* em relação à medicação, há alguns locais dos quais temos informação e que é importante sempre nós termos, porque muitas vezes temos o papel também da gestão terapêutica e de ajudar a nossa população, até às vezes mais idosa, na gestão terapêutica, e essa, e essa informação muitas vezes não, não nos chega, aos enfermeiros. Portanto, vem de médico para médico, mas não passa... não passa muitas vezes por nós e é importante. *Aaa* em relação a situações específicas... às vezes há situações em que a informação não é transmitida de forma muito clara. Se nós a nível de um... de um serviço temos determinadas especificidades e conhecemos, por exemplo as siglas, não é obrigatório que no serviço ao lado ou no centro de saúde também tenhas que as conhecer. E se me chegar aqui um... um utente com uma carta de alta e diz que esteve internado por AAA, eu não sou obrigada a saber que é um aneurisma da aorta abdominal. Depende da minha experiência e dos meus contactos prévios. Se calhar a informação que nos é transmitida deveria ser mais clara também nesse aspeto, nas situações específicas, não deveria por exemplo ser usado... as abreviaturas.

#### **4. Quais as dificuldades/dúvidas que sente ao receber um utente após internamento hospitalar no caso de este não se fazer acompanhar de qualquer tipo de informação de enfermagem?**

Depois depende do utente que tenha, que esteja à frente e das condições em que... em que ele esteja. *Aaa* acontece sobretudo nos doentes dependentes *aaa* mas aí também se calhar às vezes há uma falha, uma falha de informação nossa. Em relação aos doentes que temos em domicílio, por exemplo no boletim de... de, no boletim de apoio domiciliário que deveríamos ter a informação e deveria acompanhar o utente. Se calhar se o boletim chegasse às mãos da equipa de enfermagem do hospital, depois poderiam dar-nos o feedback e a informação que necessitávamos. Pronto, nós se calhar também falhamos, ou mesmo quando entregamos o boletim ao... idoso ou ao cuidador, em não lhes lembrar a importância de, de levar também para o hospital. *hum...* Mas depois, muitas vezes não há transmissão de, de, de alguma informação... e agora esqueci-me qual era a pergunta...

*Eu: era dúvidas quando não vêm com a carta de enfermagem.*

Pronto, outra das dúvidas é relativa à continuidade da terapêutica. Que não sabemos muitas vezes o que é que já foi ou não administrado... Como há bocado já tínhamos falado nas... na situação das enoxaparinas, de, de não haver ensino feito e depois também não haver registo da última. Para sabermos se podemos administrar ou fazer o ensino ou não. *Aaa* também acontece... já me aconteceu, relativamente a insulinas ter uma utente a ter alta de uma medicina com uma prescrição de insulina e não vir nem caneta nem ensino feito... Só haver carta médica e chegarem aqui às sete da tarde, sem... só com informação clínica, que eu não ia abrir porque não era para o enfermeiro. Não saber que insulina é que era para... para fazer, não saber quantas unidades eram para fazer, não saber a situação da doente. Como é que é... ensinar aquele cuidador *aaa* e pronto. E é complicado gerir esse tipo de situações.

##### **4.1 E no caso oposto, quando existe uma carta de enfermagem?**

##### **4.2 É usual a existência de dúvidas e/ou questões?**

Às vezes alguma... alguma troca de... de informação. Às vezes há as dúvidas que falei há bocado, relativa à linguagem utilizada e à especificidades e... às vezes à pouca clareza. E há também as situações, mas que nos podem acontecer a todos, de alguns erros. Já me aconteceu trazer... datas de trocas de sondas erradas, ou o tipo de sonda errado... pronto, que depois para a nossa... se for preciso para, para nós procedermos à substituição a coisa não, não correspondia. *Aaa* ah! a nível, estava-me a esquecer de outra situação. A nível da ... da maternidade, nos recém nascidos, às vezes há *aaa* há falta de carta de enfermagem ou a carta de enfermagem não tem toda a informação de que nós necessitamos. Ou então nem sequer nos chega à mão. E nessas situações, eu acho que mesmo que haja necessidade de continuidade ou não de cuidados que deveria ser enviada a informação, porque pode ser importante depois no desenvolvimento da circunstância. E... por exemplo, muitas vezes não temos diagnóstico do teste do pezinho. Já me aconteceu não termos registo das vacinas administradas na maternidade. Sabermos que fez, porque tem a marca do BCG, mas não haver registo nem do dia nem do lote nem nada. São lapsos (risos), são lapsos. Pronto, a nível

do dia-a-dia *aaa* é o não haver informação, nem sequer chegar uma carta de alta de enfermagem do recém nascido e da puérpera. Acontece com alguma frequência. Por exemplo a nível da psiquiatria, nós trabalhamos com Leiria e funciona extremamente bem, é-nos sempre enviado uma carta de alta de enfermagem, muito... muito completa sobre *aaa* a situação do utente. E sobre o acompanhamento necessário, apesar de não haver ninguém com a especialidade em saúde mental mas *aaa* que nos dá uma noção do que é que aquele utente pode precisar de nós.

#### **4.3 Em caso afirmativo como é que normalmente as soluciona? (entra em contacto com o hospital ou consulta a opinião de colegas)**

Por norma com o hospital. Se não conseguirmos ter a informação, contactamos o hospital para saber, para saber o que aconteceu e porque não existe informação.

*Eu: e normalmente resulta?*

Sim, já uma vez levei uma resposta menos boa mas isso são outros assuntos...

#### **5. Como entende que deveria ser feito o encaminhamento da carta de alta por parte do hospital central? (Em mão? Por correio? Por e-mail?)**

Por email seria o ideal. Mas isso exigia que todos os serviços tivessem informatizados, incluindo os nossos. Nós por exemplo, aqui na sede não temos problemas de rede, tirando agora o mau tempo, mas por norma não temos problemas de rede. E se calhar por email era uma boa via. Mas as extensões não se pode falar o mesmo. Há muitas extensões que têm internet há pouco tempo, há muitas quebras, há muito... se calhar... ainda não estamos capazes disso. Pelo utente, dependendo da situação, parece-me bem. Parece-me que é uma boa forma de nos fazer chegar a informação.

#### **5.1 Normalmente como a recebe?**

Pelo utente.

*Eu: e todos trazem?*

Não. (risos) *aaa* aconteceu-nos uma situação há pouco, até algo desagradável... de uma, de uma utente que... tinha feito uma simples excisão de um sinal nas costas, veio cá ao fim de oito dias, mas não se fazia acompanhar pela carta. Entretanto estava a fazer reação local, a colega olhou *aaa* "ok, foi há oito dias? Tem a certeza que foi há oito dias?" a senhora confirmou o dia em que tinha feito a excisão, "ok, está a fazer reação vamos tirar os pontos". *Aaa* fez deiscência, pronto. Depois veio cá com a carta e a carta dizia que os pontos eram para tirar ao fim de 12 dias. O sinal era profundo. Pronto, e não havia essa informação.

*Eu: mas tinha a carta, só que não trouxe?*

Exactamente, isso é um abre olhos para nós, que da próxima vez não faremos o penso sem ter a carta na mão.



## **APÊNDICE III**

Termo de consentimento livre e esclarecido



## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Custódia Sofia Santos Batista, Enfermeira, aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, venho solicitar a participação do Sr./Sra. Enfermeiro/a, num estudo que pretende conhecer as necessidades sentidas de informação dos enfermeiros do Centro de Saúde que recebem utentes de serviço de Hospital Central. Trata-se de um estudo exploratório com vista à implementação de modelo de carta de alta em serviço de Hospital Central que responda às necessidades sentidas de informação dos enfermeiros do Centro de Saúde. Será desenvolvido sob orientação do Professor Doutor Rogério Manuel Clemente Rodrigues.

A decisão de desenvolver este estudo surge da necessidade de adequar de forma sistemática a informação a transmitir no momento da alta hospitalar, assegurando um contínuo na qualidade da prestação de cuidados de enfermagem, bem como o encurtamento da distância entre o Hospital e a Comunidade.

A sua participação é fundamental para a concretização deste estudo e consistirá em responder a algumas questões relativas ao tema. Esta participação é voluntária e a sua recusa não lhe trará qualquer consequência. Todas as informações obtidas através de entrevista gravada possuirão um cariz confidencial e o seu anonimato garantido. As gravações serão transcritas e posteriormente destruídas. Terá acesso ao estudo através de pedido pessoal ao investigador.

Disponibilizo-me a esclarecer qualquer dúvida que possa ter em relação a este estudo. Para isso pode contactar-me através do telemóvel 969505925 ou e-mail [sofbatista@gmail.com](mailto:sofbatista@gmail.com)

Eu, \_\_\_\_\_, declaro que fui informado acerca de todas as condições inerentes ao estudo a efectuar e aceito nele participar de forma voluntária.

Assinatura, data