ANNA SARAH MORAES RAPELLO

CONHECIMENTO E PRÁTICA DE ENFERMEIROS SOBRE PLANEJAMENTO DE ALTA HOSPITALAR DE PORTADORES DE DOENÇA CRÔNICA NÃO TRANSMISSÍVEL

Campo Grande
2015

ANNA SARAH MORAES RAPELLO

CONHECIMENTO E PRÁTICA DE ENFERMEIROS SOBRE PLANEJAMENTO DE ALTA HOSPITALAR DE PORTADORES DE DOENÇA CRÔNICA NÃO TRANSMISSÍVEL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul para obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof.ª Dr.ª Mara Lisiane de M. dos Santos

Campo Grande

2015

Rapello, Anna Sarah Moraes

Conhecimento e prática de enfermeiros sobre planejamento de alta hospitalar de portadores de doença crônica não transmissível. **Campo Grande – MS, 2015.**

114p.

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

Conhecimento e prática de enfermeiros sobre planejamento de alta hospitalar de portadores de doença crônica não transmissível.

1. Doença crônica 2. Planejamento da alta 3. Enfermagem 4. Conhecimentos, atitudes e prática em saúde.

ANNA SARAH MORAES RAPELLO

CONHECIMENTO E PRÁTICA DE ENFERMEIROS SOBRE PLANEJAMENTO DE ALTA HOSPITALAR DE PORTADORES DE DOENÇA CRÔNICA NÃO TRANSMISSÍVEL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul para obtenção do título de Mestre.

RESULTADO: _____

Campo Grande (MS), 22 de janeiro de 2015.

BANCA EXAMINADORA

_____

Prof ª Dr.ª Mara Lisiane de Moraes dos Santos
(Presidente)
Instituição: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS)

_____

Prof ª Dr.ª Adriane Pires Batiston
(Membro titular)
Instituição: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS)

_____

Prof ª Dr.ª Rosângela da Silva Rigo
(Membro titular)
Instituição: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS)

_____

Prof ª Dr.ª Sandra Maria Leone do Valle de Oliveira
(Membro suplente)
Instituição: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS)

AGRADECIMENTOS

Enfim estou defendendo o título de mestre. Poucas vezes pensei em desistir, mas na maior parte do tempo achei que não conseguiria. Foram momentos difíceis, mas Deus colocou algumas pessoas especiais que me apoiaram neste caminho. A elas a minha sincera gratidão.

À minha orientadora Dra Mara Lisiane M. Santos por ter confiado em mim, por ter tido uma paciência incomparável e não ter desistido. E não faltaram motivos!

Ao meu marido Gabriel Rapello, por ter me apoiado em todos os momentos, ter suportado minha impaciência, minha falta de atenção e variação de humor. Ele é minha inspiração para a busca do conhecimento. Profissional competente, dedicado, perfeccionista, exemplo para muitos.

Ao meu filho, João Gabriel por me alegrar nos momentos difíceis. Que apesar de seus poucos 6 anos de vida, e ter sofrido demais com minha ausência, teve paciência. Dedico minha vida à ele.

À minha mãe Vera Lúcia Moraes da Silva, por ter me ensinado a não desistir dos meus sonhos mesmos quando as dificuldades pareciam intransponíveis, por cuidar de mim e de minha família, nos momentos que não consegui conciliar meus compromissos com o estudo com meus compromissos domiciliares. Ela é meu porto seguro.

Ao meu pai (*in memorian*), um autodidata, que em sua simplicidade me ensinou a dar valor aos estudos.

Aos meus amigos do Hospital Universitário da UFMS, que me ajudaram durante esta trajetória.

À minha amiga Analice Cristhian Flavio Quintanilha. Quando parecia que estava tudo perdido, que não havia tempo disponível para conclusão do trabalho, que eu estava pensando em desistir, ela chegou e fez toda diferença. Em uma hora de conversa, da qual eu tentava fugir, ela conseguiu fazer que eu recuperasse o que eu havia perdido no meio do curso, o entusiasmo. Obrigada Ana!

A Dra Enfª Sandra Leoni que me ajudou com o primeiro projeto apresentado para o processo de seleção. Foi naquele momento que foi traçado meu plano de estudo.

Às docentes do Mestrado em Enfermagem da UFMS, que dedicam seu tempo ao curso com um objetivo tão nobre: a construção do saber.

Às gerências de enfermagem do Hospital Universitário, da Santa Casa e do Hospital Regional, que me receberam gentilmente e me apoiaram.

Aos enfermeiros que mesmo com inúmeras atribuições, reservaram um pouco do seu tempo para participar desta pesquisa.

E em especial a Deus, que conduz meu caminho, que conhece minhas fraquezas e não me deixa cair. E que por sua infinita misericórdia e infinito amor, protege a mim e a minha família.

RESUMO

Rapello ASM. **Conhecimento e prática de enfermeiros sobre planejamento de alta hospitalar de portadores de doença crônica não transmissível**. Campo Grande; 2014. [Dissertação – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul].

As doenças crônicas não transmissíveis ocupam atualmente o primeiro lugar em causas de morte no mundo. No Brasil, políticas importantes para sua prevenção e controle têm sido implementadas. Uma delas foi a criação da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, a qual determina que os hospitais devem programar a alta hospitalar. O objetivo deste estudo foi analisar o conhecimento e prática de enfermeiros sobre planejamento de alta hospitalar de adultos portadores de doença crônica não transmissível e determinar fatores que dificultam a implementação do planejamento da alta. Os dados deste estudo descritivo e analítico foram coletados através da aplicação de um roteiro semi-estruturado do tipo CAP (conhecimento, atitude e prática), aos enfermeiros que atuam nas clínicas médica, cirúrgica e oncológica, no CTI e na UCO dos três maiores hospitais de Mato Grosso do Sul. O questionário é composto por quatro partes: perfil profissional, conhecimento, prática e fatores que dificultam o planejamento da alta. A população inicial era composta por 68 enfermeiros, dos quais 14 foram excluídos e 4 se recusaram a participar. A maioria dos 50 participantes eram do sexo feminino (66%), com 33,5 ± 6,9 anos de idade média, e 6,6 ± 5,4 anos de experiência de trabalho. Com relação ao conhecimento sobre planejamento da alta, 80% afirmaram ter adquirido anteriormente, na graduação (67,5%) e por experiência profissional (47,5%). No entanto, a taxa média de acertos de questões que abordam esta variável foi de 29,4 ± 10,5, com a menor taxa no domínio "conceito" (17,3 ± 21,5) e a maior taxa no domínio "cliente" (62 ± 49,4). Outros domínios incluídos foram "etapas" (25 ± 25,8), "objetivos" (25,7 ± 15,1), "momento de iniciar o planejamento de alta" (40 ± 49,5), "orientações ao paciente" (28,4 ± 14), e "participantes" (43,3 ± 25,4). Em relação à prática no planejamento da alta, o percentual médio de acerto foi 25,6±21,4. Um total de 41% afirmou que as altas hospitalares nunca ou raramente são planejadas em seus setores. Os médicos (86%) e enfermeiros (67,5%) são os profissionais que mais participam no planejamento de alta. Um total de 35% afirmou que o planejamento nunca ou raramente é discutido pela equipe; 38% nunca ou raramente têm participado no processo; 41% e 37% nunca ou raramente incluem o paciente ou a família, respectivamente. Não foi observada nenhuma relação significativa entre o nível de conhecimento e prática, entre o nível de conhecimento e perfil profissional, ou entre o perfil profissional e prática de planejamento de alta. A relação entre a prática e setor hospitalar atual, no entanto, tinha um valor-p de 0,05. Neste caso, a prática dos entrevistados que trabalham em setores dedicados a pacientes criticamente enfermos (CTI e UCO) revelou-se menos adequada do que os demais setores. Na percepção dos enfermeiros, o principal fator que dificulta o processo de planejamento da alta é a comunicação inadequada entre os membros da equipe. Conclui-se que, nos setores dos hospitais investigados, as altas não são planejadas de uma maneira sistemática e coordenada, e que os enfermeiros possuem pouco conhecimento sobre planejamento de alta, adotando práticas inadequadas. Gestores de saúde devem capacitar os enfermeiros para planejar as descargas sob uma abordagem sistemática, com foco no autocuidado e com participação da equipe multidisciplinar, paciente e família / cuidador.

Palavras-chave: Doença crônica. Planejamento da alta. Enfermagem. Conhecimentos, atitudes e prática em saúde.

ABSTRACT

Rapello ASM. **Knowledge and practices of nurses regarding hospital discharge planning for patients with chronic non-communicable diseases.** Campo Grande, MS, Brazil; 2014. [Master's thesis – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul].

Worldwide, chronic non-communicable diseases rank first as causes of death. In Brazil, important policies for their prevention and control have been implemented, one of which was the creation of the Healthcare Network for Persons with Chronic Diseases, which requires hospitals to program hospital discharges. The purpose of this study was to investigate the knowledge and practice of nurses with regard to discharge planning for adults with chronic non-communicable diseases and to identify factors that hinder the implementation of discharge planning. Data for this descriptive, analytical study were collected by applying a semistructured KAP-type (Knowledge, Attitude, and Practice) questionnaire to nurses working at medical, surgical, and oncological clinical divisions, ICUs, and CCUs in the three largest hospitals in Mato Grosso do Sul state. The questionnaire comprised four parts: professional profile, knowledge, practices, and factors that hinder discharge planning. The initial population consisted of 68 nurses, of whom 14 were excluded and 4 refused to participate. Most of the 50 participants were female (66%), with 33.5 ± 6.9 years of mean age, and 6.6 ± 5.4 years of work experience. Regarding their knowledge about discharge planning, 80% reported having acquired it previously, in undergraduate school (67.5%) and from professional experience (47.5%). However, the mean rate of correct answers to questions addressing this variable was 29.4 ± 10.5, with the lowest rate in the 'concept' domain (17.3 ± 21.5) and the highest rate in the 'client' domain (62 ± 49.4). Other domains included 'stages' (25 ± 25.8), 'objectives' (25.7 ± 15.1), 'time of starting discharge planning' (40 ± 49.5), 'guidance to patient' (28.4 ± 14), and 'participants' (43.3 ± 25.4). Regarding the practice, only 25.6% ± 21.4 of questions addressing discharge planning were correctly answered. A total of 41% stated that discharges are never or rarely planned in their sectors. Physicians (86%) and nurses (67.5%) are the professionals who most participate in discharge planning. A total of 35% stated that planning is never or rarely discussed by the team; 38% have never or rarely participated in the process; 41% and 37% never or rarely include the patient or the family, respectively. No significant relationship was observed between level of knowledge and practice, or between the level of knowledge and professional profile. No significant difference was detected between professional profile and practice of discharge planning. The relationship between practice and current hospital sector, however, had a p-value of 0.05. In this case, the practice of respondents working in sectors devoted to critically ill patients (ICUs and CCUs) proved less adequate than for other sectors. In the perception of nurses, the principal factors hindering the process of discharge planning is inadequate communication between team members; patients' difficulties in understanding the guidance provided, and poor knowledge of the professionals on discharge planning. The results showed that, in the hospital sectors investigated, discharges are not planned in a systematic, coordinated manner, and that nurses hold poor knowledge about discharge planning, adopting inadequate practices. Healthcare managers should help build capacity for nurses to plan discharges under a systematic approach, with a focus on self-care and with the participation of the multidisciplinary team, patient, and family/caregiver.

Keywords: Chronic disease. Discharge planning. Nursing. Health knowledge, attitude, and practice.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Taxa de mortalidade no Brasil em 2008 e 2012, segundo as principais DCNTs. 18

Tabela 2 - Caracterização dos enfermeiros segundo sexo, idade, tempo de formação, tempo de atuação e escolaridade. Campo Grande, MS, 2014. (n=50) 38

Tabela 3 - Caracterização dos enfermeiros segundo setor de atuação e tempo no setor. Campo Grande, MS, 2014. (n=50) 39

Tabela 4 - Distribuição dos resultados do conhecimento de enfermeiros sobre o planejamento de alta hospitalar de adultos portadores de doença crônica não transmissível – DCNT. Campo Grande, MS, 2014. (n=50) 40

Tabela 5 - Teste de diferença de médias da pontuação do conhecimento dos enfermeiros sobre planejamento de alta hospitalar em relação as variáveis conceito, etapas, objetivos, momento de iniciar, orientações, participantes e clientes. Campo Grande, MS, 2014. (n=50) 41

Tabela 6 - Distribuição de respostas sobre conceito de planejamento de alta, conforme percentual de acerto, Campo Grande, MS, 2014. (n=50) 41

Tabela 7 - Distribuição de respostas sobre etapas do planejamento de alta, conforme percentual de acerto, Campo Grande, MS, 2014. (n=50) 42

Tabela 8 - Distribuição de respostas sobre objetivos do planejamento de alta, conforme percentual de acerto, Campo Grande, MS, 2014. (n=50) 43

Tabela 9 - Distribuição de respostas sobre orientações dadas aos pacientes durante o planejamento de alta, conforme percentual de acerto, Campo Grande, MS, 2014. (n=50) 44

Tabela 10 - Distribuição de respostas sobre momento iniciar o planejamento de alta, participantes e a qual cliente se aplica o planejamento de alta, conforme percentual de acerto, Campo Grande, MS, 2014. (n=50) 45

Tabela 11 - Teste de diferença de médias da pontuação de conhecimento de planejamento de alta hospitalar em relação as variáveis sexo, idade, tempo de formação, tempo de atuação, setor de atuação, tempo de setor e escolaridade. Campo Grande, MS. (n=50) 46

Tabela 12 - Distribuição dos resultados segundo a prática do planejamento de alta hospitalar de adultos portadores de doença crônica não transmissível – DCNT. Campo Grande, MS, 2014. (n=50) 48

Tabela 13 - Teste de diferença de médias da pontuação da prática do planejamento de alta hospitalar em relação as variáveis sexo, idade, tempo de formação, tempo de atuação, setor de atuação, tempo de setor e escolaridade. Campo Grande, MS, 2014. (n=50) 49

Tabela 14 - Pontuação para conhecimento e prática de enfermeiros sobre planejamento de alta hospitalar de adultos portadores de doença crônica não transmissível – DCNT. Campo Grande, MS, 2014. (n=50) 50

Tabela 15 - Coeficiente de correlação linear de Pearson para as variáveis conhecimento e prática de planejamento de alta hospitalar de adultos portadores de doença crônica não transmissível – DCNT. 51

Tabela 16 - Distribuição das respostas relativas a fatores, relacionados ao paciente, que dificultam a realização do planejamento de alta hospitalar de adultos portadores de doença crônica não transmissível – DCNT. Campo Grande, MS. (n=48) 52

Tabela 17 - Distribuição das respostas relativas a fatores, relacionados à equipe de saúde, que dificultam a realização do planejamento de alta hospitalar de adultos portadores de doença crônica não transmissível – DCNT. Campo Grande, MS. (n=48) 53

Tabela 18 - Distribuição das respostas relativas a fatores, relacionados à instituição, que dificultam a realização do planejamento de alta hospitalar de adultos portadores de doença crônica não transmissível – DCNT. Campo Grande, MS. (n=48) 54

Tabela 19 - Distribuição das respostas relativas a fatores que dificultam a realização do planejamento de alta hospitalar de adultos portadores de doença crônica não transmissível – DCNT. Campo Grande, MS, 2014. (n=48) 54

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Taxa de mortalidade no Brasil, em 2012, segundo causas de morte. 18

Quadro 1 - Quadro explicativo da estrutura do instrumento de coleta de dados. 34

Figura 2 - Diferença entre as médias do conhecimento e prática de enfermeiros sobre planejamento de alta hospitalar de adultos portadores de doença crônica não transmissível – DCNT. Campo Grande, MS, 2014. (n=50) 51

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAP	Conhecimento, Atitude e Prática
CC	Clínica Cirúrgica
CES	Câmara de Educação Superior
CM	Clínica Médica
CNE	Conselho Nacional de Educação
COAP	Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde
CTI	Centro de Terapia Intensiva
DCNT	Doença Crônica Não Transmissível
HRMS	Hospital Regional de Mato Grosso do Sul
HU	Hospital Universitário
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	Medical Literature Analysis and retrieval System On-line
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONCO	Clínica Oncológica
OPAS	Organização Pan-americana da Saúde
PA	Planejamento de Alta
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SCIELO	Scientific Electronic Library On-line
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UCO	Unidade Coronariana
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO ---------- 14
2 REVISÃO DE LITERATURA ---------- 18
2.1 Doenças Crônicas Não Transmissíveis-DCNT ---------- 18
2.1.1 Dados epidemiológicos ---------- 18
2.1.2 Políticas públicas ---------- 19
2.2 Planejamentos de alta ---------- 23
2.2.1 Conceito ---------- 23
2.2.2 Etapas e momento de iniciar ---------- 23
2.2.3 Objetivos ---------- 23
2.2.4 Participações da equipe multidisciplinar ---------- 24
2.2.5 Participações do enfermeiro ---------- 24
2.2.6 Participações do paciente e família/cuidador ---------- 25
2.2.7 Comunicação verbal e escrita ---------- 26
2.2.8 Orientações de enfermagem ---------- 26
2.3 Competências essenciais ---------- 28
3 OBJETIVOS ---------- 30
3.1 Objetivo geral ---------- 30
3.2 Objetivos específicos ---------- 30
4 MATERIAL E MÉTODO ---------- 31
4.1 Tipos de estudo ---------- 31
4.2 Locais do estudo ---------- 31
4.3 Sujeitos da pesquisa ---------- 31
4.3.1 Critérios de inclusão ---------- 31
4.3.2 Critérios de exclusão ---------- 31
4.4 Instrumento de coleta de dados ---------- 32
4.5 Coleta de dados ---------- 36
4.6 Análise dos dados ---------- 36
4.7 Aspectos éticos ---------- 36
5 RESULTADOS ---------- 38
6 DISCUSSÃO ---------- 56
6.1 Perfil profissional ---------- 57
6.2 Conhecimento dos enfermeiros ---------- 57

6.2.1 Percepção dos participantes relativa a seu conhecimento sobre planejamento da alta e sobre origem da obtenção deste conhecimento ---------- 58
6.2.2 Conhecimento sobre planejamento da alta ---------- 59
6.2.3 Etapas ---------- 61
6.2.4 Objetivos ---------- 61
6.2.5 Momento de iniciar o planejamento da alta ---------- 64
6.2.6 Participantes do planejamento da alta ---------- 65
6.2.7 Orientações dadas aos pacientes e/ou cuidadores ---------- 66
6.2.8 Definição de qual paciente necessita de planejamento da alta ---------- 71
6.3 Prática do planejamento da alta ---------- 72
6.3.1 Frequência da realização do planejamento da alta no setor ---------- 72
6.3.2 Profissionais envolvidos ---------- 73
6.3.3 Discussão interdisciplinar ---------- 73
6.3.4 Participação do enfermeiro entrevistado ---------- 75
6.3.5 Participação do paciente e família/cuidador ---------- 77
6.4 Relação entre as variáveis perfil profissional, conhecimento e prática ---------- 77
6.5 Fatores que dificultam o planejamento da alta hospitalar ---------- 78
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS ---------- 83
8 REFERÊNCIAS ---------- 86
APÊNDICES ---------- 98
APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados ---------- 99
APÊNDICE B – Check list do questionário ---------- 102
APÊNDICE C – TCLE para enfermeiros ---------- 106
APÊNDICE D – Solicitação de autorização de pesquisa ---------- 108
ANEXOS ---------- 110
ANEXO A – Autorização do Comitê de Ética/UFMS ---------- 111
ANEXO B – Autorização do Hospital Regional/MS ---------- 112
ANEXO C – Autorização da Santa Casa de Campo Grande ---------- 113
ANEXO D – Autorização do Hospital Universitário/UFMS ---------- 114

1 INTRODUÇÃO

Ao longo dos dois últimos séculos, as revoluções tecnológicas e industriais acarretaram consequências econômicas e sociais, que resultaram em uma mudança drástica do perfil de morbimortalidade da população, com grande predomínio das doenças crônicas não transmissíveis – DCNTs (SCHMIDT et al., 2011). Os processos de transição demográfica, epidemiológica e nutricional, a urbanização e o crescimento econômico e social contribuem para o maior risco da população ao desenvolvimento de doenças crônicas. Atualmente estas doenças são as principais causas de mortalidade no mundo, sobretudo em países em desenvolvimento, na população de menor renda e idosos (THIEME et al., 2014), tornando-se um dos maiores problemas de saúde pública.

Em 2008, as complicações das DCNTs foram responsáveis por 63% nas mortes no mundo e por 74% das mortes no Brasil. Conforme o último relatório mundial da Organização Mundial de Saúde, em 2012, no Brasil, a taxa de mortalidade decorrente destas doenças manteve-se em 74% (WHO, 2014). As doenças cardiovasculares, câncer, diabetes mellitus e doenças respiratórias crônicas são as relacionadas como as principais causas dos óbitos (MIASSO; CASSIANI, 2005; SCHMIDT et al., 2011).

As DCNTs têm um forte impacto na qualidade de vida dos indivíduos afetados, que se aprofunda à medida que a doença se agrava, causando morte prematura e gerando grandes e subestimados efeitos econômicos adversos para as famílias, comunidades e sociedade em geral (BRASIL, 2012). Vários estudos apontam as doenças crônicas como condições preditivas de reinternação, tendo esta probabilidade aumentada conforme aumenta as comorbidades e a gravidade da doença (HANNAN et al., 2003, MEDICARE, 2007, FRIEDMAN et al., 2008; ALLAUDEEN, 2011), estando entre os cinco motivos mais frequentes para readmissões (DONZÉ et al., 2013).

Conforme Coleman e Newton (2005), a autogestão da doença crônica, realizada por meio de programas de educação, está associada à redução do número de hospitalizações e de ocorrências à urgência, e, em sentido global, à redução dos custos associados com os cuidados de saúde nessas pessoas. Porém, o sucesso do tratamento de indivíduos portadores de DCNT depende fortemente da sua participação e envolvimento enquanto sujeito ativo de seu tratamento (BRASIL, 2012), o que ressalta a necessidade de concentrar as orientações para alta hospitalar não só na causa da internação, mas também nas comorbidades e limitações, e principalmente no incentivo ao indivíduo para seu autocuidado (DONZÉ et al., 2013). Galvão e Janeiro (2013) citam autocuidado como competências do indivíduo e desempenho das

atividades de promoção e manutenção da saúde, incluindo atividades específicas para situações agudas e crônicas.

Mediante a importância do tema para a saúde mundial, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e vários órgãos internacionais e nacionais têm publicado políticas públicas de saúde e vários documentos sobre o assunto, a fim de direcionar os esforços globais, regionais e nacionais para promover a saúde e prevenir e controlar as principais doenças crônicas e seus fatores de risco. Neste sentido, em 2013 no Brasil, o Ministério da Saúde instituiu a Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas, que tem como finalidade realizar ações e serviços de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde (BRASIL, 2013a). E tem como um de seus objetivos específicos programar alta hospitalar com a participação da equipe multiprofissional, realizando orientações com foco no autocuidado (BRASIL, 2014).

Conforme a OMS pode-se abordar melhor a prevenção e o controle das doenças crônicas oferecendo uma atenção centrada no usuário, ou seja, garantindo seu acesso ao sistema de saúde e a continuidade dos cuidados; fortalecendo sua participação no plano de cuidados e promovendo e apoiando o autocuidado em todos os níveis do sistema de saúde (OPAS, 2012). Uma das formas de inserir o paciente em seu plano de manutenção da saúde como coautor e prepará-lo para o autogerenciamento da sua saúde é o planejamento da alta. Grimmer et al. (2006) definem o planejamento de alta hospitalar como a identificação sistemática das necessidades do paciente e organização de serviços, a fim de promover o autocuidado e inserir os pacientes na comunidade.

As altas hospitalares são muitas vezes ditadas pelo diagnóstico médico e pela necessidade de promover a rotatividade do leito (LATTIMER, 2011). Porém uma inadequada preparação dos pacientes e familiares e uma consequente insuficiência de conhecimento e informação referentes a muitos aspectos do cuidar no domicílio contribuem para o retorno de pacientes ao hospital com problemas que poderiam ter sido evitados, ou mesmo controlados (MAMON et al., 1992; HOLLOWAY, 1996). Com o aumento da perspectiva de vida, mais pessoas estão vivendo com doenças crônicas, e o tempo de internação está sendo reduzido para conter os custos, logo o planejamento de alta hospitalar é uma necessidade mundial (SUZUKI et al., 2012).

Durante a assistência hospitalar, a equipe de saúde, em especial, o enfermeiro, pela sua característica profissional deve programar um plano de cuidados que contemple todas as necessidades apresentadas pelo paciente, favorecendo sua recuperação (BOCCHI, 2004).

O processo de planejamento da alta hospitalar é semelhante ao Processo de Enfermagem e nele está inserido, demandando levantamento do histórico completo do paciente, proposição de diagnósticos de enfermagem, planejamento da assistência, implementação dos cuidados e avaliação dos resultados (WATTS et al, 2005a).

Apesar do planejamento de alta ser considerado uma etapa importante da sistematização da assistência de enfermagem (SAE), que direciona o plano e a implementação das ações (PEREIRA et al., 2007; SUZUKI; CARMONA; LIMA, 2011), esta atividade frequentemente tem sido negligenciada. Estudos demonstram um menor envolvimento dos enfermeiros na educação dos pacientes e a participação no planejamento de alta devido as inúmeras atividades atribuídas a estes profissionais e número reduzido de enfermeiros para assistência (HOLLOWAY, 1996; WATTS et al., 2005b).

Watts et al. (2005b) ainda afirmam que enfermeiros têm ciência da importância do planejamento de alta, todavia não há consenso quanto à definição, etapas, momento correto de iniciá-lo e responsabilidade pela coordenação do mesmo.

No âmbito internacional, existem vários estudos de enfermeiros sobre planejamento de alta, abordagens interdisciplinares e programas educacionais, visando a implementação da prática baseada em evidências (WATTS et al., 2005a; WATTS et al, 2006; FOUST, 2007). Todavia, a literatura nacional sobre o assunto é escassa.

Conforme Graham, Gallagher e Bothe (2013), é importante explorar a realização do planejamento de alta hospitalar, a fim de desenvolver os métodos adequados para melhorar a prática existente ou para construir processos de planejamento de alta claros e práticos.

Segundo o Conselho Nacional de Saúde e Conselho de Educação Superior, Resolução CNE/CES Nº 7, de 7 de novembro de 2001 que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem, o Enfermeiro deve ser dotado de competências que atendam às necessidades sociais da saúde, com ênfase no Sistema Único de Saúde (SUS) e assegurem a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento (BRASIL, 2001).

De acordo com Durand (1998) apud Ruthes e Cunha (2008), competência tem a ver com o conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes interdependentes e necessárias à conclusão de uma determinada tarefa. Para Fulbrook (2003), competências geram resultados, e por isso é pertinente evidenciar em uma função ou cargo específico, os conhecimentos, as habilidades e as atitudes necessárias para obtenção de bons resultados.

Vários autores relatam que tais competências têm grande relevância para o planejamento em saúde, cabendo aos gestores e profissionais da área buscar um diagnóstico

dos conhecimentos, atitudes e práticas (CAP) em saúde dos usuários e até mesmo dos próprios profissionais, de modo a possibilitar o desenvolvimento de atividades que favoreçam um CAP desejável, do ponto de vista da saúde pública (CANDEIAS; MARCONDES, 1979; MANDERSON; AABY, 1992; BULMER; WARWICK, 1993; HAUSMANN-MUELA et al., 2003; KALIYAPERUMAL, 2004; LAUNIALA, 2009).

Considerado o exposto acima, esta pesquisa foi elaborada com o objetivo de analisar o conhecimento e a prática de enfermeiros sobre planejamento de alta hospitalar de adultos portadores de doença crônica não transmissível.

Este estudo torna-se importante diante da relevância que seus resultados podem ter para comunidade científica e para prática clínica, uma vez que os gestores de saúde (municipais e estaduais e das instituições envolvidas no estudo) e os gerentes de enfermagem poderão conhecer como os enfermeiros procedem junto a estes pacientes e cuidadores no momento da alta hospitalar, bem como identificar possíveis lacunas no cotidiano do trabalho dos enfermeiros em relação ao planejamento de alta.

Este conhecimento contribuirá para o planejamento e implementação de ações que possibilitem o avanço da assistência de enfermagem ao paciente portador de doença crônica, que contemple uma atenção integral e centrada no paciente e suas reais necessidades, que promova o autogerenciamento e previna agravos.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Doenças crônicas não transmissíveis

As DCNTs se caracterizam por uma etiologia incerta, múltiplos fatores de risco, longos períodos de latência, curso prolongado, origem não infecciosa e associação a deficiências e incapacidades funcionais (WHO, 2005). Hoje constituem um sério problema de saúde pública mundial e estão permanentemente incluídas na agenda da OMS.

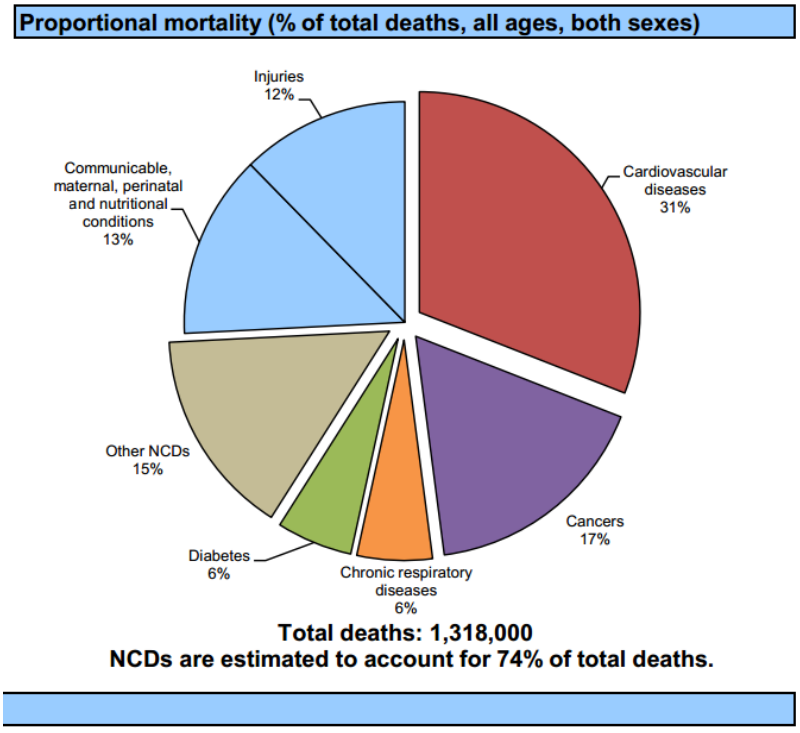
O risco de que a população desenvolva doenças crônicas está cada vez maior, devido aos processos de transição demográfica, epidemiológica e nutricional, bem como à urbanização e ao crescimento econômico e social.

A *transição demográfica* é a inversão da pirâmide etária tradicional, com consequente diminuição do número de crianças e jovens, resultando da diminuição das taxas de fecundidade e natalidade e aumento do número de idosos, devido ao aumento progressivo da expectativa de vida. O aumento de idosos na população acarreta incremento da carga de doenças, em especial as DCNTs. A *transição epidemiológica*, decorrente da transição demográfica e da urbanização, do acesso a serviços de saúde, dos meios de diagnóstico e das mudanças culturais, resultou em novo perfil de morbimortalidade, com aumento da prevalência de DCNTs. A *transição nutricional* resultou do aumento progressivo de sobrepeso e obesidade em função das mudanças do padrão alimentar, acesso fácil a alimentos processados (*fast food*) e do sedentarismo da vida moderna (MALTA et al., 2006).

2.1.1 Dados epidemiológicos

Conforme dados da OMS, as DCNTs foram responsáveis por 38 milhões de mortes no mundo em 2012, equivalentes a 68% do total, sendo as principais causas: doenças cardiovasculares (17,5 milhões de mortes, ou 31,2% do total de mortes), câncer (8,2 milhões; 14,6%), doenças respiratórias, incluindo asma e doença pulmonar obstrutiva crônica (4 milhões; 7,1%) e diabetes (mais de 1,5 milhões; 2,7%) (WHO, 2014).

No Brasil, as DCNTs tornaram-se as principais causas de óbito e incapacidade prematura nas últimas décadas, chegando a índices de 74% em 2012, segundo o último relatório da OMS (WHO, 2014), com destaque para as doenças do aparelho circulatório (31%), câncer (17%), diabetes (6%) e doenças respiratórias crônicas (6%) (Figura 1). Apesar de atingirem indivíduos de todos os perfis socioeconômicos, afetam majoritariamente as pessoas de baixa renda, que estão mais expostas aos fatores de risco e têm menor acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 2011).



Fonte: *Noncommunicable diseases country profiles 2014* (WHO, 2014).

Figura 1 – Taxas de mortalidade no Brasil, em 2012, segundo causas de morte.

Comparando dados de 2008 com os de 2012, constata-se que em quatro anos não houve redução significativa das taxas de mortalidade por DCNTs no Brasil. Pode-se observar que as doenças do aparelho circulatório estão no topo da estatística, seguidas pelas neoplasias, doenças do aparelho respiratório e diabetes (Tabela 1).

Tabela 1 – Taxa de mortalidade no Brasil em 2008 e 2012, segundo as principais DCNTs.

Causa	**Taxa de mortalidade (%)**	
	2008	**2012**
Doenças do aparelho circulatório	33	31
Neoplasias	18	17
Doenças crônicas do aparelho respiratório	6	6
Diabetes	5	6

Fonte: *Noncommunicable diseases country profiles* (WHO, 2011; 2014).

2.1.2 Políticas públicas

As condições crônicas constituem respeitável ameaça ao desenvolvimento humano, social e econômico, visto que, além de serem um desafio no âmbito familiar, também causam e potencializam a miséria, devido aos altos custos direcionados a seu tratamento e controle e à

interferência na oferta de mão obra, que diminui devido à incapacidade funcional decorrente destas doenças.

Goulart (2011) corrobora afirmando que as doenças crônicas, além de prejudicarem a qualidade de vida do indivíduo e da família, representam gastos elevados para estes e para a sociedade como um todo, pois aumentam a morbidade e a mortalidade.

Deter o crescimento das DCNTs é um desafio que levou a OMS, a Organização das Nações Unidas, as Organizações Regionais de Saúde e os países membros a formularem políticas públicas de saúde, proporem estratégias e definirem metas que integram ações de proteção, promoção, vigilância, prevenção e assistência.

Em 2002, a OMS lançou seu Relatório Mundial de Saúde 2002, intitulado *Reduzindo riscos, promovendo vida saudável*, que apontava a magnitude da morbidade, mortalidade e invalidez atribuídas às principais doenças crônicas (doenças cardiovasculares, câncer, diabetes e doenças crônicas respiratórias) (WHO, 2002).

Em 2003, a OMS lançou o documento *Cuidados inovadores para condições crônicas*, tendo em conta os pacientes e suas famílias, as organizações de saúde e a comunidade. Neste novo modelo, a integração, a coordenação e a continuidade devem ocorrer ao longo do tempo e em todos os âmbitos da saúde, incluindo a atenção primária, a especializada (se houver) e a hospitalar (OMS, 2003).

Em 2008, considerando a necessidade de aprofundar a qualificação de ferramentas de planejamento que facilitem a construção de estratégias integrais para a abordagem das necessidades de saúde da população, o Ministério da Saúde brasileiro publicou o documento *Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência*.

Em 2009, a OMS lançou o Plano Global de Ação Estratégica para a Prevenção e Controle de Doenças Não Transmissíveis: 2008-2013, que define objetivos e ações a serem implementadas ao longo de seis anos, e indicadores de desempenho para orientar o trabalho da OMS em escala nacional, regional e global, com foco nos países de baixa e média renda e com populações vulneráveis (WHO, 2009). Dois anos depois, o Ministério da Saúde, em sintonia com os esforços globais, preparou o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil 2011-2022, que integra ações do setor saúde e outros setores (BRASIL, 2011). Esse plano constitui mais um instrumento para transformar o tema de prevenção e controle de DCNTs em agenda política e de governo. Visa reduzir a morbidade, a incapacidade e a mortalidade causadas por essas doenças, por meio de um conjunto de ações preventivas e promocionais de saúde, associado à

detecção precoce, ao tratamento oportuno e ao reordenamento dos serviços de saúde do SUS, a partir da Atenção Básica e da participação comunitária.

O plano aborda as quatro principais doenças (do aparelho circulatório, câncer, respiratórias crônicas e diabetes) e os cinco principais fatores de risco (tabagismo, consumo nocivo de álcool, inatividade física, alimentação inadequada e obesidade). Tem como objetivo promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e controle das DCNTs e seus fatores de risco e fortalecer os serviços de saúde a partir de três eixos: (*a*) vigilância, informação, avaliação e monitoramento; (*b*) promoção da saúde; e (*c*) cuidado integral. Este último eixo visa uma abordagem integral da saúde com vistas à prevenção e ao controle das DCNTs. Dentre as oito estratégias deste eixo, destaca-se a primeira: definir linha de cuidado do portador de DCNTs com projeto terapêutico adequado e vinculação ao cuidador e à equipe de saúde, favorecendo a referência e contrarreferência à rede de especialidades e hospitalar, garantindo a integralidade e a continuidade do acompanhamento (BRASIL, 2011).

Nesta perspectiva, o Brasil vem criando importantes políticas de enfrentamento dessas doenças, com destaque para a organização da vigilância das doenças crônicas não transmissíveis, cujo objetivo é conhecer a distribuição, a magnitude e a tendência das doenças crônicas e seus fatores de risco; priorizar ações voltadas à alimentação saudável, atividade física, envelhecimento ativo e prevenção do uso do tabaco e álcool; expansão da atenção básica em saúde, com definição de protocolos e diretrizes clínicas das DCNTs; ampliação da atenção farmacêutica, com a distribuição gratuita de medicamentos para hipertensos e diabéticos; atenção às urgências; e atenção domiciliar (BRASIL, 2011).

Ainda nesse sentido, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) publicou em 2012 seu *Documento de diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas Redes de Atenção à Saúde (RAS) e nas linhas de cuidado prioritárias*, no qual propõe a construção da Rede de Atenção à Saúde de Pessoas com Doenças Crônicas, a qual corresponde ao terceiro eixo do Plano de Ações de Enfrentamento às Doenças Crônicas, discutido anteriormente (BRASIL, 2012). No ano seguinte essa rede foi instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), através da Portaria 252, de 19 de fevereiro de 2013, e em abril de 2014 foi publicada a Portaria 483, redefinindo essa rede e estabelecendo diretrizes para a organização de suas linhas de cuidado (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2014).

A finalidade da RAS das Pessoas com Doenças Crônicas é proporcionar a atenção de forma integral aos usuários com doenças crônicas, em todos os pontos de atenção, com realização de ações e serviços de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos,

diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde. Tem como um de seus objetivos específicos programar alta hospitalar com a participação da equipe multiprofissional, realizando orientações com foco no autocuidado (BRASIL, 2014).

Ainda em 2013, a OMS lançou o Plano de Ação Global para a Prevenção e Controle das DCNTs 2013-2020, que fornece um roteiro e opções de políticas para os países empreenderem uma ação coordenada e coerente para atingir as nove metas globais, incluindo a redução de 25% na mortalidade prematura por doenças cardiovasculares, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas, até 2025 (WHO, 2013). No final do mesmo ano, em 30 de dezembro de 2013 o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 3.390, que institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde. Conforme o artigo 16 desta portaria, a alta hospitalar responsável, entendida como transferência do cuidado, deverá ser realizada por meio de orientação dos pacientes e familiares quanto à continuidade do tratamento, reforçando a autonomia do sujeito, proporcionando o autocuidado; de articulação da continuidade do cuidado com os demais pontos de atenção da RAS, em particular a Atenção Básica; e da implantação de mecanismos de desospitalização, visando alternativas às práticas hospitalares, como as de cuidados domiciliares pactuados na RAS (BRASIL, 2013a).

Cabe ressaltar que o elevado custo que o sistema de saúde tem com estas doenças, a insuficiência de leitos hospitalares e o risco agravos durante a internação hospitalar prolongada repercutem em decisão pela alta hospitalar assim que os problemas agudos sejam solucionados (CESAR; SANTOS, 2005), ou seja, precocemente.

No entanto, uma inadequada preparação dos pacientes e familiares e a consequente insuficiência de conhecimento e informação referentes a muitos aspectos do cuidar no domicílio contribuem para o retorno de pacientes ao hospital com problemas que poderiam ter sido evitados ou mesmo controlados (MAMON et al., 1992; HOLLOWAY, 1996).

Como forma de assegurar a continuidade do cuidado no domicílio e evitar as reinternações, torna-se necessária uma alta hospitalar planejada e sistematizada, que garanta informações ao paciente e a seu familiar/cuidador (CHUANG et al., 2005).

2.2 Planejamento de alta

2.2.1 Conceito

Uma série de definições de conceitos de planejamento de alta é oferecida na literatura. Rorden e Taft (1990) fornecem uma definição abrangente, tendo em conta não só as necessidades biológicas, mas também psicológicas, econômicas e sociais. Esta definição multifacetada descreve o planejamento de alta como um processo dinâmico que envolve uma variedade de habilidades específicas e exige que todos os membros da equipe de saúde trabalhem em conjunto e de forma coordenada, a fim de atingir objetivos mutuamente acordados e, finalmente, assegurar a continuidade dos cuidados.

O planejamento de alta é também considerado como a identificação sistemática das necessidades do paciente e organização de serviços, a fim de promover o autocuidado e inserir o paciente na comunidade (GRIMMER et al., 2006). Deve ser baseado em um plano de assistência amplo, projetado por profissionais de saúde e respaldado em informações atualizadas sobre as necessidade e preferências do paciente, assim como sobre seu estado clínico (COLEMAN; BOULT, 2003).

2.2.2 Etapas e momento de iniciar

O planejamento de alta é um processo contínuo e deve ser iniciado no dia da admissão hospitalar, envolvendo o doente, a família e a equipe de saúde, visando garantir a obtenção de ganhos em saúde (GRIMMER et al., 2006). Incorpora quatro etapas: avaliação das necessidades do paciente; desenvolvimento do plano de alta; educação ao paciente e familiares mobilizando recursos e serviços necessários; e acompanhamento e avaliação, geralmente função dos serviços da comunidade (MAMON et al., 1992, WATTS et al., 2005, GRIMMER et al., 2006).

Se o processo de planejamento de alta não é iniciado precocemente, o tempo disponível para preparar um plano que atenda as necessidades dos pacientes pode ser insuficiente, resultando em um plano ineficiente, prejudicial aos pacientes e caro para o sistema de saúde (HOLLAND et al., 2012).

2.2.3 Objetivos

O planejamento de alta é visto como um processo que conduz à resolução de problemas e à obtenção de metas, tendo em conta as expectativas dos doentes, família/cuidadores e profissionais de saúde, consequentemente promove a segurança do

paciente, melhora a qualidade dos cuidados pós-alta e os resultados de saúde e aumenta a satisfação do paciente.

Tem como principais objetivos otimizar o tempo de permanência da internação, facilitar o processo de transição do hospital para a próxima etapa do cuidado, preparar o paciente para o autocuidado no domicilio, promover a continuidade do cuidado no domicilio, prevenir agudização da doença e/ou novos agravos (e consequentemente prevenir o risco de reinternações) e reinserir o paciente no convívio social (GRIMMER; MOSS, 2001; CLARK, et al., 2003; CHUANG et al., 2005, PERLINI; FARO, 2005; GRIMMER et al., 2006; COLLINS et al., 2006; POMPEO et al., 2007).

Um planejamento de alta eficaz pode levar a uma transição bem-sucedida para casa, com recursos para apoiar a qualidade de vida e permitir a participação do paciente como cidadão ativo na sociedade (MUKOTEKWA; CARSON, 2007; HUNTER et al., 2011).

2.2.4 Participação da equipe multidisciplinar

Segundo Pereira et al. (2007), esse processo é uma atividade interdisciplinar que tem o enfermeiro como elo entre os profissionais, visando o bem-estar e os recursos necessários para garantir a segurança do cuidado do cliente em casa.

O enfermeiro, por sua característica profissional e por manter contato mais frequente com o paciente e sua família, ter maior oportunidade de interagir com o paciente e monitorar a situação e necessidades deste e as dinâmicas familiares, deve elaborar um planejamento de alta que contemple todas as necessidades do paciente (BOCCHI, 2004).

Além disto, um dos princípios da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas é a assistência realizada por uma equipe multiprofissional (BRASIL, 2014).

2.2.5 Participação do enfermeiro

Segundo Rorden e Taft (1990), os enfermeiros têm papel vital no planejamento de alta, visto que estão envolvidos no cuidado do paciente ao longo de sua internação e, portanto, têm a oportunidade de com ele interagir e monitorar sua situação e suas necessidades. Esses autores ainda ressaltam que os enfermeiros estão envolvidos em todas as etapas do processo de planejamento de alta, sendo sua avaliação na admissão fundamental, pois proporciona o ponto de partida para o planejamento.

Cabe a esse profissional participar na avaliação dos pacientes e na elaboração do plano de alta e estar envolvido em todas as fases do processo, de acordo com seus padrões de prática, competências e código de ética. Além disto, o enfermeiro, ao planejar a assistência,

garante sua responsabilidade junto ao cliente assistido, uma vez que o planejamento permite diagnosticar as necessidades deste, garantir a prescrição adequada dos cuidados e orientar a avaliação dos resultados e da qualidade da assistência prestada (SANTOS et al., 2002).

No entanto, essa atividade frequentemente tem sido negligenciada, pois se percebe, na prática profissional, um menor envolvimento do enfermeiro clínico na educação dos pacientes (HOLLOWAY, 1996). A falta de consenso sobre a definição do processo de planejamento e responsabilidades correlatas (WATTS et al., 2005a), o tempo reduzido, o envolvimento do enfermeiro em múltiplas atividades e a pouca importância atribuída às atividades educativas vêm tornando o planejamento de alta superficial e rotineiro, sem uma avaliação mais aprofundada das necessidades de cuidado do paciente, para mobilização de recursos e serviços junto à comunidade (PAGLIARINI; PERROCA, 2008).

2.2.6 Participações do paciente e família/cuidador

É importante que a assistência planejada seja voltada ao paciente e a seu círculo familiar, visto que o envolvimento das pessoas em casa no processo de recuperação pode interferir positivamente na saúde do paciente (SHAW et al., 2000).

Envolver o paciente e a família permite que a equipe de saúde avalie a capacidade desses indivíduos, avalie a dinâmica familiar e determine os objetivos de alta. A participação dessas pessoas como coautores do planejamento da alta é fundamental, pois são eles que detêm informações sobre a atual estrutura domiciliar, histórico médico do paciente, medicamentos atuais, capacidade funcional (ou seja, sua capacidade anterior e atual de gerenciar seus próprios cuidados), alergias, estado cognitivo e hábitos intestinais e vesicais. Tais informações fornecem um ponto de partida tanto para o plano de cuidados quanto para o de alta.

Uma comunicação eficaz entre a equipe de saúde e pacientes e familiares para informar sobre possíveis transferências, atual condição clínica e planos futuros pode controlar as expectativas, reduzir a ansiedade e contribuir para que a família seja mais confiante e capaz de dar continuidade aos cuidados iniciados no hospital, criando independência para as atividades de vida diária e mantendo o estado de saúde do paciente (CESAR; SANTOS, 2005; POMPEO et al., 2007; LI et al., 2011).

Perlini e Faro (2005) associam a falta de preparação do paciente e cuidador com frequentes hospitalizações e com aumento de situações de risco para ambos, em decorrência de ansiedade e desgaste físico. Logo, a educação do paciente e cuidador é fundamental para a

compreensão do processo saúde–doença, para continuidade do cuidado e autocuidado, o que pode diminuir a taxa de readmissão hospitalar (COLLINS et al., 2006).

Nesse contexto, as orientações ao paciente e ao cuidador devem ser um dos enfoques no tratamento do portador de doença crônica. Seu cumprimento constitui importante fator preditivo na melhora do paciente e prevenção das complicações secundárias (DAVIES, 1996; CLARK et al., 2003). Além disso, a falta de comunicação entre equipe e paciente ou cuidador é considerada um dos fatores que contribuem para o insucesso do planejamento de alta (MARAMBA et al., 2004; NOSBUSCH et al., 2011).

2.2.7 Comunicação verbal e escrita

Utilizar comunicação eficaz, verbal e escrita promove uma transição segura, pois prepara paciente e família para gerenciar a continuidade do cuidado e identificar possíveis sinais e sintomas de agravos à saúde. Independentemente do destino do paciente, deve haver uma comunicação eficaz entre a equipe e o paciente e família/cuidador no planejamento da próxima fase do atendimento (RORDEN; TAFT, 1990; CARROLL; DOWLING, 2007).

A discussão verbal faz parte de todas as etapas do planejamento de alta (avaliação do paciente, identificando os objetivos a serem alcançados; educação deste e da família/cuidador; disponibilização do plano de cuidados pós-alta para a equipe de apoio na comunidade). Tal discussão pode ocorrer à beira do leito, durante atividades de atendimento ao paciente, durante as reuniões de equipe multidisciplinar, durante reunião da equipe com passagens de plantão, através de telefonemas etc.

A documentação no prontuário do paciente é vital para garantir informações atualizadas a toda a equipe de cuidados de saúde (CARROLL; DOWLING, 2007; RORDEN; TAFT, 1990). Deve incluir a anamnese com as necessidades do paciente, os encaminhamentos feitos à equipe de apoio da comunidade e os resultados de exames e de todas as avaliações.

2.2.8 Orientações de enfermagem

É no momento da orientação do paciente e família que o enfermeiro conta com a oportunidade de desenvolver sua função de educador, estabelecendo uma relação de confiança e parceria (BOCCHI, 2004; SPECHT, 2007). A enfermagem tem na ação educativa um de seus principais eixos norteadores, que se concretiza em vários espaços de realização das práticas de enfermagem (ACIOLI, 2008).

As atividades do enfermeiro compõem um processo complexo, que compreende o cuidar, o educar e o gerenciar. A prática educativa é inerente ao cuidado hospitalar e dele e indissociável, e nele o enfermeiro deve reconstruir sua prática de cuidado direto, desenvolvendo um modelo mais abrangente em que a educação faz parte da assistência e busca auxiliar a transformação, a autonomia e a emancipação dos indivíduos (RIGON; NEVES, 2011).

É necessário que os enfermeiros hospitalares deixem de lado o paradigma da educação em saúde centrada no corpo físico e em uma prescrição de comportamentos, dando lugar a atividade do cuidar/educar desenvolvida sob uma perspectiva de transformação, em busca da autonomia do ser humano, em que o indivíduo é visto e sentido em sua complexidade (RIGON, NEVES, 2011).

As orientações de enfermagem para a alta fazem parte do plano de alta, que deve ser elaborado pela equipe multiprofissional juntamente com o paciente e sua família ou cuidador. Devem-se abordar recomendações comuns de segurança no período pós-hospitalização e focalizar fatores-chave que possam comprometer a saúde do paciente, considerando o indivíduo em sua totalidade (GRIMMER et al., 2006).

Geralmente, o adulto portador de doença crônica apresenta déficits nas atividades de vida diária (AVDs), como demonstrado no estudo de Costa et al. (2013). Com o objetivo de avaliar a capacidade de autocuidado de adultos portadores de doenças crônicas, essas autoras avaliaram 193 pacientes internados na clínica médica de um hospital universitário e identificaram que 49,22% dos participantes apresentavam algum tipo de dependência para o autocuidado.

Segundo a Teoria de Orem, o autocuidado é à capacidade que os indivíduos têm de cuidar de si, desempenhando atividades em seu próprio benefício, a fim de manterem a vida, a saúde e seu bem-estar; o déficit de autocuidado ocorre quando o indivíduo não reúne habilidades suficientes para atender essa demanda de autocuidado, tornando necessário que outra pessoa exerça tais cuidados – no caso, o enfermeiro ou o cuidador. Em adultos com DCNT, esse déficit provavelmente decorre de mudanças de hábito de vida e de rotina diária associadas às limitações físicas e à carga emocional resultante desse tipo de patologia.

No momento da alta, existem demandas para a saúde que, além de equipamentos, medicação, exames e controles em outros pontos da rede, incluem cuidados domiciliares, os quais quase sempre ficam a cargo da família, que passa a assumir os cuidados no domicilio, sobretudo quando não é possível, do ponto de vista econômico, contratar um profissional (COSTA et al., 2013). Logo, tanto o paciente hospitalizado quanto seu cuidador familiar

precisam passar pelo processo de apoio-educação do profissional enfermeiro para que possam dar continuidade ao autocuidado após a alta hospitalar.

Considerando as orientações de enfermagem propostas por Grimmer e Moss (2001) e os diagnósticos de enfermagem para idosos com doenças crônicas apontados por Guedes et al. (2010), identificou-se a necessidade de orientar os pacientes sobre a patologia e suas possíveis limitações, atividades diárias e cuidados a serem prestados, farmacoterapia, preparação do ambiente domiciliar e necessidade de equipamentos e serviços de apoio na comunidade, assim como a necessidade de que estas orientações e encaminhamentos sejam transmitidos por escrito. No entanto, para que a orientação possa efetivamente ajudar o paciente, é preciso identificar quais são suas reais expectativas, preocupações, necessidades e preferências, sejam elas verbalizadas ou demonstradas por atitudes e comportamentos.

2.3 Competências essenciais

As diretrizes preconizadas para a educação neste século são de que todos os profissionais de saúde deverão estar dotados de competências essenciais (conhecimentos, atitudes e práticas), possibilitando sua participação e atuação multiprofissional, beneficiando tanto os indivíduos como a comunidade (BRASIL, 2001).

Segundo Magalhães et al. (1997), competência é o conjunto de conhecimentos, habilidades e experiências que credenciam um profissional a exercer determinada função. As competências são frutos de habilidades e conhecimentos que possuímos e ampliamos. Pode-se afirmar também que competência é a somatória do que o indivíduo assimilou de conhecimentos e suas vivências (BRANDÃO; GUIMARÃES, 2005).

No contexto da enfermagem, o termo ‘competência’ é aplicado como capacidade de conhecer e atuar sobre certas situações, e envolve habilidade para realizar planejamento e implementar e avaliar ações, sendo a experiência importante fator para o fazer com qualidade (AGUIAR et al., 2005).

Para esta pesquisa, os conceitos de conhecimento e prática foram estabelecidos a partir dos estudos de Warwick e Linninge (1975 apud ALVES; LOPES, 2008) e de Marinho et al. (2003):

- Conhecimento: É a habilidade para aplicar fatos específicos na resolução de problemas, ou, ainda, emitir conceitos com a compreensão adquirida sobre determinado evento.
- Prática: É a tomada de decisão para executar a ação. Relaciona-se com os domínios psicomotor, afetivo e cognitivo – dimensão social.

Para Drucker (1993), o conhecimento é a aquisição de um conjunto formado por experiências, valores, informações de contexto e criatividade aplicados a novas experiências.

Uma forma de mensurar o conhecimento e a prática de uma população, permitindo um diagnóstico desta e mostrar o que seus integrantes sabem, sentem e também como se comportam a respeito de determinado tema é o inquérito do tipo Conhecimento, Atitude e Prática (CAP) (KALIYAPERUMAL, 2004; VANDAMME, 2009).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Analisar o conhecimento e prática de enfermeiros sobre planejamento de alta hospitalar de adultos portadores de DCNTs.

3.2 Objetivos específicos

Caracterizar o perfil profissional dos enfermeiros quanto a sexo, idade, tempo de formação, tempo de atuação, setor de atuação, tempo de setor e escolaridade.

Identificar o conhecimento desses profissionais sobre conceito, etapas, objetivos e momento de iniciar o planejamento, participantes do planejamento, orientações dadas aos pacientes e/ou cuidadores e definição de qual paciente necessita de planejamento.

Determinar fatores que dificultam a implementação do plano de alta.

4 MATERIAL E MÉTODO

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo do tipo transversal de caráter descritivo e analítico com análise quantitativa dos dados. Uma pesquisa de caráter exploratório e descritivo permite compreender determinada realidade e fornecer subsídios para a intervenção em uma população específica (POLIT; HUNGLER, 1995).

4.2 Locais do estudo

A pesquisa foi realizada nos três maiores hospitais do município de Campo Grande, MS: Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian, Hospital Regional de Mato Grosso do Sul e Associação Beneficente de Campo Grande – Santa Casa, os quais são hospitais de ensino e estão inseridos na RAS.

4.3 Sujeitos da pesquisa

Os sujeitos desta pesquisa foram 68 enfermeiros que atuam na assistência direta a adultos hospitalizados nos setores de Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Clínica Oncológica, Centro de Terapia Intensiva (CTI) e Unidade Coronariana (UCO) desses hospitais. Destes, 14 foram excluídos por não estarem presentes no período da coleta de dados e 4 se recusaram a participar, totalizando em 50 participantes.

Esses setores foram escolhidos por terem maior número de clientes com DCNTs, os quais necessitam de alta hospitalar bem planejada para prepará-los para o autocuidado pós-hospitalização.

A coleta de dados foi censitária. Todos os enfermeiros lotados nos setores escolhidos foram convidados a participar da pesquisa. Conforme Correia Neto (2009), pesquisa censitária é aquela em que toda população de interesse da pesquisa é consultada.

4.3.1 Critérios de inclusão

Foram incluídos enfermeiros lotados nos setores acima citados que aceitaram participar do estudo e assinaram termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

4.3.2 Critérios de exclusão

Foram excluídos os enfermeiros que não preencheram todo o questionário e os que não estavam presentes no período da coleta de dados por motivo de férias, licença médica ou licença-maternidade.

4.4 Instrumento de coleta de dados

Para realização da pesquisa, foi elaborado um questionário semiestruturado empregando-se a metodologia CAP (conhecimento, atitude e prática).

O inquérito CAP foi desenvolvido na década de 1950 e inicialmente utilizado para o estudo do planejamento familiar (BULMER; WARWICK, 1993). Desde então estabeleceu-se entre as metodologias mais utilizadas para investigar o comportamento de saúde, e continua a ser amplamente utilizado para investigar o comportamento humano relacionado com determinado tópico de saúde (VANDAMME, 2009; HAUSMANN-MUELA et al., 2003; MANDERSON; AABY, 1992), mensurando, para tanto, seu conhecimento, suas atitudes e práticas, e revelando o que seus integrantes sabem, o que sentem e como se comportam a respeito de determinado tema, permitindo assim traçar um diagnóstico dessa população (KALIYAPERUMAL, 2004).

De acordo com esse método, um comportamento em saúde obedece a um processo sequencial, com origem na aquisição de um conhecimento cientificamente correto, que pode explicar a formação de uma atitude favorável e a adoção de determinada prática de saúde (BRICEÑO-LEON, 1996).

Tais estudos podem ser utilizados para três fins: identificar o atual conhecimento, atitude e prática de determinada população; corroborar o conhecimento já disponível sobre uma situação, a fim de planejar intervenções específicas e adequadas; e servir de ferramenta para avaliar a eficácia de intervenções ou programas (VANDAMME, 2009). Nesta pesquisa, este tipo de inquérito foi utilizado com o intuito de identificar apenas o conhecimento e a prática dos enfermeiros em planejamento de alta.

Embora inúmeros estudos utilizem esse método para pesquisas na área da saúde, ainda não há na literatura nacional e internacional uma padronização do tipo de instrumento a ser utilizado (VANDAMME, 2009). Logo, para a elaboração do instrumento de coleta de dados procedeu-se a uma revisão de artigos científicos que utilizaram o referido método, indexados nas bases de dados Scientific Electronic Library On-line (Scielo), Medical Literature Analysis and Retrieval System On-line (Medline) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Foram incluídos artigos publicados no período de janeiro de

2003 a dezembro de 2012 em português, inglês ou espanhol, com resumos disponíveis nessas bases de dados, que utilizaram a metodologia CAP e foram indexados com os descritores padronizados no DeCS (Descritores em Ciências de Saúde) e no MeSH (Medical Subjects Headings): 'Conhecimentos, Atitudes e Práticas em Saúde'/*'Health Knowledge, Attitudes, Practice'* e 'Planejamento da Alta'/'Discharge planning'.

A pesquisa foi precedida de um estudo-piloto com cinco enfermeiros com pós-graduação em nível de mestrado e que atuam nos setores de Clínica Médica, Clínica Cirúrgia, Unidade de Terapia Intensiva e Unidade Coronariana, a fim de avaliar o instrumento quanto a coesão, clareza das perguntas, conteúdo científico, coerência das questões em relação às variáveis estudadas e tempo de preenchimento do questionário. Esses cinco respondentes não participaram da versão final do estudo.

Após as devidas alterações, o instrumento ficou estruturado em quatro partes (Apêndice A):

- **1.ª: Perfil profissional**, que consiste na caracterização dos participantes quanto a:
  - instituição em que trabalha;
  - sexo;
  - idade;
  - escolaridade;
  - tempo decorrido desde a formação e tempo de exercício da profissão;
  - atual setor de atuação e tempo de atuação neste setor.
- **2.ª: Conhecimento** sobre o planejamento de alta hospitalar. Composta por:
  - uma questão dicotômica (com respostas 'sim' ou 'não'), indagando se o participante tem conhecimento sobre planejamento de alta;
  - uma questão de múltipla escolha relativa à origem desse conhecimento;
  - uma entrevista com sete questões abertas sobre conceito, etapas, objetivos e momento de iniciar o planejamento, participantes do planejamento, orientações dadas aos pacientes e/ou cuidadores e definição de qual cliente necessita de planejamento. As entrevistas foram gravadas em áudio.

- **3.ª: Prática** do planejamento de alta. Utiliza a escala Likert, e as respostas devem ser assinaladas conforme a frequência da prática. É constituída por seis questões fechadas:
  - uma questão de múltipla escolha relativa aos profissionais envolvidos no planejamento de alta;
  - cinco questões relativas à prática do planejamento de alta no setor de atuação do enfermeiro, discussão multidisciplinar, participação do enfermeiro, participação do paciente na elaboração do plano e participação da família/cuidador na elaboração do plano.
- **4.ª: Fatores que dificultam a realização do planejamento de alta:** Questão única, aberta, relativa a fatores (relacionados ao paciente, à equipe de saúde, à instituição) que dificultam a participação do enfermeiro no planejamento de alta.

A parte do instrumento relativa ao conhecimento consiste de sete questões abertas abrangendo um total de 27 itens. Cada resposta correta vale um ponto, resultando em pontuação total de 0 a 27 pontos (Apêndice B). Assim, as questões podem ter pontuações diferentes, dependendo do número de respostas que as compõem, variando de 0 (caso o participante não acerte nenhum item) até o número máximo de itens da questão (Quadro 1).

Optou-se por questões abertas por permitirem ao entrevistado responder com suas próprias palavras, sem risco de ser influenciado pelas alternativas apresentadas, e assim resultar em um viés na pesquisa. Por outro lado, tais questões são muito mais difíceis de analisar, devido à ampla gama de respostas que podem ser obtidas.

Assim, para definição de acerto ou erro das respostas, adotaram-se como parâmetro artigos científicos versando sobre o tema (RORDEN; TAFT, 1990; MAMON et al., 1992; DAVIES, 1996; GRIMMER; MOSS, 2001; SANTOS et al., 2002; COLEMAN; BOULT, 2003; CLARK et al., 2003; CHUANG et al., 2005; CESAR; SANTOS, 2005; GRIMMER et al., 2006; PEREIRA et al., 2007; MUKOTEKWA; CARSON, 2007; POMPEO et al., 2007; HUNTER et al., 2011; HOLLAND et al., 2012; ABAD-CORPA et al., 2013).

Como não há na literatura uma padronização do plano de alta para portadores de DCNTs, e tampouco das orientações de enfermagem destinadas a preparar esses pacientes para a continuidade do cuidado em casa, adotaram-se o instrumento de Grimmer e Moss (2001) e os diagnósticos de enfermagem identificados por Guedes et al. (2010) para idosos com doenças crônicas, a fim de determinar quais orientações gerais devem ser discutidas com os pacientes.

Para identificar os diagnósticos de enfermagem para idosos com doenças crônicas, Guedes et al. (2010) basearam-se na taxonomia II da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Grimmer e Moss (2001), com o intuito de identificar necessidades-chave do processo de planejamento da alta e garantir uma transição segura do paciente para o próximo nível de cuidado, elaboraram um instrumento a partir de entrevistas com pacientes idosos portadores de condições crônicas, com seus cuidadores e com a equipe de enfermagem do hospital. Tal instrumento inclui instruções verbais e escritas relativas a uma série de questões, tais como serviços comunitários; gestão de atividades diárias; orientações sobre necessidade, aquisição e uso de equipamentos que poderiam melhorar a segurança e a saúde em casa; medicações (dosagem, administração, horários e efeitos secundários); orientações para os cuidadores sobre os cuidados a serem prestados; e preparação para o enfrentamento do período pós-alta (dificuldades, ansiedade, convívio social etc.).

Considerando os estudos acima citados, identificou-se a necessidade de orientar os pacientes e seu cuidador/família sobre a patologia e suas possíveis limitações, atividades diárias e cuidados a serem prestados ao doente, farmacoterapia, preparação do ambiente domiciliar e necessidade de equipamentos, serviços de apoio na comunidade e, por fim, a necessidade de que estas orientações e encaminhamentos sejam veiculados por escrito. Entretanto, para que a orientação possa efetivamente ajudar o paciente, é necessário identificar quais são suas reais expectativas, preocupações, necessidades e preferências, sejam elas verbalizadas ou demonstradas por atitudes e comportamentos.

Para avaliação da prática foi utilizada a escala Likert de cinco níveis, para avaliar a frequência das ações. A escala se compõe de cinco questões, sendo cada uma pontuada de 0 a 4, portanto com pontuação total de 0 a 20 (Quadro 1 e Apêndice B).

Quadro 1 – Estrutura do instrumento de coleta de dados.

Conhecimento	7 questões questões abertas 27 respostas pré-definidas, cada uma valendo 1 ponto	1.ª questão: 0 a 3 pontos 2.ª questão: 0 a 4 pontos 3.ª questão: 0 a 6 pontos 4.ª questão: 0 a 1 ponto 5.ª questão: 0 a 3 pontos 6.ª questão: 0 a 9 pontos 7.ª questão: 0 a 1 ponto	Pontuação total: 0 a 27
Prática	5 questões Escala Likert Grau de frequência	Sempre: 4 Muitas vezes: 3 Ás vezes: 2 Poucas vezes: 1 Nunca: 0	Pontuação total: 0 a 20

4.5 Coleta de dados

Para a coleta de dados dos enfermeiros foi aplicado um questionário individualmente pela pesquisadora no ambiente de trabalho dos profissionais, em datas e horários previamente combinados. Os enfermeiros foram convidados a participar da pesquisa e informados sobre o objetivo do estudo e a relevância de sua participação. Os que aceitaram discutir sobre a pesquisa foram informados sobre confidencialidade, participação voluntária, ausência de ônus e de gratificação, aprovação pelos Comitês de Ética das instituições e preenchimento do questionário e do TCLE. Foram informados, ainda, que o teste de conhecimento se compunha de uma entrevista semiestruturada que seria gravada em áudio.

Foram entregues aos participantes duas vias do TCLE. Após devolução deste, foi entregue o questionário, no qual o respondente foi identificado com um código no lado superior direito. Os participantes foram informados sobre as etapas do instrumento de coleta de dados, solicitados a responder primeira parte relativa ao perfil profissional e informados de que naquele momento seria iniciada a segunda etapa da coleta, gravada em áudio. Imediatamente após a entrevista, o gravador foi desligado e o restante do questionário, relativo à prática, entregue aos participantes. O questionário foi devolvido imediatamente após o preenchimento. Os enfermeiros não puderam realizar consulta a acervo bibliográfico ou internet. Durante o preenchimento do questionário, a pesquisadora permaneceu próxima ao participante, a fim de esclarecer possíveis dúvidas, bem como garantir que não houvesse consulta durante o preenchimento.

4.6 Análise dos dados

As respostas das entrevistas foram transcritas e analisadas quanto aos acerto conforme referencial teórico. Posteriormente, todas as respostas do questionário foram tabuladas no programa Excel 2007.

Para análise dos dados, além de estatística descritiva, foram utilizados quatro testes: Shapiro-Wilk, *T* de Student para resultados paramétricos, Mann Whitney para resultados não paramétricos, e teste de correlação linear de Pearson, sendo todos realizados com 95% de confiabilidade (valor significativo quando $p < 0,05$).

4.7 Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (protocolo 467.573/2013), em conformidade com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (Anexo A).

As três instituições aprovaram a pesquisa após encaminhamento de ofício solicitando autorização, juntamente com cópia do projeto e do TCLE (Anexos B, C e D).

5 RESULTADOS

5.1 Perfil profissional dos enfermeiros participantes da pesquisa

Dezoito profissionais se enquadraram nos critérios de exlusão, logo, dos 68 enfermeiros, apenas 50 participaram da pesquisa.

Nas Tabelas 2 e 3, pode-se observar que a maioria é do **sexo** feminino (66%) e que mais de 50% dos participantes tinham no máximo 30 anos de **idade**. Em relação ao **tempo de formação**, apenas 1 (2%) participante tinha menos de 1 ano de formação, enquanto 60% (30) tinham mais de 6 anos de formados. Constata-se ainda que 23 (46%) enfermeiros **atuam** na profissão há mais de 6 anos, e 70% (35) estão no **atual setor** há no máximo 2 anos. Quanto a **escolaridade**, percebe-se que 41 (82%) têm pós-graduação *lato sensu*, e apenas 1 (2%) tem pós-graduação *stricto sensu*, com título de mestre.

Tabela 2 – Caracterização dos enfermeiros segundo sexo, idade, tempo de formação, tempo de atuação e escolaridade. Campo Grande, MS, 2014. (n=50)

Variáveis	**Quantidade**	**%**
Sexo		
Feminino	33	66,0
Masculino	17	34,0
Idade		
De 20 a 30 anos	27	54,0
De 31 a 40 anos	17	34,0
De 41 a 50 anos	6	12,0
Tempo de Formação		
Até 1 ano	1	2,0
De 2 a 5 anos	19	38,0
De 6 a 10 anos	18	36,0
De 11 a 20 anos	11	22,0
Mais que 20 anos	1	2,0
Tempo de Atuação		
Até 1 ano	5	10,0
De 2 a 5 anos	22	44,0
De 6 a 10 anos	13	26,0
De 11 a 20 anos	9	18,0
Mais que 20 anos	1	2,0
***Escolaridade**		
GRAD	8	16,0
PGLS	40	80,0
PGSS	2	4,0

Nota: (*) GRAD: Graduado; PGLS: Pós-graduado *Lato Sensu*; PGSS: Pós-graduado *Stricto Sensu*.

Tabela 3 - Caracterização dos enfermeiros segundo setor de atuação e tempo no setor. Campo Grande, MS, 2014. (n=50)

Variáveis	Quantidade	%
Tempo de Setor		
Menor que 1 ano	9	18,0
De 1 a 2 anos	26	52,0
De 3 a 5 anos	12	24,0
De 6 a 10 anos	3	6,0
***Setor**		
CC	9	18,0
CM	8	16,0
CTI	27	54,0
ONCO	2	4,0
UCO	4	8,0

Nota: (**) CC: Centro Cirúrgico; CM: Clínica Médica; CTI: Centro de Tratamento Intensivo; ONCO: Clínica Oncológica; UCO: Unidade Coronariana

5.2 Conhecimento dos enfermeiros sobre planejamento de alta

Dos 50 participantes, 80% relataram possuir conhecimento prévio sobre planejamento de alta. Com relação a origem desse conhecimento, a maioria dos profissionais adquiriram na graduação e através da experiência profissional. Fato especialmente relevante foi nenhum dos participantes ter relatado ter adquirido este conhecimento através de atualização profissional realizada pela Seção de Educação Permanente da instituição (Tabela 4).

Tabela 4 – Distribuição dos resultados do conhecimento de enfermeiros sobre o planejamento de alta hospitalar de adultos portadores de doença crônica não transmissível – DCNT. Campo Grande, MS, 2014. (n=50)

Variável	Resposta	Quantidade	%
Se possui conhecimento sobre planejamento de alta.	Não	10	20,0
	Sim	40	80,0
Origem do conhecimento	Graduação	27	67,5
	Pós-graduação	1	2,5
	Curso de atualização	0	0,0
	Acervo bibliográfico	10	25,0
	Educação permanente da instituição	0	0,0
	Experiência profissional	19	47,5

Ao avaliar as respostas do teste de conhecimento foi identificado que o menor escore de acerto foi 02 (7,4%) e o maior, 14 (51,8%). A média dos escores foi 7,9 e desvio padrão 2,8. Dezesseis enfermeiros (32%) acertaram menos que 25% das questões. Trinta e um participantes (62%), obtiveram um percentual de acerto entre 26% e 50%, e apenas 03 enfermeiros tiveram um percentual de acerto maior que 50%.

Quando os escores foram separados, considerando as sete variáveis do teste relativas ao conhecimento (conceito, etapas, objetivos, momento de iniciar, orientações, participantes e clientes), observou-se pior resultado na definição do conceito de PA, com percentual de acerto de 17,33%, e melhor score na definição de qual cliente se aplica o PA, com percentual de acerto de 62%. Estes resultados são apresentados na Tabela 5.

Tabela 5 – Pontuação do conhecimento dos enfermeiros sobre planejamento de alta hospitalar em relação as variáveis conceito, etapas, objetivos, momento de iniciar, orientações, participantes e clientes. Campo Grande, MS, 2014. (n=50)

Variáveis	**Pontuação Média± D.P**	**Valor % Média± D.P**
Conceito (0 a 3 pontos)	0,52±0,60	17,33±21,50
Etapas (0 a 4 pontos)	1,00±1,00	25,00±25,80
Objetivos (0 a 6 pontos)	1,54±0,90	25,67±15,10
Momento de iniciar (0 a 1 ponto)	0,40±0,50	40,00±49,50
Orientações (0 a 9 pontos)	2,56±1,30	28,44±14,00
Participantes (0 a 3 pontos)	1,30±0,80	43,33±25,40
Cliente (0 a 1 ponto)	0,62±0,50	62,00±49,40

Em relação à questão sobre **conceito**, 28 (56%) não alcançaram a pontuação mínima. Houve participantes que responderam não saber a resposta por desconhecerem o assunto e outros que forneceram respostas não condizentes com a literatura. Apenas 22 (44%) pontuaram no mínimo 1 e todos relacionaram o planejamento com a preparação do paciente para sair do hospital e estar apto para o autocuidado. Todavia, observa-se que os participantes não conseguem visualizar o PA como um processo continuo que ocorre durante todo período de internação e que deve ser centrada nas necessidades biopsicossocial do paciente, conforme demonstrado na Tabela 6.

Tabela 6 – Distribuição de respostas sobre conceito de planejamento de alta, conforme percentual de acerto, Campo Grande, MS, 2014. (n=50)

Variáveis	**Quantidade**	**%**
Conceito		
Preparação do paciente e família para o retorno ao domicilio em segurança e apto para o autocuidado	22	44
Processo continuo	3	6
Assistência centrada na necessidade biopsicossocial do paciente	1	2

Em relação a identificação das **etapas** do PA, 19 (38%) enfermeiros desconhecem as etapas; 18 (36%) acertaram apenas 1 etapa; 8 (16%) acertaram 2; 4 (8%) acertaram 3; e

apenas 1(2%) identificou todas as etapas. A etapa mais citada foi a avaliação das necessidades do paciente e a menos identificada foi o acompanhamento e avaliação (Tabela 7).

Tabela 7 – Distribuição de respostas sobre etapas do planejamento de alta, conforme percentual de acerto, Campo Grande, MS, 2014. (n=50)

Variáveis	**Quantidade**	**%**
Etapas		
Avaliação das necessidades do paciente	21	42
Desenvolvimento do plano da alta	12	24
Educação paciente/ familiares mobilizando recursos e serviços necessários (encaminhamento/contrarreferência)	15	30
Acompanhamento e avaliação	1	2

Ao analisar as respostas dos enfermeiros sobre os **objetivos** do PA, constatou-se que nenhum participante acertou os 6 objetivos achados na literatura e preconizados nesta pesquisa. Nove (18%) enfermeiros acertaram 3; 14 (28%) identificaram 2 objetivos; 22 (44%) acertaram apenas 1; e 5 (10%) enfermeiros não conseguiram identificar o objetivo do PA

Na Tabela 8, observa-se que o objetivo mais citado foi “prevenir reinternação”, em contrapartida o menos citado foi “facilitar a transição do paciente do hospital para o domicilio”.

Tabela 8 – Distribuição de respostas sobre objetivos do planejamento de alta, conforme percentual de acerto, Campo Grande, MS, 2014. (n=50)

Variáveis	**Quantidade**	**%**
Objetivos		
Prevenir agudização da doença e/ou novos agravos e consequentemente prevenir o risco de reinternações	36	72
Promover a continuidade do cuidado no domicilio	16	32
Otimizar o tempo de internação	11	22
Preparar o paciente para o autocuidado no domicilio	8	16
Reinserir o paciente no convívio social	3	6
Facilitar o processo de transição do hospital para o domicilio	1	2

Uma etapa importante do PA é a educação paciente/ familiares mobilizando recursos e serviços necessários (encaminhamento/contrarreferência), que se concretiza na troca de informações entre a equipe multiprofissional e nas orientações dadas ao paciente e cuidador.

Ao avaliar as respostas dos enfermeiros referente as **orientações**, observa-se que o maior percentual de acerto foi 66,67%, alcançado por apenas 2 (10%) participantes. Três enfermeiros (6%) não citaram nenhuma orientação pertinente ao plano de alta; 4 (8%) acertaram 11,11% (1) das orientações; 19 (38%) tiveram um acerto de 22,22% (2); 14 (28%) acertaram 33,33% (3) das orientações; e 8 (16%) obtiveram 44,44% (4) de acerto (Tabela 9).

Tabela 9 – Distribuição de respostas sobre orientações dadas aos pacientes durante o planejamento de alta, conforme percentual de acerto, Campo Grande, MS, 2014. (n=50)

Variáveis	**Quantidade**	**%**
Orientações		
Informações sobre cuidados a serem prestados ao doente.	45	70
Informações sobre realização das atividades diárias.	32	64
Informações sobre medicação.	19	38
Informações sobre serviços comunitários: UBS, PSF, UPA, etc. e encaminhamento para equipe de saúde primária.	12	24
Informações sobre a patologia.	8	16
Orientações por escrito	4	8
Informações sobre alterações na estrutura domiciliar.	3	6
Informações sobre suas possíveis limitações físicas.	2	4
Informações sobre necessidade de equipamento.	2	4

Quanto ao **momento de iniciar** o planejamento, apenas 20 (40%) enfermeiros definiram que deve ser no momento da internação ou logo após a mesma (Tabela 10). Os demais participantes (60%) relataram diversos momentos que não correspondem ao que traz a literatura: dia da alta, quando apresenta uma melhora clínica, quando retorna a manter os sinais vitais estáveis sem drogas vasoativas, quando deixa de depender de procedimentos invasivos como ventilação mecânica, cateterismo nasoenteral, cateterismo vesical, entre outros.

O percentual de acerto da variável **participantes do PA** foi o segundo mais alta, todavia foi devido 96% (48) dos enfermeiros terem respondido que deve haver participação de uma equipe multidisciplinar, pois a participação do paciente e da família foi citado por apenas 8 e 9 enfermeiros, respectivamente. Em relação a **qual cliente se aplica o PA**, 62% (31) dos participantes têm ciência que o PA deve ser realizado com todos os clientes, alterando o plano de alta conforme as necessidades identificadas (Tabela 10).

Tabela 10 – Distribuição de respostas sobre momento iniciar o planejamento de alta, participantes e a qual cliente se aplica o planejamento de alta, conforme percentual de acerto, Campo Grande, MS, 2014. (n=50)

Variáveis	Quantidade	%
Momento de iniciar		
No momento da admissão ou Logo após admissão	20	40
Participantes		
Equipe interdisciplinar	48	96
Paciente	8	16
E/ou cuidador	9	18
Cliente	31	62

Além da análise descritiva, investigou-se a possibilidade de diferença entres as características dos enfermeiros e a pontuação sobre o conhecimento, conforme observado na Tabela 11.

Através do teste de diferenças de médias, utilizando o teste *t* de Student, não foi identificado nenhuma diferença significativa entre as características dos enfermeiros e as pontuações do conhecimento dos profissionais, ou seja, nenhuma das varáveis possuem comportamento diferente em relação a pontuação do conhecimento.

Tabela 11 - Pontuação de conhecimento de planejamento de alta hospitalar em relação as variáveis sexo, idade, tempo de formação, tempo de atuação, setor de atuação, tempo de setor e escolaridade. Campo Grande, MS. (n=50)

Variáveis		**Pontos Conhecimento**		**t**	**p**
		n	**Média± D.P**		
Sexo	F	33	29,38±11,51	0	0,998
	M	17	29,38±8,62		
Idade	Até 30 anos	26	26,90±9,79	3,14	0,083
	Acima 30 anos	24	32,07±10,84		
Tempo de Formação	Até 5 anos	21	27,66±9,55	0,96	0,332
	Mais 5 anos	29	30,62±11,18		
Tempo de Atuação	Até 5 anos	28	28,28±9,02	0,69	0,41
	Mais 5 anos	22	30,78±12,27		
Setor	CTI/UCO	31	28,65±9,46	0,39	0,535
	Demais	19	30,57±12,26		
Tempo de Setor	Até 2 anos	33	29,04±10,39	0,1	0,755
	Mais de 2 anos	17	30,04±11,09		
Escolaridade	Graduado	8	28,21±12,65	0,11	0,736
	Pós graduado	42	29,60±10,24		

Teste de diferença de médias *T Student*

5.4 Prática do planejamento de alta

Ao avaliarmos as variáveis do teste em relação à prática do PA (frequência do PA no setor, profissionais que participam do planejamento, discussão entre a equipe multiprofissional, participação do enfermeiro, participação do paciente e participação do cuidador), observa-se que 86% dos profissionais responderam que há **PA em seu setor**, porém não frequentemente, conforme demonstrado na Tabela 12.

Com relação aos **profissionais** que participam do planejamento de alta, o profissional mais citado foi o médico, seguido pelo enfermeiro e fisioterapeuta. Doze (24%) participantes

citaram o médico como único profissional que planeja a alta, 1 (2%) citou que apenas o enfermeiro realiza o PA e 6 (12%) responderam que apenas médico e enfermeiro participam do PA no seu setor. Apenas dezenove (38%) enfermeiros citaram a participação de no mínimo três profissionais no planejamento da alta. Apesar disto, 35 (70%) participantes relataram que a equipe multiprofissional "nunca" ou "poucas vezes" **discute o planejamento.** E apenas 2 (4%) enfermeiros responderam "sempre".

Os piores resultados são relativos às varáveis: participação do enfermeiro entrevistado, do paciente e do cuidador. Apenas 3 (6%) **enfermeiros** relataram que "sempre" **participam** do PA, enquanto 24 (48%) participantes responderam que nunca participam. Apenas dois (4%) enfermeiros informaram que o **paciente** e o **cuidador/família** "sempre" são **inseridos no planejamento** da alta, enquanto 21 (42%) relataram que os pacientes e 19 (38%) que os cuidadores "nunca" são convidados a participar.

Tabela 12 – Distribuição dos resultados segundo a prática do planejamento de alta hospitalar de adultos portadores de doença crônica não transmissível – DCNT. Campo Grande, MS, 2014. (n=50)

Variável	Resposta	Quantidade	%
Frequência do PA no setor	Nunca (0)	7	14,0
	Poucas vezes (1)	21	42,0
	Às vezes (2)	13	26,0
	Muitas vezes (3)	6	12,0
	Sempre (4)	3	6,0
Profissionais que participam do PA	Enfermeiro	26	60,5
	Assistente Social	8	18,6
	Farmacêutico	1	2,3
	Fisioterapeuta	13	30,2
	Médico	37	86,0
	Nutricionista	11	25,6
	Odontólogo	0	0,0
	Residente multiprofissional	10	23,3
Discussão entre a equipe multiprofissional	Nunca (0)	17	34
	Poucas vezes (1)	18	36
	Às vezes (2)	9	18
	Muitas vezes (3)	4	8
	Sempre (4)	2	4
Participação do enfermeiro entrevistado no PA	Nunca (0)	24	48
	Poucas vezes (1)	14	28
	Às vezes (2)	8	16
	Muitas vezes (3)	1	2
	Sempre (4)	3	6
Participação do paciente no PA	Nunca (0)	21	42
	Poucas vezes (1)	20	40
	Às vezes (2)	7	14
	Muitas vezes (3)	0	0
	Sempre (4)	2	4
Participação do cuidador/família no PA	Nunca (0)	19	38
	Poucas vezes (1)	18	36
	Às vezes (2)	7	14
	Muitas vezes (3)	4	8
	Sempre (4)	2	4

Após analisar a possibilidade de diferença entre as características dos participantes e a pontuação de acertos nas questões referentes à prática do PA (Tabela 13), não foram observadas diferenças estatisticamente significantes. Porém, a variável setor teve um valor de p = 0,05, ou seja, no limite de significância do teste a 95% de confiabilidade. Nesse caso, os profissionais dos setores de pacientes críticos (CTI e UCO) possuem escores inferiores aos demais setores.

Tabela 13 - Pontuação da prática do planejamento de alta hospitalar em relação às variáveis sexo, idade, tempo de formação, tempo de atuação, setor de atuação, tempo de setor e escolaridade. Campo Grande, MS, 2014. (n=50)

Variável		**Pontos Prática**		**t**	**p**
		n	**Média± D.P**		
Sexo	F	33	28,48± 21,67	1,79	0,187
	M	17	20,00± 20,39		
Idade	Até 30 anos	26	25,77± 18,2	0	0,954
	Acima 30 anos	24	25,42± 24,84		
Tempo de Formação	Até 5 anos	21	27,86± 20,22	0,4	0,532
	Mais 5 anos	29	23,97± 22,46		
Tempo de Atuação	Até 5 anos	28	27,86± 18,88	0,7	0,406
	Mais 5 anos	22	22,73± 24,43		
Setor de atuação	CTI/UCO	31	20,97± 20,63	4,05	0,050*
	Demais	19	33,16± 21,03		
Tempo de Setor	Até 2 anos	33	26,36± 20,96	0,12	0,729
	Mais 2 anos	17	24,12± 22,86		
Escolaridade	Graduado	8	38,13± 25,49	3,42	0,071
	Pós graduado	42	23,21± 20,03		

Teste de diferença de médias *T Student*

5.5 Relação entre as variáveis Conhecimento e Prática

Para analisar a relação entre as variáveis conhecimento e prática, foram utilizados três testes estatísticos: o de normalidade de Shapiro–Wilk, o de Mann–Whitney e o de correlação linear de Pearson.

As variáveis conhecimento e prática também foram analisadas em relação ao padrão de distribuição. Consideraram-se duas hipóteses possíveis: H0 (valores normalmente distribuídos) e H1 (valores não normalmente distribuídos). Aplicando-se o teste de normalidade de Shapiro–Wilk, obteve-se para as variáveis $p < 0,05$ aceitando-se H1, ou seja, os valores não são normalmente distribuídos.

Após comparação das médias das variáveis conhecimento e prática pelo teste de Mann–Whitney, não foi observada diferença estatisticamente significativa (Figura 2). Os valores médios e desvios-padrões das pontuações são apresentados na Tabela 14.

Tabela 14 – Pontuação para conhecimento e prática de enfermeiros sobre planejamento de alta hospitalar de adultos portadores de doença crônica não transmissível (DCNT). Campo Grande, MS, 2014 ($n = 50$).

Variáveis	**Pontuação (média ± DP)**	**% (média ± DP)**
Conhecimento (0 a 27 pontos)	7,9±2,8	29,4±10,5
Prática (0 a 20 pontos)	5,1±4,3	25,6±21,4
Mann–Whitney	$p = 0,1044$	

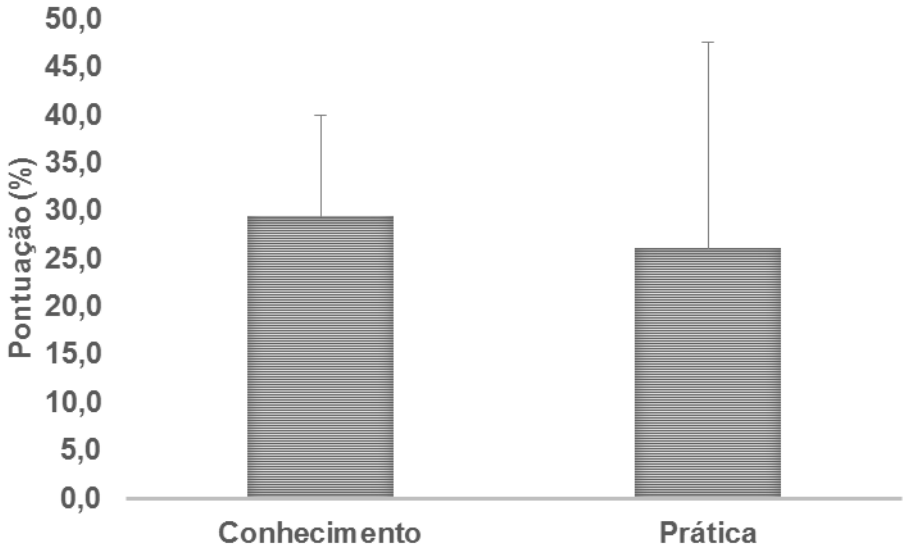


Figura 2 – Diferença entre as médias do conhecimento e prática de enfermeiros sobre planejamento de alta hospitalar de adultos portadores de doença crônica não transmissível (DCNT). Campo Grande, MS, 2014 (n = 50).

Para avaliação da hipótese de dependência entre as variáveis conhecimento e prática sobre o planejamento de alta hospitalar, foi aplicado o teste de coeficiente de correlação linear de Pearson, considerando-se H0 como presença de associação entre as variáveis e H1 como ausência de associação entre as variáveis. Adotou-se nível de significância $p < 0,05$. Não houve associação constatada entre conhecimento e prática (Tabela 15).

Tabela 15 – Coeficiente de correlação linear de Pearson para as variáveis conhecimento e prática sobre planejamento de alta hospitalar de adultos portadores de doença crônica não transmissível (DCNT). Campo Grande, MS, 2014 (n = 50).

Variáveis	**Prática**	
Conhecimento	r = 0,1295	p = 0,3700

5.6 Fatores que dificultam o planejamento da alta hospitalar

Conforme Tabela 16, pode-se observar que na percepção dos enfermeiros, os principais fatores que dificultam o planejamento foram: comunicação inadequada, principalmente falta de discussão entre os profissionais do setor, e falta de diálogo entre médico e os demais membros da equipe; dificuldade do paciente em entender as orientações, e pouco conhecimento dos profissionais sobre planejamento de alta.

Tabela 16 – Distribuição das respostas relativas a fatores que dificultam a realização do planejamento de alta hospitalar de adultos portadores de doença crônica não transmissível – DCNT. Campo Grande, MS, 2014. (n=48)

Fatores	**n**	**%**
Falta de discussão entre a equipe de saúde	16	33,33
Dificuldade do **paciente** em entender as orientações	10	20,83
A falta de diálogo entre o médico e a equipe de saúde	9	18,75
Pouco conhecimento dos profissionais sobre PA	8	16,67
Falta de participação da equipe multidisciplinar	7	14,58
Falta de capacitação da equipe sobre PA pela Educação Permanente da *Instituição*	7	14,58
Falta de rotinas e protocolos na *Instituição*	6	12,50
Falta de infraestrutura familiar para receber o **paciente**	4	8,33
O enfermeiro não tem tempo hábil para planejar a alta	4	8,33
Excesso de pacientes	4	8,33
Falta de integração da equipe de saúde do hospital com a atenção primária	3	6,25
Falta de comprometimento de alguns profissionais	3	6,25
Necessidade de *liberação do leito* (alta antecipada)	3	6,25
Falta de comprometimento do **paciente** e/ou cuidador	2	4,17
Déficit de recursos humanos	2	4,17
Modo de gestão da *Instituição*	2	4,17
Falta de colaboração da **família**/cuidador	1	2,08
Locação para os **pacientes**	1	2,08
Fatores socioeconômicos do **paciente** (pobreza, falta de cultura, higiene precária)	1	2,08
Falta de integração entre os profissionais dos setores os quais o paciente é internado	1	2,08
Equipe muito ocupada	1	2,08
Fluxo de trabalho	1	2,08

Para melhor visualização dos fatores que dificultam o planejamento da alta hospitalar, as respostas foram agrupadas, categorizadas e distribuídas nas três dimensões contempladas na questão: fatores relacionados aos pacientes, à equipe de saúde e à instituição, conforme descrito nas Tabela 17, 18 e 19.

Dos 48 participantes que responderam esta questão, 15 (31,25%) atribuíram pelo menos um fator ao paciente, 19 (39,58%) atribuíram pelo menos um fator à instituição, e 43 (89,58%).

Tabela 17 – Distribuição das respostas relativas a fatores relacionados ao paciente, que dificultam a realização do planejamento de alta hospitalar de adultos portadores de doença crônica não transmissível – DCNT. Campo Grande, MS. (n=48)

Fatores	**n**	**%**
Dificuldade do paciente em entender as orientações	10	20,83
Falta de colaboração da família/cuidador	1	2,08
Falta de comprometimento do paciente e/ou cuidador	2	4,17
Falta de infraestrutura familiar para receber o paciente	4	8,33
Locação para os pacientes	1	2,08
Fatores socioeconômicos do paciente (pobreza, falta de cultura, higiene precária)	1	2,08

Tabela 18 – Distribuição das respostas relativas a fatores relacionados à equipe de saúde, que dificultam a realização do planejamento de alta hospitalar de adultos portadores de doença crônica não transmissível – DCNT. Campo Grande, MS. (n=48)

Fatores	**n**	**%**
Falta de discussão entre a equipe de saúde	16	33,33
A falta de diálogo entre o médico e a equipe de saúde	9	18,75
Falta de integração da equipe de saúde do hospital com a atenção primária	3	6,25
Pouco conhecimento sobre PA	8	16,67
Falta de participação da equipe multidisciplinar	7	14,58
O enfermeiro não tem tempo hábil para planejar a alta	4	8,33
Falta de comprometimento de alguns profissionais	3	6,25
Falta de integração entre os profissionais dos setores os quais o paciente é internado	1	2,08
Equipe muito ocupada	1	2,08

Tabela 19 – Distribuição das respostas relativas a fatores relacionados à Instituição, que dificultam a realização do planejamento de alta hospitalar de adultos portadores de doença crônica não transmissível – DCNT. Campo Grande, MS. (n=48)

Fatores	**n**	**%**
Falta de capacitação da equipe sobre PA	7	14,58
Necessidade de liberação do leito	3	6,25
Excesso de pacientes	4	8,33
Fluxo de trabalho	1	2,08
Falta de rotinas e protocolos	6	12,50
Déficit de recursos humanos	2	4,17
Modo de gestão da instituição	2	4,17

6 DISCUSSÃO

O planejamento de alta é um processo assistencial considerado como importante etapa da SAE, por direcionar o plano de cuidados e a implementação das ações para a transição do paciente para um próximo nível de cuidado.

Apesar de ser foco de diversos trabalhos internacionais, poucas pesquisas relacionadas ao tema foram publicadas no Brasil até o momento. Na literatura nacional são encontrados estudos abordando diversos assuntos relacionados à alta hospitalar: revisão bibliográfica de artigos científicos sobre o tema (FERREIRA DA MATA et al., 2013), instrumento para avaliar as necessidades de determinados pacientes (SILVA, 2001), diagnósticos de enfermagem na alta hospitalar (GUEDES et al., 2009), planos de cuidados para pacientes com uma patologia específica (SUZUKI, 2011; ANDRIETTA et al., 2011), orientações específicas da enfermagem (MIASSO; CASSIANI, 2005) e avaliação da prática dos enfermeiros no planejamento de alta (POMPEO et al., 2007). No entanto, estudos que buscam identificar o conhecimento de enfermeiros sobre planejamento de alta ainda são escassos.

O objetivo principal deste estudo foi analisar o conhecimento e a prática dos enfermeiros sobre planejamento de alta de pacientes com DCNT. Conhecer apenas a prática profissional, isolada do conhecimento, não é suficiente para planejar e implementar ações que melhorem a assistência de enfermagem no processo da alta hospitalar, visto que esta prática depende das escolhas pessoais e do conhecimento dos enfermeiros. Conforme Briceño-Leon (1996), um comportamento em saúde prende-se a um processo sequencial, com origem na aquisição de um conhecimento cientificamente correto, que pode explicar a formação de uma atitude favorável e a adoção de determinada prática de saúde.

Ressalta-se ainda a necessidade de que as práticas profissionais se baseiem nas melhores evidências científicas disponíveis, a fim de escolher as intervenções mais adequadas às distintas e complexas situações relativas ao cuidado em saúde. A prática de enfermagem baseada em evidências pode ser definida como a incorporação de informações válidas, relevantes e com base em pesquisas na prática do enfermeiro, com o objetivo de aperfeiçoar a assistência e promover a segurança do paciente (GALVÃO; JANEIRO, 2003).

Para maior entendimento dos resultados desta pesquisa, será discutido o conhecimento dos enfermeiros sobre planejamento de alta de pacientes com DCNTs, analisando a percepção dos enfermeiros sobre o conceito, etapas, objetivos, momento de iniciar, orientações que devem ser dadas aos pacientes e identificação do tipo de cliente ao qual se aplica o planejamento de alta. Posteriormente será discutida a prática dos enfermeiros identificando a frequência desse planejamento no setor de atuação dos participantes, os profissionais que

participam do planejamento, a frequência da discussão entre a equipe multiprofissional e a frequência da participação do enfermeiro, do paciente e do cuidador. Por fim será debatido acerca dos fatores que dificultam a realização do planejamento de alta.

6.1 Perfil profissional

Um dos objetivos deste estudo foi caracterizar o perfil profissional quanto a sexo, idade, tempo de formação, tempo de atuação, setor de atuação, tempo de setor e escolaridade dos enfermeiros, a fim de verificar se haveria relação entre estas variáveis e o conhecimento, bem como entre elas e a prática dos participantes.

Participaram 50 enfermeiros, na maioria do sexo feminino, assim como é observado em vários outros estudos nacionais e internacionais (GRAHAM et al., 2013; WATTS et al., 2006; MACHADO et al., 2012; MIYASAKI et al., 2010; MORRIS et al., 2012; BORTOLOSSI et al. 2013; ALMEIDA et al., 2011; SILVA, 2011). Esta predominância do sexo feminino não é fato novo, mas sim reflexo da origem da profissão, exercida inicialmente apenas por mulheres.

Além disso, verificou-se que mais da metade dos enfermeiros tinham idades de 20 a 30 anos, tempo de formação e tempo de atuação de 2 a 10 anos e no máximo dois anos de atuação no atual setor.

Quanto à escolaridade, 42 participantes tinham pós-graduação e destes, apenas um dispunha de pós-graduação *stricto sensu* com título de mestre.

Ao analisarmos o setor de atuação observamos uma característica importante. Constatou-se que mais da metade dos participantes atuavam em CTI, o que se deve ao fato de haver apenas um setor de UCO, CM, CC e Oncologia em cada hospital, ao passo que o número de CTIs variava de um a cinco, podendo cada um ter até três enfermeiros por turno.

6.2 Conhecimento dos enfermeiros

De acordo com Saupe et al. (2006), conhecimento é entendido como o conjunto de conteúdos que conferem ao profissional o domínio cognitivo sobre determinado tema e a capacidade de tomar decisões e resolver problemas em sua área de atuação. Logo, pode-se inferir que o conhecimento de enfermeiros sobre planejamento de alta repercute no manejo do processo saúde-doença dos pacientes com DCNT e no resultado de seu plano assistencial. A importância deste conhecimento foi descrita por Graham et al. (2013) como necessária para a construção de um processo claro e prático, baseado em evidências científicas.

Um dos objetivos deste trabalho foi identificar o conhecimento dos enfermeiros sobre planejamento de alta. Para isto foi-lhes questionado se dispunham de conhecimento sobre planejamento de alta hospitalar de pacientes adultos com doença crônica não transmissível e onde haviam obtido este conhecimento. Ainda, com o intuito de obter dados em profundidade sobre o conhecimento dos participantes sobre o tema, foram-lhes questionadas as características de um planejamento de alta, ou seja, o que eles sabiam sobre conceito, etapas, objetivos, momento de iniciar, orientações, participantes e o tipo de cliente ao qual se aplica esse planejamento.

Os resultados evidenciaram uma média de acerto menor que trinta por cento, tendo apenas três participantes acertado mais da metade das questões – um nível de conhecimento baixo, se considerarmos que este conhecimento é necessário a uma adequada avaliação do paciente, implementação de cuidados de enfermagem e evolução dos resultados, e que a enfermagem deve ter sua prática baseada em evidências científicas. Para melhor entendimento deste resultado, serão discutidas todas as questões separadamente.

6.2.1 Percepção dos participantes relativa a seu conhecimento sobre planejamento de alta e sobre origem da obtenção deste conhecimento

Quando questionados se dispunham de algum conhecimento sobre planejamento de alta, oitenta por cento dos enfermeiros responderam afirmativamente. Esta percepção vai de encontro ao real conhecimento identificado nesta pesquisa, que será discutido adiante.

Na pesquisa de Chaboyer et al. (2002) com 58 enfermeiros australianos, pouco mais da metade acreditava dispor de conhecimento sobre planejamento de alta, mesmo havendo na Austrália políticas de saúde voltadas à triagem de pacientes que teriam uma alta arriscada e à realização de um planejamento da alta hospitalar. Apesar de no Brasil também ser preconizada uma assistência à saúde centrada no individuo, as políticas de saúde pública começaram a abordar o tema recentemente, com a instituição das Redes de Atenção à Saúde e Linhas de Cuidados.

Dentre os enfermeiros que responderam ter conhecimento, a maioria afirmou que o obteve na graduação e/ou por experiência profissional. Vale ressaltar que nenhum participante afirmou que este tema foi discutido durante atualização profissional promovida pela Seção de Educação Permanente do hospital.

A educação permanente em saúde visa preparar os profissionais para atender as necessidades sociais de saúde e transformar as práticas de saúde, na perspectiva da integralidade, do trabalho em equipe e da ampliação da cidadania e da autonomia dos sujeitos

envolvidos, o que torna essencial o desencadeamento de processos de capacitação dos trabalhadores de enfermagem, cujo trabalho é de vital importância para a melhoria da atenção oferecida pelos serviços de saúde (CECCIM, 2005; AMESTOY et al., 2008).

Com a finalidade de formar e capacitar profissionais da saúde para atenderem às reais necessidades populacionais, conforme os princípios do Sistema Único de Saúde, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2004) e definiu novas diretrizes e estratégias para a implementação da mesma (BRASIL, 2007), e propôs a implantação de educação permanente em saúde em nível estadual, municipal e nas organizações de saúde. Além disto, um dos princípios da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas é a formação profissional e educação permanente, por meio de atividades que visem à aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes dos profissionais de saúde para qualificação do cuidado, de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2014).

Desta forma, espera-se que os gestores em educação nas instituições hospitalares além de desenvolver conhecimentos para adaptar o profissional ao ambiente de trabalho, oferecer atividades educativas por ocasião da chegada de um novo equipamento, realizar treinamentos com foco em técnicas; levante as reais necessidades de ações educativas e capacite os profissionais para atender às necessidades sociais de saúde e realizar uma assistência ao usuário centrada na integralidade do cuidado, que atenda suas reais necessidades e com inclusão e participação dos mesmos em seu planejamento terapêutico.

6.2.2 Conceito sobre planejamento de alta

O planejamento de alta é um processo contínuo e dinâmico, que visa preparar o paciente e família para o próximo nível de cuidado e para o retorno ao domicílio em segurança e apto para o autocuidado, considerando não apenas as necessidades físicas, mas também as psicossociais (RORDEN; TAFF, 1990).

Dentro do item “conhecimento”, a variável conceito de planejamento de alta foi a que apresentou o pior resultado em todo o estudo. Menos de vinte por cento dos participantes acertaram esta questão. Menos da metade dos participantes alcançaram a pontuação mínima (1-3), e todos relacionaram o planejamento com a preparação do paciente para sair do hospital e estar apto para o autocuidado. Todavia, observa-se que os participantes não conseguiram visualizar o planejamento de alta como um processo contínuo que ocorre durante todo período de internação e que deve ser centrado nas necessidades biopsicossociais do paciente.

Este fato também foi evidenciado no estudo qualitativo de Foust (2007), que procurou examinar a prática do planejamento de alta no setor de clínica cirúrgica de um centro acadêmico dos Estados Unidos. Procedeu-se a análise de documentos, observação e entrevista com oito enfermeiros, os quais, embora tenham descrito o planejamento de alta como preparação do paciente para alta, concentraram-se mais fortemente no estado físico e na compreensão das instruções de alta do que em questões de apoio psicossocial.

A enfermagem, como qualquer atividade profissional de saúde, não deve ser apenas tecnicista e considerar prioritariamente os aspectos biológicos do paciente. É necessário avaliar o paciente holisticamente, considerando suas preferências e o papel que ele exerce na sociedade como trabalhador, provedor de uma família, pai/mãe e todos os demais aspectos que determinam o estado de sua saúde, tendo-se em vista que a manutenção da saúde do doente crônico pode ser influenciada pelo o ambiente em que ele vive, pela visão que tem de si como pessoa ativa na sociedade e por sua autoestima.

Ainda em relação ao conceito, 18 enfermeiros responderam a questão afirmando que não sabem definir planejamento de alta porque este processo não ocorre no CTI, setor em que desenvolvem suas atividades. Watts et al. (2005b) encontraram resultados semelhantes em seu estudo com 218 enfermeiros australianos que atuavam em unidades de cuidados críticos, dos quais 22% acreditavam que o planejamento de alta não deveria ocorrer no CTI – logo, não sabiam definir o processo. Estes resultados indicam que pode haver ambiguidade no conceito, relativa ao fato de os profissionais não saberem se o planejamento de alta deve ser considerado como a preparação do paciente, durante a internação, para a próxima fase do cuidado ou apenas para o retorno ao domicílio.

Tais concepções identificadas entre os profissionais atuantes no CTI podem ocorrer devido ao estado clínico dos pacientes internados neste setor, os quais geralmente apresentam instabilidade hemodinâmica e risco de morte, com incapacidade cognitiva e funcional para decidir sobre sua assistência. Aliado a isto, tem-se uma família emocionalmente abalada, com dificuldade para entender tudo o que está acontecendo com seu ente querido, e dificuldade ainda maior para entender e tomar decisões sobre uma possível alta. Desta forma, a prioridade do enfermeiro passa a ser a recuperação do paciente nos aspectos orgânicos, e o planejamento de alta é adiado até a estabilização do quadro clínico. Entretanto, quando a estabilização clínica ocorre, a equipe já inicia o processo de transferência do paciente para outro setor, com intuito de liberar o leito para outro paciente gravemente enfermo, resultando em ausência de planejamento da alta. Não há preparação emocional ou física do paciente para o autocuidado,

nem suporte emocional e preparação da família para continuidade do cuidado. Ocorre apenas a entrega do paciente à equipe de outro setor.

6.2.3 Etapas

Quatro fases distintas de planejamento da alta são descritas na literatura: avaliação das necessidades de alta do paciente; desenvolvimento do plano de alta; implementação do plano (incluindo educação do paciente e encaminhamentos para serviços); e avaliação do plano (MAMON et al., 1992). Logo, pode-se afirmar que o planejamento da alta ocorre concomitantemente ao processo de enfermagem, visto que envolve avaliação, planejamento, implementação e avaliação da assistência ao paciente (WATTS et al., 2005a).

Quanto à identificação das etapas, apenas um enfermeiro identificou todas as etapas associando-as à SAE, sessenta por cento identificaram no mínimo uma etapa e – o mais relevante – quase dois quintos não visualizaram o planejamento de alta como processo que ocorre em etapas, ou seja, como processo sistematizado.

A etapa mais citada foi a avaliação das necessidades do paciente; a menos identificada foi o acompanhamento e avaliação. Isso revela que os participantes acreditam ser importante identificar as necessidades dos pacientes, mas não visualizam a necessidade de traçar um plano assistencial e posteriormente avaliá-lo. Isto também foi encontrado em uma pesquisa quantiqualitativa de Watts et al. (2005a), a qual evidenciou que os enfermeiros participantes não identificaram o planejamento de alta composto por quatro etapas. Isto possivelmente ocorre pelo fato de que os profissionais não entendem o planejamento de alta como um processo sistematizado e não o associarem ao processo de enfermagem.

6.2.4 Objetivos

Como não foram localizados na literatura nacional e internacional, estudos voltados a identificar o conhecimento dos enfermeiros sobre os objetivos do planejamento de alta, a discussão será feita considerando o que a comunidade científica preconiza e os artigos sobre resultados esperados ao se planejar uma alta hospitalar.

Os objetivos do planejamento de alta são preparar o paciente para o autocuidado, facilitar o processo de transição do hospital para casa, garantir a continuidade da assistência, prevenir agudização de doenças e/ou agravos e reinternações, otimizar o tempo de permanência da internação e reinserir o paciente convívio social (GRIMMER; MOSS, 2001; CLARK et al., 2003; CHUANG et al., 2005; PERLINI; FARO, 2005; GRIMMER et al., 2006; COLLINS et al., 2006; POMPEO et al., 2007; RORDEN; TAFT, 1990).

A análise das respostas revelou que nenhum dos enfermeiros identificou corretamente os seis objetivos acima citados e estabelecidos como referência nesta pesquisa, e aproximadamente metade dos participantes identificou apenas um objetivo.

Observa-se que "prevenir agudização da doença e/ou novos agravos e consequentemente prevenir o risco de reinternações" foi o objetivo mais citado, enquanto "promover a continuidade do cuidado no domicílio" foi citado por poucos, enquanto um número ainda menor citou "preparar o paciente para o autocuidado".

Nestes resultados podem-se observar fatos contraditórios. Durante as entrevistas a maioria dos enfermeiros citou que o objetivo do planejamento de alta é prevenir reinternações, visto que os pacientes saberiam realizar os cuidados ensinados, fato que evitaria agudização da doença ou novos agravos. No entanto, poucos visualizaram que, para conseguir exercer estes cuidados, o paciente teria de ser preparado para o autocuidado e para a continuidade destes cuidados no domicílio.

Estes resultados denotam que os participantes não associaram a continuidade dos cuidados, seja através do auxílio de um cuidador ou pelo autocuidado, ao resultado de um planejamento de alta. Isto já havia sido relatado por Watts e colaboradores, em 2006. Em sua pesquisa os participantes não associaram os problemas na continuidade dos cuidados com a falta de planejamento de alta.

Ressalta-se que vários estudos com pacientes idosos apresentam resultados estatisticamente significantes que demonstram que o planejamento de alta reduz as taxas de readmissão (HARRISON et al., 2002; KENNEDY et al., 1987; LARAMEE et al., 2003; MOHER et al., 1992; NAUGHTON et al., 1994; NAYLOR et al., 1994; PREEN et al., 2005; RICH et al., 1993; SULCH et al., 2000) e o tempo de permanência hospitalar (BALABAN et al., 2008; HARRISON et al., 2002; JACK et al., 2009; KENNEDY et al., 1987; LARAMEE et al., 2003; LEGRAIN et al., 2011; MOHER et al., 1992; NAYLOR et al., 1994; NAZARETH et al., 2001; RICH et al., 1993; SHAW et al., 2000).

Parfrey et al. (1994), com intuito de determinar a viabilidade e eficácia do planejamento de alta, realizaram um ensaio clínico randomizado com 1.599 pacientes idosos em dois hospitais universitários em Boston, e também concluíram que o planejamento da alta reduz o tempo de permanência no hospital.

Shepperd e colaboradores (2013) atualizaram sua revisão sistemática de 2009 com 24 artigos e concluíram que um plano de alta estruturado sob medida para cada paciente leva ao aumento na satisfação do paciente e a uma redução na taxa de readmissão e no tempo de internação.

Apenas um quinto dos enfermeiros nesta pesquisa citou que o planejamento de alta pode “otimizar o tempo da internação hospitalar”.

Considerando que a falta de leitos para internação é uma das principais causas de superlotação hospitalar, o planejamento da alta pode ser visto como um processo que almeja não somente a liberação dos pacientes, mas também a continuidade do cuidado a ser ofertado a outros pacientes no ambiente hospitalar. A alta é a etapa final para um usuário dentro do hospital, mas também é o início de outro processo dentro da instituição: o recebimento de um novo paciente.

Durante o planejamento de alta, a equipe de saúde tem a oportunidade de identificar antecipadamente problemas intra-hospitalares e domiciliares (sociais) que possam retardar a saída do paciente. O planejamento permite por isso evitar a saída precoce do paciente não preparado para a continuidade do cuidado no domicílio. Ao mesmo tempo, agiliza a saída ao prepará-lo para a manutenção da saúde em casa e ao gerenciar recursos necessários para sua alta, como por exemplo o agendamento e realização de exames que estejam faltando para sua liberação do hospital, ou conseguir vagas em instituições de apoio, dentre outras medidas. Logo, pode-se afirmar que ao planejar a alta, os profissionais gerenciam os leitos hospitalares visando a otimização do tempo de permanência dos usuários no ambiente hospitalar, e consequentemente a diminuição do tempo de espera de um usuário por uma internação.

Em relação à “reinserção do paciente no convívio social”, poucos enfermeiros a citaram como um objetivo esperado. Isto corrobora a concepção que eles têm sobre o conceito de planejamento de alta, como demonstrado no resultado da primeira questão do instrumento e nos resultados do trabalho de Foust (2007), já mencionado, no qual a maioria dos enfermeiros relatou uma preparação dos pacientes para a alta hospitalar concentrada muito mais em aspectos físicos do que em apoio psicossocial.

A reinserção social do doente crônico é um desafio para a equipe multiprofissional. O paciente com doença crônica vivencia em sua residência modificações físicas, biológicas, psíquicas, sociais, econômicas e culturais. Logo, é importante que, através do planejamento de alta, ele e sua família/cuidador sejam encorajados a acreditar que serão capazes de conviver com esta realidade e também se sintam aptos a isso.

O enfermeiro deve ser o facilitador deste processo, sendo um dos responsáveis por essa adaptação. Ao implementar o plano de alta, o enfermeiro deve preparar o paciente para seu retorno ao domicílio, suprindo não apenas as necessidades físicas, mas considerando o paciente como um cidadão exercendo seu papel como trabalhador, provedor de uma família, como pai/mãe responsáveis pela educação de seus filhos e que, como qualquer outra pessoa,

necessita manter vínculos sociais, com momentos de lazer – em suma, um ser que quer continuar a sentir-se ativo na sociedade.

No presente estudo, apenas um enfermeiro afirmou que o planejamento de alta "facilita o processo de transição do hospital para o domicílio".

A alta hospitalar é um momento estressante para paciente e família, sendo por isso permeado por uma ambiguidade de sentimentos. Ao mesmo tempo em que há uma tranquilidade por saber que o paciente está estável e poderá voltar para casa, há ansiedade e insegurança pela continuidade do cuidado no domicílio. Tais sentimentos podem influenciar negativamente a capacidade de autocuidado e de cuidado pela família/cuidador.

O enfermeiro tem a corresponsabilidade de promover uma transição segura e tranquila do paciente para seu domicílio. Para facilitar este processo, a equipe multiprofissional, em especial o enfermeiro, por estar há mais tempo na assistência ao paciente, deve planejar a alta considerando as necessidades e preferências deste, implementar um plano de assistência que promova e facilite a continuidade do cuidado em casa, sanar todas as dúvidas do paciente e cuidador e, não menos importante, apoiar emocionalmente o paciente, demonstrando-lhe que este é capaz de se adaptar às mudanças e viver bem, mantendo seu convívio social. Isto pode melhorar a autoestima do paciente e diminuir a ansiedade pelo retorno à casa e, consequentemente, evitar erros no cuidado que levem a agravamento da doença.

6.2.5 Momento de iniciar o planejamento

Quanto ao momento de iniciar o planejamento, menos da metade dos enfermeiros afirmaram ser o momento da internação ou logo após esta. Este resultado está em concordância com a questão relativa a conceito, na qual os participantes não visualizaram o planejamento de alta como um processo contínuo, que vai desde a admissão do paciente até seu retorno ao domicílio.

Também foram obtidos resultados semelhantes no estudo de Chaboyer et al. (2004, apud MORRIS et al., 2012) e no de Watts et al. (2006), nos quais menos da metade dos participantes acreditavam que o processo deve começar na admissão do paciente. Em outros estudos, os enfermeiros relataram precisar da previsão da data de alta com no mínimo 24 horas de antecedência para começarem a planejar (ARMITAGE; KAVANAGH, 1996; LALANI; GULZAR, 2001; WILLIAMS, 1991; BULL, 1994; WATTS et al., 2005a).

Nestes mesmos estudos os participantes também relataram diversos momentos em que devem começar a planejar alta, os quais não correspondem ao que recomenda a literatura. Tais resultados se assemelham aos desta pesquisa, na qual sessenta por cento dos participantes

citaram os mais diversos momentos para iniciar o planejamento de alta: o dia da saída do setor ou do hospital; quando o paciente apresenta uma melhora clínica; quando passa a manter sinais vitais estáveis sem drogas vasoativas; quando deixa de depender de procedimentos invasivos como ventilação mecânica, cateterismo nasoenteral, cateterismo vesical; e outros.

Estes resultados demonstram que os enfermeiros não entendem que o processo de planejamento de alta começa na admissão do paciente, na primeira avaliação das necessidades realizada pelo enfermeiro e pelo médico. Neste primeiro momento já podem ser identificadas as possíveis necessidades pós-alta, relativas ao motivo da atual internação e à doença crônica existente e suas comorbidades. Conforme a evolução do paciente, o plano de alta vai sendo alterado pela equipe de saúde juntamente com o paciente e a família.

A garantia de que os elementos do planejamento de alta ocorram em tempo hábil e em resposta à condição do paciente promove a continuidade do tratamento e reduz o tempo de internação (GRAHAM et al., 2013). Todavia, se o processo não for iniciado precocemente, o tempo disponível para preparar um plano que atenda às necessidades dos pacientes, que se tornam cada vez mais complexas, pode ser insuficiente (HOLLAND et al., 2012).

6.2.6 Participantes do planejamento

O planejamento de alta é um processo dinâmico que envolve o paciente, a família/cuidador e membros da equipe de saúde, todos como coautores, trabalhando em conjunto, de forma sistematizada e coordenada, com o intuito de atingir os objetivos mutuamente acordados, ou seja, a continuidade dos cuidados (RORDEN; TAFT, 1990; PEARSON et al., 2004; FOUST, 2007).

Conforme o Ministério da Saúde, através da RAS das Pessoas com Doenças Crônicas, cabe aos hospitais, entre várias outras competências, programar a alta hospitalar com a participação da equipe multiprofissional, garantir a autonomia do usuário, o conhecimento sobre sua saúde e sua corresponsabilização no planejamento da alta (BRASIL, 2014).

Neste estudo, quase todos os enfermeiros identificaram a necessidade da participação de uma equipe multidisciplinar, mas a participação do paciente e da família, como colaboradores no plano, foram citados por apenas oito e nove enfermeiros, respectivamente. Apenas sete afirmaram que a alta é planejada por uma equipe multiprofissional juntamente com o paciente e a família/cuidador.

A falta de participação de uma equipe multiprofissional pode resultar em um planejamento de alta inadequado, com uma avaliação de necessidades incompleta e um plano

de alta que não atenda às necessidades do paciente e do cuidador. Pode ainda sobrecarregar os poucos profissionais participantes, acarretando desestímulo à continuidade desta assistência.

A participação do paciente e da família/cuidador como sujeitos ativos no planejamento da alta é crucial, por serem eles que detêm informações sobre a situação domiciliar, a capacidade de autocuidado e a de ser cuidado, e podem determinar seus objetivos (CARROLL; DOWLING, 2007; CLAUSEN, 1984; KATIKIREDDI; CLOUD, 2009; LIM et al., 2009; RORDEN; TAFT, 1990; SNOW et al., 2009).

Além disto, a participação dos pacientes determina resultados positivos, como aumento da satisfação com o tratamento, melhor adesão ao plano de assistência pós-alta e melhor adaptação à rotina diária de gestão da doença, consequentemente diminuindo a probabilidade de agravos (MITTY; POST, 2008). Ao contrário, se o paciente não é inserido no planejamento de alta, ou participa apenas passivamente, não atuando como colaborador, não compreenderá o plano e provavelmente se sentirá perdido em meio a tantas informações, o que poderá dificultar sua adesão ao plano assistencial, sua aceitação à nova rotina e sua manutenção da saúde.

Envolver o paciente e família/cuidador no processo permite à equipe de saúde avaliar as habilidades destes para gerenciar o atendimento do paciente após a alta, avaliar a dinâmica familiar e determinar as metas da alta. Portanto, uma colaboração efetiva entre todos os membros da equipe multidisciplinar, paciente e família é necessária para garantir que cada pessoa envolvida trabalhe em prol do mesmo objetivo.

Independentemente do destino do paciente, deve haver comunicação efetiva entre os membros da equipe, e entre a equipe e o paciente e cuidador, no planejamento da assistência para a próxima fase do atendimento (BULL; ROBERTS, 2001; CARROLL; DOWLING, 2007; KATIKIREDDI, CLOUD, 2009; RORDEN; TAFT, 1990). A comunicação clara e oportuna garante a continuidade do planejamento da assistência intra-hospitalar e pós-alta.

6.2.7 Orientações dadas aos pacientes e/ou cuidadores

Uma etapa importante do planejamento de alta é a educação do paciente e seus familiares/cuidadores, que se concretiza na troca de informações entre a equipe multiprofissional e nas orientações dadas ao paciente e cuidador, mobilizando recursos e serviços necessários (encaminhamento/ contrarreferência) para a continuidade do cuidado pós-hospitalização. O planejamento da alta é a identificação sistemática e organização de serviços e suporte para ajudar os pacientes a gerenciar sua saúde. Deve ser oportuno, e pró-ativo e deve abordar recomendações comuns de segurança no período pós-hospitalização,

bem como focalizar fatores-chave que possam comprometer a saúde do paciente (GRIMMER et al., 2006).

É dever da equipe de saúde atuar no fortalecimento do conhecimento do usuário sobre suas doenças e na ampliação da sua capacidade de autocuidado e autonomia (BRASIL, 2014). Além disto, os pacientes uma vez esclarecidos sobre o manejo da doença no planejamento de alta, podem deixar o hospital com maior capacidade para o autocuidado e assim evitar fatores que agravem sua condição.

Com base nas orientações de enfermagem propostas por Grimmer e Moss (2001) e nos diagnósticos de enfermagem para idosos com doenças crônicas observados por Guedes et al. (2010), esta pesquisa considerou orientações de enfermagem que abordassem informações sobre a patologia e suas possíveis limitações, atividades diárias e cuidados a serem prestados ao doente, farmacoterapia, preparação do ambiente domiciliar e necessidade de equipamentos, serviços de apoio na comunidade e, por fim, a necessidade destas orientações e encaminhamentos por escrito.

Neste estudo, menos de vinte por cento dos enfermeiros afirmaram que devem esclarecer o paciente e família sobre a "patologia e as possíveis limitações" que ela pode causar.

Na literatura, ainda não há consenso quanto ao conhecimento do paciente sobre sua doença constituir fator preditivo de adesão ao seu plano assistencial (CANHESTRO et al., 2010). Apesar de alguns estudos afirmarem que o conhecimento dos pacientes sobre sua doença e o tratamento não melhora necessariamente a adesão ao tratamento, outros mostram que ele é a base para viabilizar a prática correta do autocuidado, assim como a participação mais efetiva no tratamento (TORRES et al., 2014). Há também evidências de que o comportamento de adesão dos pacientes ao tratamento de doenças, principalmente as crônicas, sofre influências de vários fatores, relacionados não somente ao paciente, mas também à doença, ao tratamento, aos serviços de saúde e aos profissionais de saúde (GUSMÃO et al., 2009; CANHESTRO et al., 2010).

O entendimento da fisiopatologia e dos sintomas da doença pode auxiliar o paciente e a família a evitarem atitudes que agravem seu estado. Além disto, quanto mais cedo o paciente souber das possíveis limitações causadas pela doença, maior tempo terá para aceitar sua condição, adaptar-se a seu novo estilo de vida e ser capaz de gerenciar sua saúde. Ou seja, uma vez esclarecido no planejamento de alta sobre o manejo da doença, o paciente pode deixar o hospital com maior capacidade para o autocuidado e assim evitar fatores que agravam sua condição e consequentemente levem à reinternação.

É portanto necessário que a educação no planejamento da alta aborde de forma clara as características da doença e seus desdobramentos (TORRES et al., 2014).

Quanto ao preparo do paciente para o retorno ao domicílio, mais da metade dos participantes consideram que devem orientar sobre “atividades diárias”, como alimentação, higiene, vestuário e locomoção, e sobre “cuidados a serem prestados ao doente”, como o cuidado com ostomias e com cateteres (cateter vesical de demora-CVD, cateter naso enteral-CNE, cateter venono central-CVC), a realização de curativos e a oxigenoterapia. Um quantitativo extremante reduzido de enfermeiros, porém, citou a necessidade de informar sobre “equipamentos necessários” à manutenção da vida e da saúde (andador/muletas/cadeira de rodas, cadeira de banho, respirador, aspirador) e sobre alterações da “estrutura e do ambiente domiciliar” que atendam às necessidades do paciente e promovam sua segurança (escada, barras de apoio, acesso a cadeira de rodas e de banho, tapete).

Considerando estes resultados, observa-se que os enfermeiros visualizam o déficit de autocuidado dos pacientes que necessitam de cuidados especiais, embora focalizem suas orientações nas técnicas de cuidado e se esqueçam de toda estrutura de apoio necessária no domicílio para facilitar a vida do paciente e da família e mantê-lo em segurança.

Costa et al. (2013) avaliaram a capacidade de autocuidado de 193 adultos hospitalizados para tratamento clinico de patologia ou agravo crônico e constataram que quase metade apresentavam algum tipo de dependência nas atividades da vida diária (AVDs) e atividades instrumentais da vida diária (AIVDs), que iam desde a necessidade de auxílio de pessoas e equipamentos, até a dependência total. AVDs são as atividades que o indivíduo executa para o cuidado de aspectos físicos e fisiológicos, como alimentar-se, banhar-se, vestir-se, arrumar-se, usar o sanitário, mobilidade, transferências, deambulação, subir escadas. Já as AIVDs são as atividades cognitivas e intelectuais que atendem às demandas do cotidiano, como lavar e passar roupas, cozinhar, fazer compras, pagar contas e promover a manutenção do lar.

Estas atividades, apesar de parecerem simples, requerem adaptações no caso do doente crônico com limitações físicas e psicológicas, e sua realização pode muitas vezes ser considerada uma vitória para este.

Menos que quarenta por cento dos participantes afirmaram a necessidade de orientar os pacientes sobre a “terapia medicamentosa” (informação sobre medicação: dosagem, administração, horários e efeitos secundários). Este resultado vem ao encontro de diversas pesquisas que demonstraram que pacientes receberam alta hospitalar com informação inadequada ou insuficiente sobre seus medicamentos ou mesmo não receberam nenhuma

orientação sobre seu tratamento (MIASSO; CASSIANI, 2005; KERZMAN et al., 2005; POMPEO et al., 2007). A adequada orientação no processo da alta hospitalar é necessária para evitar, minimizar ou detectar precocemente eventos adversos relacionados à medicação, contribuindo para o sucesso na continuidade do tratamento no domicílio.

Fatores como falta de conhecimento dos pacientes sobre seus medicamentos, falta de preparo para o autocuidado, falta ou inadequação de orientação sobre o manejo de doenças crônicas, falta de acesso a profissionais de saúde que tenham conhecimento de seu plano de cuidado quando as dúvidas surgem, descontinuidade do cuidado, fluxos de trabalho de médicos e enfermeiros e falta de registros dos cuidados prestados contribuem para falta de adesão do paciente a seu regime farmacoterapêutico e para potenciais erros no tratamento após a alta hospitalar (COLEMAN et al., 2006; BARNSTEINER, 2008; KERZMAN et al., 2005). Além disto, as mudanças físicas associadas às doenças crônicas e ao envelhecimento podem criar obstáculos à aprendizagem e à correta adesão à terapia medicamentosa.

Menos de um quarto dos participantes responderam que devem ser dadas orientações sobre "serviços de apoio na comunidade" (Unidade Básica de Saúde, Estratégia de Saúde da Família, Unidade de Pronto Atendimento 24 Horas, grupos de apoio, grupos religiosos) e encaminhamento a equipe de saúde primária e/ou especializada através da contrarreferência.

A negligência no encaminhamento do paciente a membros da equipe de saúde e serviços da comunidade foi observada em vários estudos (ANTHONY; HUDSON-BARR, 1998; ARMITAGE; KAVANAGH, 1996, 1998; ATWAL, 2002; BOWLES et al., 2003; BULL, 1994; CANNABY et al., 2003; DAY et al., 2009; FOUST, 2007; JEWELL, 1993; KALISCH, 2006; LALANI; GULZAR, 2001; LOWENSTEIN; HOFF, 1994; LUNDH; WILLIAMS, 1997; MCMURRAY et al., 2007; RHUDY et al., 2009; WATTS et al., 2005a), embora a comunicação entre a equipe de saúde hospitalar e os prestadores de serviços na comunidade seja um dos elementos essenciais de um planejamento de alta (RORDEN; TAFT, 1990).

Um dos princípios da Rede de Atenção das Pessoas com Doenças Crônicas é a articulação entre os diversos serviços e ações de saúde, constituindo redes de saúde com integração e conectividade entre os diferentes pontos de atenção (BRASIL, 2014). Uma das formas de realizar esta articulação é através do sistema de referência e contrarreferência. "Referência" é aqui entendida como o encaminhamento do paciente da atenção primária para o serviço de maior complexidade (atenção especializada ou hospital); "contrarreferência", por sua vez, é o reencaminhamento à equipe de saúde que o encaminhara após a resolução do motivo do encaminhamento. Desta maneira, ocorre uma organização do fluxo dos pacientes

em toda a rede, garantindo o acesso do usuário a todos os níveis de atendimento/complexidade e assegurando a universalidade, equidade e integralidade – princípios que sustentam o SUS.

Além disto, uma das formas de o paciente sentir-se seguro é conhecer todas as opções de apoio de que dispõe na comunidade. Ele precisa conhecer o fluxo de atendimento em saúde, tanto na rede privada como no SUS, para que não se sinta perdido no sistema, "jogado" de um lado para outro. Deve ter ciência de que há na comunidade uma unidade de pronto atendimento 24 horas apta para atendê-lo e uma equipe de saúde, a ESF, composta de médicos, enfermeiros, farmacêuticos, nutricionistas, fisioterapeutas e outros profissionais que irão auxiliá-lo na nova rotina. É importante que ele conheça grupos de apoio formados por pacientes e famílias que passam pela mesma experiência, e que saiba que há grupos religiosos dispostos a apoiá-lo, conforme sua crença.

É necessário que os enfermeiros tirem do tratamento da doença o foco de sua assistência, para contemplarem uma questão mais abrangente, em que o indivíduo encontra-se momentaneamente hospitalizado, mas retornará ao contexto social do qual faz parte (LUCENA et al., 2006).

Por fim, considerando a entrega do plano de alta para o paciente e família, constatou-se que os respondentes do presente estudo não visualizam a necessidade de entregar "orientações e encaminhamentos por escrito".

Comunicação verbal e escrita e trabalho em equipe multidisciplinar são fundamentais para um planejamento de alta eficaz e para a sequência apropriada de eventos. No entanto, a falta de trabalho em equipe e a má comunicação entre seus membros são problemas comuns (ANTHONY; HUDSON-BARR, 1998; ARMITAGE; KAVANAGH, 1998; CANNABY et al., 2003; DAY et al., 2009; JEWELL, 1993; LUNDH; WILLIAMS, 1997; WATTS et al., 2005a).

Na educação do paciente, tanto a informação verbal quanto a escrita são importantes e complementares, para garantir a sequência correta dos elementos de planejamento de alta e, assim, resultar uma alta bem organizada (ANTHONY; HUDSON-BARR, 1998; ARMITAGE; KAVANAGH, 1998; BULL; ROBERTS, 2001; CANNABY et al., 2003; CARROLL; DOWLING, 2007; DAY et al., 2009; JEWELL, 1993; MARAMBA et al., 2004; MCKENNA et al., 2000; WATTS et al., 2005a). Há ainda a possibilidade de que o paciente não compreenda as informações verbais ou as esqueça. O fornecimento de informações escritas pode ser uma maneira efetiva de apoiar as orientações verbais, principalmente quando se trata do cuidado em situações crônicas, que exige adaptações a longo prazo, funcionando

como recurso prontamente disponível para o paciente e sua família consultar quando emergirem dúvidas no desenvolvimento do cuidado (CORIOLANO-MARINUS et al., 2014).

6.2.8 Definição de qual paciente necessita de planejamento

Todo paciente internado em um hospital requer planejamento de alta (GRAHAM et al., 2013; CARROLL; DOWLING, 2007; DAY et al., 2009; KATIKIREDDI; CLOUD, 2009; LIM et al., 2009; RORDEN; TAFT, 1990). No entanto, a extensão deste planejamento varia entre os pacientes, conforme as necessidades de cada um (GRAHAM et al., 2013), a complexidade do atual quadro clínico, as características de sua doença e a capacidade de autocuidado.

Um paciente com doença crônica estabilizada, internado eletivamente, necessita de planejamento de alta tanto quanto um paciente internado em serviço de emergência com complicações decorrentes de sua doença. A diferença serão as intervenções da equipe de saúde no plano de assistência a este paciente.

Poder-se-ia questionar, por exemplo, se um paciente cardiopata e hipertenso, com pressão arterial controlada e sem complicações cardiovasculares, internado eletivamente para tratamento cirúrgico de correção de fratura de mão e independente de cuidados de terceiros no domicílio, precisa de planejamento de alta. A resposta é afirmativa. Esse planejamento visa o retorno do paciente para casa em segurança e com aptidão para o autocuidado, considerando não só suas necessidades decorrentes da atual internação, mas todas as necessidades biopsicossociais decorrentes da patologia. Em uma primeira avaliação, o paciente é fisicamente independente; todavia, além de suas necessidades atuais, é necessário avaliar fatores que possam dificultar futuramente sua capacidade de autocuidado. É importante questionar este paciente sobre dúvidas quanto a sua doença, complicações, farmacoterapia, cuidados necessários à manutenção da saúde e à prevenção de agravos, serviços de apoio na comunidade e outros aspectos. Neste momento podem ser identificados problemas psicossociais que o indivíduo enfrenta em seu domicílio, práticas inadequadas e lacunas de conhecimento sobre sua doença, complicações e farmacoterapia, fatores que poderiam resultar em agravos e agudização da doença.

Estudos têm demonstrado que os pacientes têm saído do hospital despreparados para a continuidade do cuidado em casa, sem recursos adequados para apoiar suas necessidades, desconhecendo os serviços disponíveis na comunidade e com dúvidas sobre sua doença, as complicações e a terapia medicamentosa (POMPEO et al., 2007; BULL, 1994; CANNABY et

al, 2003; JEWELL, 1993; LALANI; GULZAR, 2001; LUNDH; WILLIAMS, 1997; MCMURRAY et al., 2007).

6.3 Prática do planejamento de alta

Conforme Badran (1985), prática significa aplicação das regras e conhecimentos que conduzem à ação, ou seja, refere-se à forma pela qual os indivíduos demonstram seus conhecimentos e atitudes através de suas ações.

O segundo objetivo do presente estudo foi identificar a prática dos enfermeiros no planejamento de alta. Com o intuito de obter respostas condizentes com a real prática dos participantes em seu setor de atuação, foi-lhes indagado sobre a frequência da realização do planejamento de alta no setor e sobre profissionais envolvidos, bem como se há discussão interdisciplinar, se ele participa deste planejamento e se os pacientes e familiares/cuidadores são incluídos como colaboradores neste planejamento.

6.3.1 Frequência da realização do planejamento da alta no setor

Neste aspecto, constatou-se que a maioria dos profissionais respondeu que há planejamento de alta em seu setor, mas não frequentemente. Embora tenham apontado a realização desta atividade, verificou-se, após análise das respostas subsequentes, que a alta hospitalar não é planejada. O que ocorre é a transferência dos pacientes para outro setor ou para casa, com no máximo algumas orientações verbais no dia da alta, sobre cuidados necessários com alimentação, curativo, cateteres (CVD, CNE) e ostomias. Tais afirmações podem estar relacionadas ao inadequado conhecimento destes profissionais sobre planejamento de alta de adultos com doença crônica não transmissível, visto que não veem o planejamento da alta como um processo sistematizado e contínuo, mas como o simples fornecimento de orientações sobre cuidados e medicamentos e como a organização dos documentos institucionais para a alta.

É importante ressaltar que os respondentes que afirmaram que em seu setor “não há” planejamento de alta atuam majoritariamente em setores de tratamento intensivo. Ao analisarmos as demais respostas dos 31 enfermeiros destes setores sobre a frequência da realização do planejamento de alta, observa-se que cInquenta e oito por cento relataram que “nunca há” ou “poucas vezes há” tal planejamento nestes setores. Estes resultados são consistentes com o único estudo identificado na literatura que aborda a realização do planejamento da alta no setor: o de Watts et al. (2005a), no qual quase metade dos

enfermeiros participantes que atuavam em unidades de tratamento intensivo afirmaram não haver planejamento de alta em seu setor.

6.3.2 Profissionais envolvidos

Com relação aos profissionais que participam do planejamento de alta, quase dois quintos dos respondentes citaram no mínimo três profissionais, sendo o médico o mais citado, seguido do enfermeiro. Embora o planejamento de alta seja uma atividade multidisciplinar, nem todos profissionais de saúde participarão, visto que sua participação depende das necessidades especificas de cada paciente. Entretanto, o médico e o enfermeiro são os profissionais que sempre estarão envolvidos na assistência ao paciente, já que todo paciente internado necessita de cuidados médicos e de enfermagem.

Cerca de um quarto dos participantes citou o médico como único profissional que planeja a alta, sendo o enfermeiro comunicado sobre a alta apenas para resolver os trâmites administrativos, e mesmo assim no dia da saída do hospital. Diversos estudos também revelam que os enfermeiros são comunicados sobre a alta no dia anterior ou no momento da saída do paciente, o que reduz o tempo disponível para o planejamento (ARMITAGE; KAVANAGH, 1996; BULL, 1994; LALANI; GULZAR, 2001; RHUDY et al., 2009; WATTS et al., 2005a; WILLIAMS, 1991). Observa-se assim uma prática assistencial arcaica, em que a atenção à saúde é centrada na figura do médico e que a alta, na verdade, não é planejada, mas sim prescrita. Embora legalmente a alta hospitalar, ou seja, a liberação do paciente seja um ato médico (BRASIL, 2002; BRASIL, 2013b), seu processo de planejamento constitui assistência multidisciplinar. Por ser um processo sistematizado, contínuo e que deve ser iniciado na admissão do paciente, ele independe da previsão de uma data de alta.

6.3.3 Discussão interdisciplinar

Apesar de aproximadamente dois quintos dos enfermeiros relatarem que em seu setor a alta é planejada por pelo menos três profissionais distintos, a maioria relatou que a equipe multiprofissional “nunca” ou “poucas vezes” discute o planejamento.

A falta de trabalho em equipe e a má comunicação entre enfermeiros e demais membros da equipe constituem problemas frequentes (ANTHONY; HUDSON-BARR, 1998; ARMITAGE; KAVANAGH, 1996; CANNABY et al., 2003; DAY et al., 2009; JEWELL, 1993; LUNDH; WILLIAMS, 1997; WATTS et al., 2005a; ATWAL, 2002; ATWAL;

CALDWELL, 2006). Entretanto, a comunicação verbal e escrita e o trabalho em equipe multidisciplinar são fundamentais para um planejamento de alta eficaz e para a sequência das atividades (GRAHAM et al., 2013).

Um dos motivos desta falta de discussão entre os membros da equipe pode estar relacionado à falta de tempo, decorrência do número insuficiente de profissionais nos setores, fato que os leva a priorizar os cuidados imediatos. Isto foi observado em conversas informais com os participantes, que durante a entrevista relataram não haver profissionais (enfermeiro, fisioterapeuta, nutricionista, médico, fonoaudióloga, assistente social) suficientes para uma assistência que comtemple o planejamento da alta. Também relataram que, caso se dediquem ao planejamento, muitos pacientes poderiam vivenciar agravamento do quadro clínico por falta de assistência imediata. Além da responsabilidade pela assistência do paciente, os enfermeiros têm diversas atribuições gerencias inerentes a sua profissão. Por isso, acabam tendo de priorizar o tempo para gerenciar estas diversas atribuições e, como demonstrado em estudos anteriores, o planejamento de alta passa a não constituir prioridade (ARMITAGE; KAVANAGH, 1996; ATWAL, 2002; BULL; ROBERTS, 2001; CANNABY et al, 2003; JEWELL, 1993; RHUDY et al., 2009; WATTS et al., 2005a).

Outro motivo para a falta de discussão entre a equipe de saúde no planejamento de alta foi observado no estudo realizado por Hancock et al. (2003), que exploraram a percepção dos enfermeiros sobre planejamento de alta para pacientes idosos. Os respondentes disseram que discutir o planejamento com outros profissionais de saúde reduziu sua capacidade de completar o processo de forma satisfatória. A razão para esta resposta poderia ser encontrada nas declarações dadas por enfermeiros nos estudos de Atwal (2002) e Watts et al. (2005a), que revelam que o envolvimento de outros membros da equipe no planejamento da alta demora e prolonga o tempo dedicado ao planejamento, aumentando assim sua carga de trabalho.

Outro fato que pode influenciar a comunicação entre os membros da equipe de saúde é a relação do médico com os demais membros. Foust (2006) observou que raramente há discussão de caso clínico entre enfermeiros e médicos. Por outro lado, nos estudos de Atwal e Caldwell (2006), os médicos consideravam que os enfermeiros atuavam passivamente; logo, precisavam tomar decisões unilaterais porque sentiam que os demais membros da equipe poderiam não ser capazes de tomá-las. Williams (1991) relata que embora os médicos considerassem que o planejamento da alta era baseado em dados e decisões médicas, os demais membros da equipe tinham suas próprias políticas. Diversos estudos têm demonstrado que entre os profissionais de saúde há falta de compreensão sobre o processo de planejamento

da alta e do papel de cada profissional (ARMITAGE; KAVANAGH, 1996; BOWLES et al, 2003; BULL; ROBERTS, 2001; CANNABY et al., 2003).

Enquanto os profissionais de saúde não conhecerem seu real papel no processo da alta e não estiverem capacitados para planejá-la, possivelmente o médico continuará centralizando o poder de decisão, devido a sua atribuição legal em prescrever a alta hospitalar. Para que haja uma relação de respeito e confiabilidade entre o médico e os demais profissionais, não é suficiente que ele saiba que o planejamento de alta é uma atividade multidisciplinar. Cada profissional tem de conhecer, e fazer com que todos os demais conheçam, suas atribuições nesse processo e suas contribuições para o paciente, bem como ter claro que todas as suas decisões devem ser baseadas nas melhores evidências científicas.

6.3.4 Participação do enfermeiro entrevistado

Outro achado relevante neste estudo foram as participações do enfermeiro entrevistado, do paciente e do cuidador. A maioria dos respondentes relatou que "nunca" ou "poucas vezes" participa do planejamento de alta, e que "nunca" ou "poucas vezes" insere o paciente e o cuidador/família na elaboração desse planejamento.

Aproximadamente metade dos participantes relataram que "nunca" participam do planejamento da alta. Isso corrobora achados do estudo de Lalani e Gulzar (2001), no qual menos da metade dos enfermeiros participaram efetivamente do planejamento da alta. Considerando que dois terços dos profissionais que não participam do planejamento atuam em unidades de tratamento intensivo (CTI, UCO), é possível afirmar que a falta de participação dos enfermeiros pode estar relacionada a sua crença de que o planejamento de alta só deve ocorrer nas enfermarias, visto que o paciente não recebe alta hospitalar nestes setores. Nos estudos de Watts et al. (2005a) e de Foust (2007) também foi evidenciado que os enfermeiros intensivistas não sabem se o planejamento de alta é a preparação do paciente, durante a internação, para a próxima fase do cuidado ou se apenas para o retorno ao domicílio, fato que os leva a crer que este planejamento não deve ocorrer enquanto o paciente ainda estiver neste setor.

Outro ponto de vista é que enfermeiros intensivistas não priorizam o planejamento da alta devido à complexidade e gravidade dos pacientes por eles atendidos (GRAHAM et al., 2013). Preferem dedicar-se à assistência aos cuidados imediatos e esperar pela estabilização do paciente, considerando a evolução incerta e o risco de morte (ARMITAGE; KAVANAGH, 1996; WATTS et al., 2005a). Entretanto, iniciar precocemente o planejamento não se opõe ao ajuste do plano com base em mudanças na condição do paciente, mas retardar o início do

processo diminui o tempo para organização, engajamento e coordenação dos recursos necessários para um plano de alta bem-sucedido (HOLLAND et al., 2012).

Holland et al. (2012) exploraram a viabilidade de iniciar o processo de planejamento de alta do hospital dentro de 24 horas de uma internação na unidade de cuidados intensivos, e concluíram que a equipe do CTI tem capacidade de prever os déficits de autocuidado que possam estar presentes no momento da alta hospitalar, utilizando dados de admissão. Este resultado é importante para refletirmos sobre a importância da avaliação inicial do paciente realizada pelo enfermeiro, seja no setor de emergência, na enfermaria ou em setor de tratamento intensivo, e desmitifica a crença de que a avaliação inicial de um paciente em situação crítica não fornece dados relevantes para o planejamento da alta.

Outro possível motivo para a não participação do enfermeiro no planejamento da alta é a falta de tempo. No CTI e na UCO os enfermeiros alegaram que o tempo é destinado principalmente aos cuidados imediatos com intuito de estabilizar o quadro clínico e prevenir agravos que levem a óbito (ARMITAGE; KAVANAGH, 1996; WATTS et al., 2005a). Todavia, devido à necessidade de disponibilizar leitos e gerar rotatividade tão logo o quadro clínico dos pacientes se estabilize, estes já são transferidos para as enfermarias, o que resulta em tempo insuficiente para uma avaliação abrangente de suas necessidades, bem como para encaminhamentos e discussão com a equipe e discussão com o paciente e a família (ANTHONY; HUDSON-BARR, 1998; ARMITAGE; KAVANAGH, 1996; BOWLES et al., 2003; CANNABY et al., 2003; KALISCH, 2006; LALANI; GULZAR, DE 2001; RHUDY et al., 2009). Já nas enfermarias, além de acumular diversas atividades administrativas, o enfermeiro é responsável pela assistência a grande número de pacientes, não dispondo de tempo suficiente para planejar a alta (RAJA et al., 2008).

Por fim, pode-se considerar a falta ou inadequação de conhecimento, por esses profissionais, do processo de planejamento de alta, como um fator impeditivo para sua participação. Um estudo descritivo realizado por Lalani e Gulzar (2001) avaliou o conhecimento, as percepções e a prática de 15 enfermeiros sobre planejamento da alta em unidades de clínica médica e clínica cirúrgica, revelando que estes não tinham conhecimento sobre o processo, com impacto negativo sobre suas práticas de planejamento de alta. Além disto, em nenhuma das instituições estudadas havia protocolos, padronizações ou recomendações para a realização do planejamento da alta, fato que pode desestimular os profissionais a buscar conhecimento sobre o processo.

6.3.5 Participação do paciente e família/cuidador

Em relação à colaboração do paciente e familiar/cuidador no planejamento da alta, a maioria dos participantes informou que estes não são inseridos no processo, corroborando as respostas fornecidas sobre quem deve participar do planejamento de alta, nas quais foi evidenciado que os enfermeiros não consideram a participação do paciente e familiar na construção do plano de alta.

Este resultado é semelhante aos de diversos outros estudos (BULL, 1994; ARMITAGE; KAVANAGH, 1996; WILLIAMS, 2001; ATWAL, 2002; WATTS et al., 2005a) e se opõe às normas da RAS das Pessoas com Doenças Crônicas e à política nacional de humanização do SUS, que preconizam a inserção do paciente e familiares em seu projeto terapêutico, dando-lhes autonomia e oportunidade de serem corresponsáveis por seu plano de cuidados e pela continuidade do cuidado (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2014).

Como explanado anteriormente, na discussão do conhecimento, envolver o paciente e família/cuidador no processo permite à equipe de saúde avaliar as habilidades destes para gerenciar o atendimento após a alta, avaliar a dinâmica familiar e determinar as metas da alta, visto que o paciente e cuidador são os maiores conhecedores da situação domiciliar, da capacidade de autocuidado e de ser cuidado. Ao contrário, a falta de participação ativa do paciente e família/cuidador na definição das metas do planejamento de alta poderá dificultar a adesão ao plano assistencial e a manutenção da saúde, visto que muitas dessas metas poderão não atender suas necessidades e expectativas, além de dar margem a dúvidas, frente a tantas orientações recebidas como ordens, sem abertura para questionamentos sobre a possibilidade e as dificuldades de realizá-las (CARROLL; DOWLING, 2007; CLAUSEN, 1984; KATIKIREDDI; CLOUD, 2009; LIM et al., 2009; RORDEN; TAFT, 1990; SNOW et al., 2009).

6.4 Relação entre as variáveis perfil profissional, conhecimento e prática

Os resultados obtidos demonstraram que não houve diferenças significativas em nível de conhecimento em função das variáveis pesquisadas (sexo, idade, tempo de formação, tempo de atuação, escolaridade, setor de atuação e tempo neste setor). Isso guarda semelhança com os achados de Graham et al. (2013), que não constataram associação entre nível de conhecimento e escolaridade ou entre conhecimento e experiência profissional ao avaliarem 64 enfermeiros de um hospital na Austrália quanto ao conhecimento sobre planejamento de alta, suas práticas e fatores que dificultam o planejamento.

Entretanto há estudos que associaram a falta de conhecimento dos enfermeiros a uma educação insuficiente e/ou inexperiência profissional, que são fatores que podem influenciar comportamentos (ANTHONY; HUDSON-BARR, 1998; BOWLES et al., 2003; BULL; ROBERTS, 2001). No entanto, a prática de planejamento de alta teve relação estatística com a experiência profissional dos enfermeiros, de modo que enfermeiros com mais de cinco anos de experiência demonstraram uma compreensão mais completa dos elementos e do tempo adequado para a realização do planejamento de alta (BULL, 1994; ANTHONY; HUDSON-BARR, 1998).

Também não foi evidenciada diferença significativa entre as características dos profissionais participantes e a prática do planejamento de alta. Entretanto, a relação entre a prática e a variável setor de atuação teve valor *p* de 0,05, ou seja, no limite de significância do teste com 95% de confiabilidade. Neste caso, os profissionais dos setores de pacientes críticos (CTI e UCO) apresentaram escores inferiores aos dos demais setores. Este resultado é semelhante aos anteriormente discutidos, os quais revelaram que, dentre os participantes que afirmaram não haver planejamento de alta em seu setor, discussão entre a equipe multiprofissional, participação no processo e nem inserção do paciente e familiar no planejamento, a maioria atua em setores de tratamento intensivo.

Também não foi evidenciada diferença significativa entre o conhecimento e a prática dos participantes. Embora o conhecimento científico seja um dos fatores que determinam a prática profissional, este resultado pode ser explicado pela baixa média de pontuação de acerto nas questões sobre conhecimento, ou seja, conhecimento abaixo do esperado foi identificado em toda a amostra, acarretando prática inadequada.

6.5 Fatores que dificultam o planejamento da alta hospitalar

Considerando a importância do planejamento de alta na assistência do paciente portador de doença crônica não transmissível, o último objetivo desta pesquisa foi determinar os fatores que dificultam a implementação desta atividade. Os resultados poderão contribuir de modo significativo para que os gestores de enfermagem se conscientizem das dificuldades vivenciadas pela equipe e reconheçam as variáveis que podem ser controladas.

Com intuito de obter o máximo de respostas foi solicitado aos participantes que citassem fatores relacionados aos pacientes, à equipe de saúde e à instituição hospitalar. Dentre os participantes que responderam esta questão, quase um terço atribuíram algum fator ao paciente, aproximadamente quarenta por cento dos respondentes citaram fatores relacionados à instituição, e a maioria atribui fatores à equipe de saúde.

Em relação aos fatores atribuídos à equipe de saúde, comunicação inadequada entre os profissionais foi responsável por mais da metade das respostas. Este problema foi identificado nas citações dos participantes: falta de discussão entre a equipe de saúde do setor, falta de diálogo entre o médico e os demais membros da equipe, falta de integração da equipe de saúde do hospital com a atenção primária e falta de integração entre os profissionais dos setores nos quais o paciente é internado. Dados semelhantes foram demonstrados nos estudos de Watss et al. (2005), Morris et al. (2012) e Wong et al. (2011), que pesquisaram as barreiras para o planejamento de alta na percepção dos enfermeiros, os quais relataram comunicação ineficaz entre a equipe multidisciplinar como um fator que dificulta o planejamento. Além disto, comunicação ineficaz entre a equipe multidisciplinar foi um problema identificado em vários outros estudos (MCKENNA et al., 2000; ATWAL, 2002; LEES; HOLMES, 2005; LUNDH; WILLIAMS, 1997).

A má comunicação entre médico e equipe de enfermagem também foi visualizada nas respostas dos enfermeiros nas pesquisas de Watss et al. (2005) e Graham et al. (2013). Conforme discutido anteriormente, os participantes deste estudo citaram o médico como o profissional que mais atua no planejamento de alta e que na maioria das vezes não há discussão do processo entre a equipe. Diversos estudos têm demonstrado que os profissionais de saúde têm uma falta de compreensão do papel de cada profissional (ARMITAGE; KAVANAGH, 1996; BOWLES et al, 2003; BULL; ROBERTS, 2001; CANNABY et al., 2003).

Nos estudos de Williams (1991) e de Atwal e Caldwell (2006) as decisões no planejamento de alta estavam centradas nos médicos porque eles acreditavam que planejamento da alta era baseado em dados e decisões médicas e visualizavam que enfermeiros atuavam passivamente; logo, precisavam tomar decisões unilaterais porque sentiam que os demais membros da equipe poderiam não ser capazes. Este conflito pode prejudicar a troca de informações entre os profissionais, a sequência do processo e a relação com o paciente, resultando em um planejamento da alta ineficaz. Entretanto esta relação poderá ser melhorada e o poder de decisão descentralizado, quando os demais profissionais de saúde souberem e fizerem com que todos os demais conheçam seu papel dentro do processo, suas contribuições para o paciente e que todas as suas decisões são baseadas nas melhores evidências científicas.

Além destas barreiras, os enfermeiros ainda citaram o pouco conhecimento dos profissionais sobre planejamento de alta. Com intuito de compreender as percepções dos enfermeiros do processo de alta hospitalar em um hospital de ensino de Londres, Atwal

(2002) realizou uma pesquisa qualitativa utilizando estudo de caso, na qual houve observação direta e entrevista com 19 enfermeiros. A autora identificou diferentes níveis de conhecimento entre os profissionais e dificuldades de comunicação. Connolly et al. (2009) também obteve este resultado em sua pesquisa qualitativa com 32 profissionais de saúde, dentre os quais havia 11 enfermeiros e 1 médico. Participantes da pesquisa de Morris et al. (2012) e Graham et al. (2013) relataram que profissionais não qualificados, ou seja, com pouco conhecimento, dificultam o processo de planejamento da alta.

Outro problema identificado como uma barreira para o planejamento da alta foi a alta carga de trabalho e falta de tempo. Este resultado é consistente com a literatura, em que estes fatores foram reconhecidos pelas enfermeiras como sendo os principais desafios para realizar o planejamento (ANTHONY; HUDSON-BARR, 1998; ARMITAGE; KAVANAGH, 1996; ATWAL, 2002; BULL, 1994; BULL; ROBERTS, 2001; CANNABY et al., 2003; JEWELL, 1993; KALISCH, 2006; LALANI; GULZAR, 2001; RHUDY et al., 2009). Nos trabalhos de Watts e Gardner (2005a) e Graham et al. (2013) a maioria dos participantes elencaram a carga de trabalho e a falta de tempo, respectivamente, como um dos principais motivos que dificultam o planejamento de alta.

Um possível fator para a alta carga de trabalho e falta de tempo dos enfermeiros podem ser o excesso de pacientes sob sua responsabilidade associado ao déficit de recursos humanos, problemas relatados pelos participantes como uma barreira para o planejamento da alta. Nos últimos anos, têm-se observado um aumento da procura por atendimento de serviços hospitalares por doenças crônicas não transmissíveis. Como consequência, observa-se superlotação dos hospitais e muitos funcionando com números de leitos além de sua capacidade, com recursos humanos limitados, o que acarreta inúmeras dificuldades de atendimento, tanto aos pacientes como à equipe de saúde. No Brasil observa-se hospitais funcionando com um número de enfermeiros abaixo do proposto pelo Conselho Federal de Enfermagem. O dimensionamento de pessoal gera implicações diretas no desempenho das competências do enfermeiro e, consequentemente, provoca prejuízo na qualidade da assistência quando em desacordo com o ideal para atender a demanda da clientela assistida (MAYA; SIMÕES, 2011).

Outro motivo pode ser o grande número de atividade gerenciais que este profissional exerce. Há mais de dez anos, Alvares e colaboradores (2003) já discutiam o fato do enfermeiro estar assumindo mais atividades administrativas do que cuidado assistência direta ao paciente. Já em 2005, Costa e Shimizu (2005) realizaram um estudo descritivo com observação direta com o objetivo de identificar e analisar as atividades realizadas pelos

enfermeiros assistenciais nas unidades de internação de um hospital geral, de grande porte e de ensino do Distrito Federal. Foram realizadas 612 horas de observação das atividades desenvolvidas por 18 enfermeiros das unidades de Clínica Médica, Cirúrgica, Pediátrica e Maternidade e verificou-se que estes profissionais dedicam a maior parte do tempo às atividades administrativas.

Conforme as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem, além da assistência ao paciente compete ao enfermeiro atividades de administração e gerenciamento (BRASIL, 2001), elaborando planos diários de atividades de enfermagem, prevendo recursos materiais e humanos necessários, fazendo escalas de plantões, revisando e controlando o estoque de medicação, supervisionando as atividades e assistindo aos pacientes. Apesar destas atividades serem necessárias para o bom andamento do setor, elas resultam na diminuição do tempo dos enfermeiros na assistência direta aos pacientes (GIORDANI et al., 2012).

Ao considerarmos os fatores relacionados ao paciente "dificuldade do paciente em entender as orientações" foi o mais citado. Outros fatores foram "falta de disponibilidade da família/cuidador", "falta de comprometimento do paciente e/ou cuidador", "falta de infraestrutura familiar para receber o paciente", "locação para os pacientes" e "fatores socioeconômicos do paciente (pobreza, condição da moradia, higiene precária)". Estes resultados são semelhantes ao de Graham et al. (2013), no qual os enfermeiros citaram fatores relacionados ao paciente como uma das principais barreiras para o planejamento da alta, dentre eles destaca-se a condição clínica do paciente que dificulta seu entendimento e participação, e a falta de disponibilidade da família.

Problemas similares foram identificados no estudo de New (2014). Com objetivo de medir a prevalência de barreiras para a alta e as suas razões, o autor realizou um estudo de coorte prospectivo aberto com 235 pacientes com danos na medula espinhal internados em uma unidade de reabilitação de dois hospitais australianos, e identificou alguns fatores que dificultam a alta hospitalar: espera de aprovação de serviços de cuidados a longo prazo ou serviços de acomodação e suporte para pessoas impossibilitadas de voltar para a sua residência, cuidados domiciliares, modificações na estrutura domiciliar, as decisões da família no planejamento de alta e o fornecimento de equipamento necessário à manutenção da saúde do paciente.

Muitos dos fatores relacionados aos pacientes podem ser minimizados ou evitados, ao se iniciar precocemente o planejamento. Quando mais cedo for iniciado este processo, mais tempo a equipe de saúde terá para: dar suporte emocional aos pacientes e família, deixando-os

mais confiantes e comprometidos com as metas; orientar a família sobre a necessidade de alteração na rotina da família e na estrutura da residência; entrar em contato com serviços de apoio na comunidade.

Dentre os fatores atribuídos à instituição hospitalar, a falta de capacitação da equipe sobre planejamento de alta foi a mais citada. Conforme discutido anteriormente, os participantes desta pesquisa afirmaram que obtiveram conhecimento sobre planejamento de alta hospitalar na graduação, em acervos bibliográficos e na experiência profissional. Nenhum participante afirmou ter obtido conhecimento em aperfeiçoamento profissional realizado pela Seção de Educação Permanente do hospital.

Conforme discutido anteriormente, cabe a Seção de Educação de Permanente capacitar os profissionais para atender às necessidades sociais de saúde e realizar uma assistência ao usuário centrada na integralidade do cuidado, que atenda suas reais necessidades e com inclusão e participação dos mesmos em seu planejamento terapêutico (BRASIL, 2004; CECCIM, 2005). E, considerando que as doenças crônicas não transmissíveis são consideradas um problema mundial e que o planejamento de alta tem grande relevância na vida dos portadores destas doenças, é imprescindível que este tema seja trabalhado pelo Setor de Educação Permanente com toda equipe de saúde, visto que esta atividade é multiprofissional.

Além da falta de capacitação, os enfermeiros ainda citaram falta de rotinas e protocolos, necessidade de liberação do leito, modo de gestão da instituição e fluxo de trabalho. As pesquisas de Morris et al (2012) e Connolly et al. (2009) evidenciaram que a pressão que a equipe sofre para liberar o leito para uma nova internação dificulta o planejamento da alta, visto que além de transferir o foco da assistência, para a transferência do paciente, diminui o tempo para o planejamento. Este problema também foi discutido em outros estudos (ARMITAGE; KAVANAGH, 1996; ATWAL, 2002; BULL, 1994; BULL; ROBERTS, 2001; CANNABY et al., 2003; RHUDY et al., 2009; WATTS et al., 2005a).

Ao reduzir inadequadamente o tempo de permanência dos pacientes no hospital, e até mesmo em um leito de terapia intensiva, reduz também o tempo para o enfermeiro conhecer o paciente, sua história, suas necessidades e dinâmica familiar, trabalhar as metas do planejamento da alta com o paciente, familiar/cuidador e os demais membros da equipe. Além disto a equipe gasta muito tempo tentando revolver os trâmites burocráticos para saída do paciente do setor ou do hospital.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As DCNTs estão rapidamente se tornando prioridade em saúde pública no Brasil e políticas importantes para sua prevenção e controle têm sido implementadas. Uma delas foi a criação da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, a qual determina que os hospitais devem programar a alta hospitalar com a participação da equipe multiprofissional, realizando orientações com foco no autocuidado. Diversos estudos já demonstraram que um planejamento de alta eficaz otimiza o tempo de internação hospitalar e reduz o número de reinternações.

Diante deste fato, o objetivo deste estudo foi caracterizar o perfil profissional dos enfermeiros; identificar o conhecimento e a prática destes profissionais, e determinar fatores que dificultam a implementação do planejamento da alta.

A maioria dos participantes era sexo feminino, com idades compreendidas entre 20 e 30 anos, tempo de formação e tempo de atuação entre 2 e 10 anos e no máximo dois anos de atuação no atual setor. Mais da metade dos participantes atuavam em CTI, e a maioria tinha pós-graduação, porém apenas um tinha pós-graduação *stricto sensu* com título de mestre.

Foi identificado um grande déficit no conhecimento dos enfermeiros sobre planejamento de alta. Não se observou consenso quanto à definição. Os respondentes não conseguiram identificar os objetivos do processo, nem relacionar as etapas ao processo de enfermagem, e têm dúvidas quanto ao momento de iniciar o planejamento de alta (se no momento da admissão ou quando o quadro clínico do paciente se estabiliza). Em relação à educação do paciente e família/cuidador, os participantes tiveram grande dificuldade em entender quais orientações devem ser dadas de forma geral, sem o conhecimento prévio de um diagnóstico, e focaram as orientações nas necessidades físicas, principalmente nos cuidados. Poucos se preocuparam em promover o conhecimento do paciente e família sobre a patologia e suas possíveis limitações físicas e complicações, e terapia medicamentosa, ação que promove a autoconfiança e satisfação do paciente e reduz risco de eventos adversos. Não identificaram a necessidade de orientar sobre alteração da estrutura residencial para receber o paciente e nem sobre equipamentos necessários para a manutenção da saúde deste. Muito menos apontaram que as orientações também devam ser dadas por escrito.

Na maioria, os participantes afirmaram dispor de conhecimento sobre o planejamento de alta, e que o obtiveram na graduação e/ou por experiência profissional. Nenhum participante afirmou que este tema foi discutido durante atualização profissional promovida pela Seção de Educação Permanente do hospital.

Em relação à prática dos participantes no planejamento da alta, evidenciou-se uma prática inadequada. O planejamento ocorre esporadicamente, com participação de poucos profissionais, com pouca participação do enfermeiro e sendo o médico o mais atuante. Poucas vezes há discussão entre a equipe multiprofissional. O paciente e família/cuidador raramente são inseridos na elaboração do plano e das metas conforme suas necessidades e expectativas. Na verdade constata-se que a alta hospitalar não é planejada, mas o que ocorre é a transferência dos pacientes para outro setor ou para casa, com no máximo algumas orientações verbais no dia da alta, com foco nas necessidades físicas.

Os resultados deste estudo também demonstraram que não houve diferença significativa entre o perfil profissional (sexo, idade, tempo de formação, tempo de atuação, escolaridade, setor de atuação e tempo neste setor) e o nível de conhecimento. Também não foi evidenciada diferença estatística relevante entre as características dos profissionais participantes e a prática do planejamento de alta. Entretanto, a relação da prática com a variável setor de atuação ficou no limite de significância do teste de confiabilidade. Nesse caso, os profissionais dos setores de pacientes críticos (CTI e UCO) revelaram prática menos adequada que os participantes dos demais setores. Também não foi evidenciada diferença estatística relevante entre o conhecimento e a prática dos participantes. Embora o conhecimento científico seja um dos fatores que determinam a prática profissional, este resultado pode ser explicado pela baixa média de pontuação de acerto nas questões sobre conhecimento, ou seja, conhecimento abaixo do esperado foi identificado em toda a amostra, acarretando prática inadequada.

Na percepção dos enfermeiros, fatores relacionados à equipe de saúde são os que mais prejudicam a realização do planejamento da alta, seguidos de fatores relacionados à instituição e aos pacientes. Comunicação inadequada, principalmente falta de discussão entre os profissionais do setor e falta de diálogo entre médico e os demais membros da equipe, foi o problema mais relatado como fator que dificulta o planejamento. Outros fatores foram o pouco conhecimento dos profissionais sobre planejamento de alta e a alta carga de trabalho e falta de tempo, que podem estar relacionados ao excesso de pacientes sob sua responsabilidade e déficit de recursos humanos, problemas também relatados pelos participantes como uma barreira para o planejamento da alta.

Ao considerarmos os fatores relacionados ao paciente, a dificuldade do paciente em entender as orientações foi o mais citado. Outros fatores foram falta de disponibilidade da família/cuidador, falta de comprometimento do paciente e/ou cuidador, falta de infraestrutura familiar para receber o paciente, locação para os pacientes e fatores socioeconômicos do

paciente. Dentre os fatores atribuídos à instituição hospitalar, a falta de capacitação da equipe sobre planejamento de alta foi a mais citada. Os enfermeiros ainda citaram falta de rotinas e protocolos, necessidade de liberação do leito, modo de gestão da instituição e fluxo de trabalho.

Apesar de ainda não haver uma política pública de saúde voltada ao planejamento da alta, é necessário que os gestores de saúde busquem alternativas para a implementação desta atividade como uma estratégia para controle das doenças crônicas e para prevenção de agudização e complicações que levam a reinternação. Há ainda a necessidade de padronizar o processo de trabalho e o fluxo do paciente e das informações, a fim de que todos trabalhem em prol dos mesmos objetivos, de modo a evitar comunicações inadequadas entre os membros da equipe e entre esta equipe e os profissionais da atenção primária e serviços de apoio.

É importante que os gestores em educação nas instituições hospitalares capacitem os enfermeiros para planejarem a alta de forma sistematizada, com foco no autocuidado, com participação da equipe multiprofissional e do paciente e família/cuidador. Para tanto, é necessário oferecer atividades educativas que promovam o conhecimento sobre o processo e seus elementos essenciais, seus resultados, sua relevância na vida do doente e na qualidade da assistência prestada, e o papel do enfermeiro nesta atividade.

Não menos relevante é a necessidade de que os enfermeiros busquem atender às necessidades sociais de saúde e realizar uma assistência centrada na integralidade do cuidado, que corresponda às reais necessidades do usuário e com inclusão e participação deste no planejamento terapêutico.

8 REFERÊNCIAS

1. Abad-Corpa E, Royo-Morales T, Iniesta-Sanchez J, Carrillo-Alcaraz A, Rodríguez-Mondejar JJ, Saez-Soto AR, Vivo-Molina MC. Evaluation of the effectiveness of hospital discharge planning and follow-up in the primary care of patients with chronic obstructive pulmonary disease. J Clin Nurs. 2013;22:669–80.

2. Acioli S. A prática educativa como expressão do cuidado em Saúde Pública. Rev Bras Enfermagem. [online]. 2008;61(1):117-121. ISSN 0034-7167.

3. Aguiar AB, Costa RSB, Weirich CF, Bezerra ALQ. Gerência dos serviços de enfermagem: um estudo bibliográfico. Rev Eletrônica de Enfermagem. 2005;7(3):319-27.

4. Allaudeen N, Vidyarthi A, Maselli J, Auerbach A. Redefining Readmission Risk Factors for General Medicine Patients. J Hosp Med. 2011; 6(2):54-60.

5. Almeida AO, Araújo IEM, Dalri MCB, Araujo S. Conhecimento teórico dos enfermeiros sobre parada e ressuscitação cardiopulmonar, em unidades não hospitalares de atendimento à urgência e emergência. Rev Latino Am Enfermagem. [Internet]. 2011 [acesso em: 05/09/213];19(2):[08 telas]

6. Alves AS, Lopes, MHBM. Conhecimento, atitude e prática do uso de pílula e preservativo entre adolescentes universitários. Rev Bras Enfermagem. 2008;61(1):11-17.

7. Alvares LH et al. Grupo de estudos articulando processos de educação, cuidado e gerenciamento em enfermagem. In: Trentini M, Paim L. (Org.). Pesquisa e assistência: experiências com grupos de estudo na enfermagem. Curitiba: Champagnat, 2003. p. 16-21.

8. Amestoy SC, Milbrath VM, Cestari ME, Thofehrn MB. Educação permanente e sua inserção no trabalho da enfermagem. Cienc Cuid Saude. 2008; 7(1):83-88.

9. Andrietta MP, Moreira RSL, Barros ALBL. Plano de alta hospitalar a pacientes com insuficiência cardíaca congestiva. Rev Latino Am Enfermagem [online]. 2011;19(6):1445-1452.

10. Anthony MK, Hudson-Barr D. A patient-centered model of care for hospital discharge. Clinical Nursing Research. 2004;13(2):117-136.

11. Anthony MK, Hudson-Barr D. Successful patient discharge: a comprehensive model of facilitators and barriers. Journal of Nursing Administration. 1998;28(3):48-55.

12. Armitage S, Kavanagh K. Consumer-oriented outcomes in discharge planning: a pilot study. Journal of Clinical Nursing, 1998;7(1):67-74.

13. Armitage S, Kavanagh K. Hospital nurses' perceptions of discharge planning for medical patients. Australian Journal of Advanced Nursing. 1996; 14(2):16-23.

14. Atwal A, Caldwell K. Nurses’ perceptions of multidisciplinary team work in acute health-care. International Journal of Nursing Practice. 2006;12:359-365.

15. Atwal A. Nurses' perceptions of discharge planning in acute health care: a case study in one British teaching hospital. Journal of Advanced Nursing. 2002; 39: 450-458. PMid:12175354 http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2648.2002.02310.x

16. Badran I G. Knowledge, attitude and practice the three pillars of excellence and wisdom: a place in the medical profession. East Mediterr Health J. 1995;1(1):8-16.

17. Balaban RB, Weissman JS, Samuel PA, Woolhandler S. Redefining and redesigning hospital discharge to enhance patient care: a randomized controlled study. Journal of General Internal Medicine. 2008;23(8):1228–33.

18. Barnsteiner JH. Medication Reconciliation. In: Patient safety and quality: Na evidence-based handbook for nurses. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality. Hugues RG, 2008.

19. Bocchi SCM. O papel do enfermeiro como educador junto a cuidadores familiares de pessoas com AVC. Rev Bras Enfermagem. 2004;57(5):569-73.

20. Bortolossi A, Fernandes CFG, Gonçalves CMG, Costa DA, Garcia DCE, Simionato FP, Soares VCG. Conhecimento de enfermeiros dos Hospitais e Unidades Básicas de Saúde (UBS) em relação à interação medicamentosa. J Health Sci Inst. 2013;31(4):404-9.

21. Bowles KH, Foust JB, Naylor MD. Hospital discharge referral decision making: A multidisciplinary perspective. Applied Nursing Research. 2003;16(3):134–143.

22. Brandão H, Guimarães T. Gestão de competência e gestão de desempenho. Rev. de Administração de Empresas. 2001;41(1):8-15.

23. Brasil 2001. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Diretrizes Curriculares para os Cursos de Graduação. Resolução CNE/CES Nº 3, de 7 de novembro de 2001. Disponível em: http://www.mec.gov.br/sesu/diretriz.htm.

24. Brasil 2002. Portaria n.º 312, de 30 de abril de 2002. Estabelece a padronização da nomenclatura do censo hospitalar. Diário Oficial da União 02 de maio de 2002, Seção I, Página 83.

25. Brasil 2004. Portaria n.º 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências.. Diário Oficial da União 16 de fevereiro de 2004. Seção 1. Página 32.

26. Brasil 2007. Portaria n.º 1996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União 22 de agosto de 2007. Seção 1. Página 34.

27. Brasil 2008. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância à Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

28. Brasil 2011. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

29. Brasil 2012. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Documento de diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas Redes de Atenção à Saúde e nas linhas de cuidado prioritárias / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

30. Brasil 2013a. Portaria n.º 252, de 19 de fevereiro de 2013. Institui a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União 20 de fevereiro de 2013, Seção I, Página 71.

31. Brasil 2013b. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 2056, de 20 de setembro de 2013. Aprova normas para o exercício da profissão de médico, do funcionamento dos serviços médico-assistenciais e dos roteiros de vistoria e fiscalização. Diário Oficial da União 12 nov 2013, Seção 1, Página 162-163.

32. Brasil 2014. Portaria n.º 483, de 1º de abril de 2014. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. Diário Oficial da União 02 de abril de 2014, Seção I, Página 50.

33. Brasil. Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde - DATASUS. Informações de Saúde. Sistema de Informações sobre Mortalidade. Disponível em http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205 [Acessado em 10 de outubro de 2014]

34. Briceño-Leon R. Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitaria. Caderno de Saúde Pública[online]. 1996;12(1):07-30.

35. Bull M J, Roberts CA. Components of a proper hospital discharge for elders. Issues and Innovations in Nursing Practice. 2001;35(4):571-581.

36. Bull MJ. Patients' and professionals' perceptions of quality in discharge planning. Journal of Nursing Care Quality. 1994;8(2):47-61.

37. Bulmer M, Warwick D. Data Collection. In Bulmer M, Warwick D. Social Research in Developing Countries - Surveys and Censuses in the Third World. London: UCL Press 1993;145- 160.

38. Candeias NMF, Marcondes RS. Diagnóstico em educação em saúde: um modelo para analisar as relações entre atitudes e práticas na área da saúde pública. Rev Saúde Pública. 1979;5(4):24-30.

39. Canhestro MR, Oliveira EA, Soares CMB, Marciano RC, Assunção DC, Gazzinelli A. Conhecimento de pacientes e familiares sobre a doença renal crônica e seu tratamento conservador. Rev Min Enfermagem. 2010;14(3): 335-344.

40. Cannaby A, Parker S, Cheater F, Baker R. Identifying barriers to improving the process of discharging patients from hospital. Primary Health Care Research and Development. 2003;4(1):49-56.

41. Carroll A, Dowling M. Discharge planning communication, education and patient participation. British Journal of Nursing. 2007; 16(14):882-886.

42. Cesar AM, Santos BRL. Percepção de cuidadores familiares sobre um programa de alta hospitalar. Rev Bras Enfermagem. 2005;58(6):647-52.

43. Ceccim RB. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2005;10(4):975-986. ISSN 1413-8123.

44. Chaboyer W, Foster M, Kendall E, James H. ICU nurses' perceptions of discharge planning: a preliminary study. Intensive and Critical Care Nursing. 2002; 18: 90-95.

45. Chaboyer W, Foster M, Kendall E, James H. The impact of a liaison nurse on ICU nurses' perceptions of discharge planning. Australian Critical Care. 2004; 17: 25-32.

46. Chuang KY, Wu SC, Ma AH, Chen YH, Wu CL. Identifying factors associated with hospital readmissions among stroke patients in Taipei. J Nurs Res. 2005;13(2):117-28.

47. Clark MS, Rubenach S, Winsor A. A randomized controlled trial of an education and counselling intervention for families after stroke. Clinical Rehabilitation. 2003;17(7):703-12.

48. Clausen C. Staff RN: a discharge planner for every patient. Nursing Management. 1984;15(11):58-61.

49. Coleman EA, Boult C. Improving the Quality of Transitional Care for Persons with Complex Care Needs. Journal of the American Geriatrics Society. 2003; 51(4):556-557.

50. Coleman EA, Parry C, Chalmers S, Min SJ. The care transitions intervention: results of a randomized controlled trial. Arch Intern Med. 2006;166 :1822-1828.

51. Coleman M, Newton K. Supporting self-management in patients with chronic illness. Am Fam Physician. 2005;72(8):1503.

52. Collins S, Diercks D, Emermarm C, Peacock WF, Young J. Heart Faliure observations units: optimizing care. Ann Emerg Med. 2006;47(1):22-33.

53. Connolly M, Grimshaw J, Dodd M, Cawthorne J, Hulme T, Everitt S, Tierney S, Deaton C. Systems and people under pressure: the discharge process in an acute hospital. J Clin Nurs. 2009 Feb;18(4):549-58. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02551.x.

54. Coriolano-Marinus MWL, Pavan MI, Lima LS, Bettencourt ARC. Validação de material educativo para alta hospitalar de pacientes com prescrição de oxigenoterapia domiciliar prolongada. Escola Anna Nery. 2014;18(2):284-289.

55. Correia Neto JF . Elaboração e avaliação de projetos de investimento: considerando o risco. Rio de Janeiro, RJ: Elsevier, 2009. p 28.

56. Costa RA, Shimizu HE. Atividades desenvolvidas pelos enfermeiros nas unidades de internação de um hospitalescola. Rev Latino-am Enfermagem. 2005; 13(5):654-62.

57. Costa SRD, Castro EAB, Acioli S. Capacidade de autocuidado de adultos e idosos hospitalizados: implicações para o cuidado de enfermagem Rev Min Enfermagem. 2013; 17(1): 192-199.

58. Day MR, McCarthy G, Coffey A. Discharge planning: the role of the discharge co-ordinator. Nursing Older People. 2009;21(1):26-31.

59. Davies, S, White E, Riley E, Twinn S. How can nurse teachers be more effective in practice settings? Nurse Education Today. 1996; 6(1):19–27.

60. Donzé J, Aujesky D, Williams D, Schnipper JL. Potentially avoidable 30-day hospital readmissions in medical patients: derivation and validation of a prediction model. JAMA Intern Med. 2013;173(8):632-8. doi: 10.1001/jamainternmed.2013.3023.

61. Durand, T. Forms of Incompetence. Proceedings Fourth International Conference on Competence-Based Management. Oslo: Norwegian School of Management, 1998.

62. Ferreira da Mata LR, Ferreira TC, Carvalho, EC. Nursing actions in the perioperative period and in preparing prostatectomy patients for discharge. Invest educ enferm [online]. 2013;31(3): 406-413.

63. Foust JB. Discharge planning as part of daily nursins practice. Applied Nursing Research 2007; 20:72-77.

64. Friedman B, Jiang HJ, Elixhauser A. Costly Hospital Readmissions and Complex Chronic Illness. Inquiry. 2008;45(4): 408-421.

65. Fulbrook P. Developing best practice in critical care nursing: knowledge, evidence and practice. Nurs Crit Care. 2003; 8(3):96-102.

66. Galvão MTRLS, Janeiro JMSV. O autocuidado em enfermagem: autogestão, automonitorização e gestão sintomática como conceitos relacionados. Rev Min Enfermagem. 2013;7(1): 225-230.

67. Giordani JN, Bisogno SBC, Silva LAA. Percepção dos enfermeiros frente às atividades gerenciais na assistência ao usuário. Acta paul. enferm. [online]. 2012;25(4):511-516.

68. Goulart FAA. Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios e para os sistemas de saúde. Brasília: PAHO; 2011.

69. Graham J, Gallagher R, Bothe J. Nurses' discharge planning and risk assessment: behaviours, understanding and barriers. Journal of Clinical Nursing. 2013; 22:2338–2346

70. Grimmer K, Moss J, Falco J, Kindness H. Incorporating patient concerns into discharge plans: evaluation of a patient-generated checklist. The Internet Journal of Allied Health Sciences and Practice. 2006:4(2).

71. Grimmer K, Moss J. The development, validity and application of a new instrument to assess the quality of discharge planning activities from the community perspective. International Journal for Quality in Health Care. 2001;13(2): 109-116.

72. Guedes HM, Nunes DP, Nakatani AYK, Bachion MM. Identificaçãode diagnósticos de enfermagem do domínio atividade/repouso em idosos admitidos em hospital. Rev Enferm. 2010;18(4):513-18.

73. Gusmão JL, Ginani GF, Silva GV, Ortega KC, Mion Jr. D. Adesão ao tratamento em hipertensão arterial sistólica isolada. Rev Bras Hipertens. 2009;16(1):38-43.

74. Hancock K, Chang E, Chenoweth L, Clarke M, A Carroll, Jeon YH. Nursing needs of acutely ill older people. J Nurs Adv. 2003; 44 (5): 507-16.

75. Hannan EL, Racz MJ, Walford G, Ryan TJ, Isom OW, Bennett E, Jones RH. Predictors of Readmission for Complications of Coronary Artery Bypass Graft Surgery. JAMA. 2003; 290(6): 773-780.

76. Harrison MB, Browne GB, Roberts J, Tugwell P, Gafni A, Graham I. Quality of life of the effectiveness of two models of hospital-to-home transition. Medical Care. 2002;40(4):271–82.

77. Hausmann-Muela S, Muela RJ, Nyamongo I. Health-seeking behaviour and the health system's response. DCPP Working. 2003. Paper nº 14.

78. Holland DE, Rhudy LM, Vanderboom CE, Bowles KH. Feasibility of Discharge Planning in Intensive Care Units: A Pilot Study. American Journal of Critical Care. 2012; 21(4): 94-101.

79. Holloway A. Patient knowledge and information concerning medication on discharge from hospital. J Adv Nurs.1996; 24(6):1169-74.

80. Hunter B, Neiger B, West J. The importance of addressing social determinants of health at the local level: The case for social capital. Health and Social Care in the Community. 2011;19(5): 522-530.

81. Jack BW, Chetty VK, Anthony D, Greenwald JL, Sanchez GM, Johnson AE, Forsythe SR, O'Donnell JK, PaascheOrlow MK, Manasseh C, Martin S, Culpepper L. A reengineered hospital discharge program to decrease rehospitalization. Annals of Internal Medicine. 2009;150(3): 178–87.

82. Jewell SE. Discovery of the discharge process: a study of patient discharge from a care unit for elderly people. Journal of Advanced Nursing. 1993;18(8):1288-1296.

83. Kalisch B. Missed nursing care: a qualitative study. Journal of Nursing Care Quality. 2006;21(4):306-313.

84. Kaliyaperumal K. Guideline for conducting a knowledge, attitude and practice (KAP) study. AECS Illumination. 2004;4(1): 7-9.

85. Katikireddi SV, Cloud GC. Planning a patient's discharge from hospital. BMJ. 2009; 338(7692):472-476.

86. Kennedy L, Neidlinger S, Scroggins K. Effective comprehensive discharge planning. Gerontologist. 1987;27 (5):577–80.

87. Kerzman H, Baron-Epel O, Toren O. What do discharged patients know about their medication? Patient Education and Counseling. 2005;56:276-282.

88. Lalani NS, Gulzar AZ. Nurses' role in patients' discharge planning at the Aga Khan University Hospital, Pakistan. Journal for Nurses in Staff Development. 2001;17(6):314-319.

89. Laramee AS, Levinsky SK, Sargent J, Ross R, Callas P. Case management in a heterogeneous congestive heart failure population. Archives of Internal Medicine. 2003;163:809–17.

90. Lattimer C. When it comes to transitions in patient care, effective communication can make all the difference. Generations. 2011;35(1): 69-72.

91. Launiala A. How much can a KAP survey tell us about people's knowledge, attitudes and practices? Some observations from medical anthropology research on malaria in pregnancy in Malawi. Anthropology Matters. 2009; 11(1):1-13.

92. Lees L, Holmes C. Estimating date of discharge at ward level: a pilot study. Nursing Standard. 2005; 19:40-43.

93. Legrain S, Tubach F, Bonnet-Zamponi D, Lemaire A, Aquino J, Paillaud E, Taillandier-Heriche E, Thomas C, Verny M, Pasquet B, Moutet AL, Lieberherr D, Lacaille S. A new multimodal geriatric discharge planning intervention to prevent emergency visits and rehospitalizations of older adults: the optimization of medication in AGEd multicentre randomised controlled trial. JAGS. 2011;59:2017–2028.

94. Li P, Stelfox HT, Ghali WA. A prospective observational study of physician handoff for intensive-care-unit-to-ward patient transfers. Am J Med. 2011; 124:860-867.

95. Lim W, Chong C, Caplan G, Gray L. Australian and New Zealand society for geriatric medicine. Position statement N.15 discharge planning. Australasian Journal of Ageing. 2009;28(3).158-164.

96. Lowenstein A, Hoff P. Discharge planning: a study of nursing staff involvement. Journal of Nursing Administration 1994;24(4):45-50.

97. Lucena AF, Paskulin LMG, Souza MF, Gutiérrez MGR. Construção do conhecimento e do fazer enfermagem e os modelos assistenciais. Rev Esc Enfermagem USP. 2006; 40(2):292-8.

98. Lundh U, Williams S. The challenges of improving discharge planning in Sweden and the UK: different but the same. Journal of Clinical Nursing. 1997;6(6):435-442.

99. Machado SPC, Samico IC, Braga TDA. Conhecimento, atitude e prática sobre fototerapia entre profissionais de enfermagem de hospitais de ensino. Rev Bras Enfermagem. 2012; 65(1): 34-41.

100. Magalhães R, Rocha M. desenvolvimento de competências: o futuro agora. Rev de Treinamento e Desenvolvimento. 1997;12-14.

101. Malta DC, Cezário AC, Moura L, Morais Neto OL, Silva Junior JB. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. Epidemiol Serv Saúde. 2006;15(3):47-65.

102. Mamon J, Heinwachs DM, Fahey M, Bone LR, Oktay J, Klein L. Impact of hospital discharge planning on meeting patient needs after returning home. Health Serv Res. 1992; 27(2):155-75.

103. Manderson L, Aaby P. An epidemic in the field? Rapid assessment procedures and health research. Social Science & Medicine. 1992; 35(7):839-50

104. Maramba PJ, Richards S, Myers AL, Larrabee JH. Discharge planning process: applying a model for evidence-based practice. J Nurs Care Qual. 2004; 19(2):123-29.

105. Marinho LAB, Costa-Gurgel MS, Cecatti JG, Osis MJD. Conhecimento, atitude e prática do auto-exame das mamas em centros de saúde. Rev Saúde Pública. 2003; 37(5):576-82.

106. Maya CM, Simões ALA. Implicações do dimensionamento do pessoal de enfermagem no desempenho das competências do profissional enfermeiro. Rev. Bras. Enferm. [online]. 2011;64(5):898-904. ISSN 0034-7167.

107. McKenna H, Keeney S, Glenn A, Gordon P. Discharge planning: an exploratory study. Journal of Clinical Nursing, 2000;9:594-601. PMid:11261142 http://dx.doi.org/10.1046/ j.1365-2702.2000.00384.x

108. McMurray A, Johnson P, Wallis M, Patterson E, Griffiths S. General surgical patients' perspectives of the adequacy and appropriateness of discharge planning to facilitate health decision-making at home. Journal of Clinical Nursing. 2007;16(9):1602-1609.

109. Medicare Payment Advisory Commission 2007. Payment Policy for Inpatient Readmissions. Report to the Congress: Promoting Greater Efficiency in Medicare. Washington, DC.

110. Miasso AI, Cassiani SHB. Administração de medicamentos: orientação final de enfermagem para a alta hospitalar. Rev Esc Enferm USP 2005; 39(2):136-44.

111. Mitty EL, Post L. Health care decision making. In: E. Capezuti, D. Zwicker,M. Mezey, T. T. Fulmer, D. Gray-Miceli, & M. Kluger (Eds.), Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice (3rd ed., pp. 521–538). (2008).

112. Miyazaki MY, Caliri MHL, Santos CB. Conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre prevenção da úlcera por pressão. Rev Latino Am Enfermagem [Internet]. 2010 [acesso em: 22/05/2013];18(6):[10 telas].

113. Moher D, Weinberg A, Hanlon R, Runnalls K. Effects of a medical team coordinator on length of hospital stay. Canadian Medical Association Journal. 1992;146(4): 511–15.

114. Morris J, Winfield L, Young K. Registered nurses' perceptions of the discharge planning process for adult patients in an acute hospital. Journal of Nursing Education and Practice. 2012; 2(1): 28-38.

115. Mukotekwa C, Carson E. Improving the discharge planning process: A systems study. Journal of Research in Nursing. 2007;12(6): 666-686.

116. Naughton B, Moran M, Feinglass J, Falconer J. Reducing hospital costs for the geriatric patient admitted from the emergency department: a randomised trial. Journal of the American Geriatrics Society. 1994;42(10):1045–9.

117. Naylor M, Brooten D, Jones R, Lavizzo-Mourey R, Mezey M, Pauly M. Comprehensive discharge planning for the hospitalized elderly. A randomized clinical trial. Annals of Internal Medicine. 1994;120(12):999–1006.

118. Nazareth I, Burton A, Shulman S, Smith P, Haines A, Timberal H. A pharmacy discharge plan for hospitalized elderly patients - a randomized controlled trial. Age and Ageing. 2001;30(1):33–40.

119. New PW. Prospective study of barriers to discharge from a spinal cord injury rehabilitation unit. Spinal Cord. 2014 Sep 30. doi: 10.1038/sc.2014.166. [Epub ahead of print]

120. Nosbusch JM, Weiss ME, Bobay KL Nosbusch JM, Weiss ME, Bobay KL. An integrated review of the literature on challenges confronting the acute care staff nurse in discharge planning. Journal of Clinical Nursing. 2011;20(5-6):754–74.

121. Organização Mundial da Saúde. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial. Brasília, OMS, 2003.

122. Organização Pan-Americana da Saúde. Melhoria dos cuidados crônicos por meio das redes de atenção à saúde. Washington, D.C., OPAS, 2012.

123. Pagliarini FC, Perroca MG. Uso de instrumento de classificação de pacientes como norteador do planejamento de alta de enfermagem. Acta Paul Enfermagem. 2008; 21(3) 393-97.

124. Parfrey PS, Gardner E, Vavasour H, Harnett JD, McManamon C, McDonald J, et al. The feasibility and efficacy of early discharge planning initiated by the admitting department in two acute care hospitals. Clinical and Investigative Medicine. 1994;17(2):88–96.

125. Pearson P, Procter S, Wilcockson J, & Allga V. The process of hospital discharge for medical patients: a model. Journal of Advanced Nursing. 2004;46(5):496-505.

126. Pereira APS, Tessarini MM, Pinto MH, Oliveira VDC. Alta hospitalar: visão de um grupo e enfermeiras. Rev Enferm UERJ on line [Periodico na internet]. 2007 [acesso em 2013];15(1):40-5. Disponível em: http://www.portalbvsenf.eerp.usp.br

127. Perlini NMOG, Faro ACM. Cuidar de pessoa incapacitada por acidente vascular cerebral no domicílio: o fazer do cuidador familiar. Rev Esc Enferm USP. 2005; 39(2):154-163.

128. Polit DF, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. 3 ed. Porto Alegre: Artes Médicas,1995.

129. Pompeo DA, Pinto MH, Cesarino CB, Araújo RRDF, Poletti NA. Atuação do enfermeiro na alta hospitalar: reflexões a partir dos relatos de pacientes. Rev. Acta Paul Enfermagem. 2007; 20(3):345-50. Disponível em: http://www.scielo.br

130. Preen DB, Preen DB, Bailey BES, Wright A, Kendall P, Phillips M, et al.Effects of a multidisciplinary, post discharge continuance of care intervention on quality of life, discharge satisfaction, and hospital length of stay: a randomized controlled trial. International Journal for Quality in Health Care. 2005;17(1):43–51.

131. Raja R. Gibson S, Turner A, Winderlich J, Porter J, Cant R, Aroni R. Nurses' views and practices regarding use of validated nutrition screening tools. Australian Journal of Advanced Nursing. 2008;26(1):26‑33.

132. Rhudy L, Holland D, Bowles K. Illuminating hospital discharge planning: staff nurse decision making. Applied Nursing Research. 2009. In Press, Corrected Proof.

133. Rich MW, Vinson JM, Sperry JC, Shah AS, Spinner LR, Chung M, et al.Prevention of readmission in elderly patients with congestive heart failure: results of a prospective randomised pilot study. Journal of General Internal Medicine. 1993;8:585–90

134. Rigon AG, Neves ET. Educação em saúde e a atuação de enfermagem no contexto de unidades de internação hospitalar: o que tem sido ou há para ser dito?. Texto contexto - enferm. [online]. 2011;20(4):812-817.

135. Rorden JW, Taft E. Discharge planning guide for nurses. Philadephia: W.B. Saunders Company; 1990.

136. Ruthes RM, Cunha ICKO. Entendendo as competências para aplicação na enfermagem. Rev Bras Enfermagem. [online]. 2008; 61(1):109-112.

137. Santos I, Figueiredo NMA, Duarte MJRS, Sobral VRS, Marinho AM. Enfermagem fundamental: realidade, questões e soluções. São Paulo: Atheneu; 2002.

138. Saupe R, Benito GAV, Wendhausen ALP, Cutolo, LRA. Conceito de competência: validação por profissionais de saúde. Saúde Revista 2006; 8 (18):31-7.

139. Schmidt MI, Duncan BB, Azevedo e Silva G, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. Lancet 2011; 377(9781):1949-61.

140. Shaw H, Mackie CA, Sharkie I. Evaluation of effect of pharmacy discharge planning on medication problems experienced by discharged acute admission mental health patients. International Journal of Pharmacy Practice. 2000;8: 144–53.

141. Shepperd S, Lannin NA, Clemson LM, McCluskey A, Cameron ID, Barras SL. Discharge planning from hospital to home. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2013 Jan 31;1:CD000313. doi: 10.1002/14651858.CD000313.pub4.

142. Silva EGC, Oliveira VC, Neves GBC, Guimarães TMR. O conhecimento do enfermeiro sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem: da teoria à prática. Rev Esc Enferm USP 2011; 45(6):1380-1386.

143. Silva LMG. Breve reflexão sobre autocuidado no planejamento de alta hospitalar pós-Transplante de medula óssea (TMO): relato de caso. Rev Latino Am Enfermagem. 2001; 9(4):75-82.

144. Snow V, Beck D, Budnitz T, Miller DC, Potter J, Wears RL, Weiss KB, Williams MV. Transitions of care consensus policy statement American college of physicians-Society of general internal medicine- Society of hospital medicine-American geriatrics society-American college of emergency physicians-Society of academic emergency medicine. Journal of General Internal Medicine. 2009;24(8):971-976.

145. Specht D. Ensino do Paciente. In: Timby BK. Conceitos e Habilidades Fundamentais no Atendimento de Enfermagem. 8. ed. Porto Alegre: Artmed; 2007.

146. Sulch D, Perez I, Melbourn A, Kalra L. Randomized controlled trial of integrated (managed) care pathway for stroke rehabilitation. Stroke. 2000;31(8):1929–34.

147. Suzuki S, Nagata S, Zerwekh J, Yamaguchi T, Tomura H, Takemura Y, Murashima S. Effects of a multi-method discharge planning educational program for medical staff nurses. Japan J Nurs Science. 2012; 9(2):201-15.

148. Suzuki VF, Carmona EV, Lima MHM. Planejamento da alta hospitalar do paciente diabético: construção de uma proposta. Rev Esc enferm. USP [online]. 2011;45(2):527-532.

149. Thieme RD, Pinto LM, Macedo DS, Palm RCM, Schieferdecker MEM. Elaboração e implantação de protocolo de alta responsável para idosos com doenças crônicas Hospitalizados e com necessidades alimentares especiais. Demetra 2014;9(1):269-286.

150. Torres HC, Santos LM, Cordeiro PMCS. Visita domiciliária: estratégia educativa em saúde para o autocuidado em diabetes. Acta paul. enferm. [online]. 2014;27(1):23-28. ISSN 1982-0194.

151. Vandamme E. Concepts and challenges in the use of Knowledge-Attitude-Practice surveys: Literature review. Department of Animal Health, Institute of Tropical Medicine, Antwerp, Belgium. 2009. Disponível em http://www.snndz.net/resources/ literature-reviews/full-reviews/ [Acessado em outubro de 2012]

152. Warwick DP, Linninger AC. The sample survey: theory and practice. New York: McGraw Hill; 1975.

153. Watts R, Gardner H, Pierson J. Factors that enhance or impede critical care nurses' discharge planning practices. Intensive and Critical Care Nursing. 2005a; 21: 302-13.

154. Watts R, Gardner H, Pierson J. How do critical care nurses define the discharge planning process? Intensive and Critical Care Nursing. 2005b; 21: 39-46.

155. Watts R, Pierson J, Gardner H. Critical care nurses' beliefs about the discharge planning process: A questionnaire survey. International Journal Studies. 2006; 43: 269-79.

156. WHO 2002. The World health report 2002: Reducing risks, promoting healthy life. Geneva: World Health Organization, 2002.

157. WHO 2005. Preventing chronic diseases: a vital investment. Geneva: World Health Organization, 2005.

158. WHO 2009. Action plan for the global strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases 2008-2013. Geneva: World Health Organization, 2009.

159. WHO 2011. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva: World Health Organization, 2011.

160. WHO 2013. Global Action Plan for the Prevention and Control of NCDs 2013-2020. Geneva: World Health Organization, 2013.

161. WHO 2014. Noncommunicable diseases country profiles 2014. Geneva: World Health Organization, 2014.

162. Williams S. Discharge planning: whose role?. The Australian Nurses Journal. 1991;21(5):20-23

163. Wong EL, Yam CH, Cheung AW, Leung MC, Chan FW, Wong FY, Yeoh EK. Barriers to effective discharge planning: a qualitative study investigating the perspectives of frontline healthcare professionals. BMC Health Serv Res. 2011;11(1):242.

APÊNDICES

E

APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados dos enfermeiros

Serviço Público Federal
Ministério da Educação
Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

Questionário sobre Planejamento de Alta

Este questionário faz parte da pesquisa intitulada: "**Conhecimento e Prática de Enfermeiros sobre Planejamento de Alta Hospitalar de Portadores de Doença Crônica Não Transmissível"**, do Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS).

O questionário é composto por questões sobre perfil profissional, conhecimento e prática de enfermeiros sobre o tema.

Informo que nenhuma consulta a cervos bibliográficos, internet ou colegas deve ser realizada para preenchimento do questionário, o qual deverá ser entregue à pesquisadora imediatamente após o preenchimento. Sua identidade será preservada, garantindo o anonimato dos respondentes.

Qualquer dúvida quanto ao preenchimento converse com a pesquisadora.

---

1. PERFIL PROFISSIONAL

1.1.Instituição em que trabalha:

a. ( ) Hospital Universitário-UFMS

b. ( ) Santa Casa de Campo Grande

c. ( ) Hospital Regional de Mato Grosso do Sul

1.2.Sexo: ( )F ( )M

1.3.Idade: _____ em anos

1.4.Tempo de formação: _____ em anos

Instituição: _____

1.5.Tempo de atuação como enfermeiro (a): _____ em anos

1.6.Escolaridade:

a. ( ) graduação

b. ( ) pós graduação *latu senso*. Área: _____

c. ( ) pós graduação *stricto senso*. ( ) mestrado ( ) doutorado

Área: _____

1.7.Setor de atuação: _____

1.8.Tempo de atuação no atual setor: _____ em anos (em meses se tempo for < 1 ano)

E

2. CONHECIMENTO

2.1.Você tem algum conhecimento sobre planejamento de alta?

( ) Sim ( ) Não

2.2.De onde você obteve este conhecimento:

a. ( ) Graduação
b. ( ) Pós graduação
c. ( ) Curso de atualização
d. ( ) Acervo bibliográfico (livro, artigo, internet, etc)
e. ( ) Seção de Educação Permanente da instituição
f. ( ) Experiência profissional

Neste momento você responderá verbalmente as questões abaixo, as quais serão gravadas, conforme especificado no TCLE.

2.3 O que você entende sobre o planejamento da alta hospitalar?

2.3 Quais as etapas do planejamento de alta?

2.4 Quais objetivos do planejamento de alta hospitalar?

2.5 Em que momento começa o planejamento da alta hospitalar?

2.6 Quais orientações são dadas aos pacientes?

2.7 Quem participa do planejamento da alta hospitalar?

2.8 A qual cliente se aplica o planejamento da alta hospitalar?

E

3. PRÁTICA

3.1.No seu setor a alta hospitalar é planejada?

( ) Sempre ( ) Muitas vezes ( ) Ás vezes ( ) Poucas vezes ( ) Nunca

Caso responda <u>NUNCA</u>, pule para última questão.

3.2.Quais profissionais participam do PA?

a. ( ) Enfermeiro
b. ( ) Assistente Social
c. ( ) Farmacêutico
d. ( ) Fisioterapeuta
e. ( ) Médico
f. ( ) Nutricionista
g. ( ) Odontólogo
h. ( ) Residente multiprofissional. Quais? _____

_____

3.3.Estes profissionais discutem o planejamento?

( ) Sempre ( ) Muitas vezes ( ) Ás vezes ( ) Poucas vezes ( ) Nunca

3.4.Você participa do PA?

( ) Sempre ( ) Muitas vezes ( ) Ás vezes ( ) Poucas vezes ( ) Nunca

3.5.O paciente é solicitado a participar do PA (estando ele capacitado para tal)?

( ) Sempre ( ) Muitas vezes ( ) Ás vezes ( ) Poucas vezes ( ) Nunca

3.6.A família e/ou cuidador é convidada (o) a participar do PA (estando eles capacitados para tal)?

( ) Sempre ( ) Muitas vezes ( ) Ás vezes ( ) Poucas vezes ( ) Nunca

4. FATORES DIFICULTAM A REALIZAÇÃO DO PA

4.1. Em sua opinião quais fatores dificultam a realização do PA? (fatores relacionados ao paciente, a equipe de saúde, a instituição, etc)

_____

_____

_____

_____

_____

_____

APÊNDICE B – Check list do questionário

Serviço Público Federal
Ministério da Educação
Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

2 CONHECIMENTO	**PONTUAÇÃO**	**REFERENCIAL TEÓRICO**
2.1 O que você entende sobre o planejamento da alta hospitalar?		
Processo continuo	**1**	RORDEN; TAFT, 1990; COLEMAN; BOULT, 2003; GRIMMER et al., 2006
Preparação do paciente e família para o próximo nível de cuidado e para o retorno ao domicilio em segurança e apto para o autocuidado	**1**	
Assistência centrada na necessidade biopsicosocial do paciente	**1**	
2.2 Quais as etapas do planejamento de alta?		
Avaliação das necessidades do paciente;	**1**	MAMON et al., 1992; GRIMMER aet al., 2006
Desenvolvimento do plano da alta;	**1**	
Educação paciente/ familiares mobilizando recursos e serviços necessários (encaminhamento/ contra-referência);	**1**	
Acompanhamento e avaliação.	**1**	
2.3 Quais objetivos do planejamento de alta hospitalar?		
Preparar o paciente para o autocuidado no domicilio	**1**	GRIMMER; MOSS, 2001; CLARK, RUBENACH; WINSOR, 2003; CHUANG et al., 2005, PERLINI; FARO, 2005; GRIMMER et al., 2006; COLLINS et al., 2006; POMPEO et al., 2007
Facilitar o processo de transição do hospital para o domicilio	**1**	
Promover a continuidade do cuidado no domicilio	**1**	
Prevenir agudização da doença e/ou novos agravos e consequentemente prevenir o risco de reinternações	**1**	
Otimizar o tempo de permanência da internação	**1**	
Reinserir o paciente no convívio social	**1**	
2.4 Em que momento começa o planejamento da alta hospitalar?		
No momento da admissão **ou**	**1**	MAMON et al., 1992;

Logo após admissão	**1**	GRIMMER aet al., 2006
2.5 Quem participa do planejamento da alta hospitalar?		
Equipe interdisciplinar	**1**	RORDEN; TAFT, 1990;
Paciente	**1**	MAMON et al., 1992;
E/ou cuidador	**1**	PEREIRA et al., 2007; BOCCHI, 2004; ACIOLI, 2008; CESAR; SANTOS, 2005; POMPEO et al., 2007; PERLINI, FARO, 2005; BRASIL, 2013; BRASIL, 2014
2.6 Quais orientações são dadas aos pacientes?		
Informações sobre a patologia.	**1**	
Informações sobre suas possíveis limitações físicas.	**1**	
Preparação para o retorno ao domicilio (casa, instituição, etc). Quais orientações?		
Informação sobre realização das atividades diárias: alimentação, higiene, vestuário, locomoção, segurança, etc	**1**	
Informação sobre cuidados a serem prestados ao doente: cateteres (CVD, CNE, GTT, CVC, oxigenoterapia, etc)	**1**	
Informação sobre medicação . Quais orientações?		GRIMMER, MOSS, 2001; GUEDES et al., 2010 COSTA et al., 2013
Informação sobre medicação: dosagem, administração, horários e efeitos secundários;	**1**	
Informação sobre estruturas de apoio. Quais orientações?		
Informação sobre alterações na estrutura domiciliar: escada, barras de apoio, acesso a cadeira de roda, tapete etc)	**1**	
Informação sobre necessidade de equipamento: andador/muletas/cadeira de roda, cadeira de banho, respirador, aspirador, etc	**1**	
Informação sobre serviços comunitários: UBS, PSF, UPA, grupos de apoio, grupos religiosos, etc.	**1**	
Orientações por escrito	**1**	
2.7 A qual cliente se aplica o planejamento da alta		

hospitalar?		
Todos os clientes. O que muda são as orientações.	**1**	RORDEN; TAFT, 1990 GRAHAM et al., 2013

3 PRÁTICA

3.1 No seu setor a alta hospitalar é planejada?

(**4**) Sempre (**3**) Muitas vezes (**2**) Ás vezes (**1**) Poucas vezes (**0**) Nunca

Caso responda <u>NUNCA</u>, pule para última questão.

3.2 Quais profissionais participam do PA?

a. ( ) Enfermeiro
b. ( ) Assistente Social
c. ( ) Farmacêutico
d. ( ) Fisioterapeuta
e. ( ) Médico
f. ( ) Nutricionista
g. ( ) Odontólogo
h. ( ) Residente multiprofissional. Quais? _____

3.3 Estes profissionais discutem o planejamento?

(**4**) Sempre (**3**) Muitas vezes (**2**) Ás vezes (**1**) Poucas vezes (**0**) Nunca

3.4 Você participa do PA?

(**4**) Sempre (**3**) Muitas vezes (**2**) Ás vezes (**1**) Poucas vezes (**0**) Nunca

3.5 O paciente é solicitado a participar do PA?

(**4**) Sempre (**3**) Muitas vezes (**2**) Ás vezes (**1**) Poucas vezes (**0**) Nunca

3.6 A família e/ou cuidador é convidada(o) a participar do PA?

(**4**) Sempre (**3**) Muitas vezes (**2**) Ás vezes (**1**) Poucas vezes (**0**) Nunca

APÊNDICE C - Termo de consentimento livre e esclarecido para enfermeiros

Serviço Público Federal
Ministério da Educação
Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado (a) enfermeiro (a),

Convido você para participar, como voluntário (a), da pesquisa intitulada "**Conhecimento e Prática de Enfermeiros sobre Planejamento de Alta Hospitalar de Portadores de Doença Crônica Não Transmissível"** do Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS).

Por favor, leia as orientações abaixo e em caso de dúvidas, pergunte a pesquisadora. Para participar, você deve assinar ao final deste documento. Caso não queira participar ou queira desistir da pesquisa, em qualquer momento, você não será penalizado (a) de forma alguma.

A pesquisa tem como objetivo analisar o conhecimento e prática de enfermeiros sobre planejamento de alta hospitalar de adultos com doença crônica não transmissível - DCNT. Ressaltamos que os resultados decorrentes deste estudo serão informados a todos os participantes, apresentados em eventos acadêmicos e publicados em periódicos científicos.

Neste momento você está recebendo duas vias do termo de consentimento livre esclarecido e o questionário, o qual será identificado com um código no lado superior direito. Você deverá assinar as duas vias do Termo e entregar apenas uma via à pesquisadora. Após devolução do TCLE, você responderá a primeira parte do questionário, relativa ao perfil profissional; depois será iniciada a entrevista, a qual terá o áudio gravado. Imediatamente após a entrevista, o gravador será desligado e entregue o restante da pesquisa relativa à prática. O questionário deverá ser entregue imediatamente após o preenchimento, o qual será realizado sem consulta a acervo bibliográfico e/ou internet. Durante o preenchimento do questionário a pesquisadora permanecerá próxima a fim de esclarecer possíveis dúvidas.

CONFIDENCIALIDADE E PERÍODO DE PARTICIPAÇÃO:

A sua participação se dará apenas no momento da coleta de dados. As informações obtidas serão confidencias, ou seja, ninguém terá acesso às suas respostas. A instituição não terá acesso às suas respostas. Asseguramos o sigilo sobre sua participação em todo momento da pesquisa.

Anna Sarah M. Rapello Pesquisadora	Participante	Profª Dra Mara Lisiane de M. dos Santos Orientadora do Projeto

O questionário será identificado numericamente e apenas a pesquisadora terá acesso a ela. Portanto, o seu nome só constará neste TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido). Os dados divulgados não serão capazes de possibilitar a sua identificação, garantindo o seu anonimato.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande-MS (CEP/UFMS). Assim, se você ainda tiver dúvidas quanto a conduta ética ou desejar alguma informação adicional, você pode procurar o Comitê no endereço: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, S/N, Bairro Cidade Universitária, Edifício de Pró-Reitorias Prof. Hércules Maymone, telefone: (67) 3345-7187.

Caso você tenha alguma dúvida quanto ao projeto pode entrar em contato com a pesquisadora responsável ANNA SARAH MORAES, pelo telefone: (67) 9249-4001.

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu,_____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo. Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) sobre o objetivo da pesquisa "**CONHECIMENTO E PRÁTICA DE ENFERMEIROS SOBRE PLANEJAMENTO DE ALTA HOSPITALAR DE PORTADORES DE DOENÇA CRÔNICA NÃO TRANSMISSÍVEL",** e minha participação. Foi-me garantido o sigilo e que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto me acarrete qualquer tipo de prejuízo.

Local e data: Campo Grande, _____ de _____ de 2013.

_____
Participante

_____
Email ou telefone

Anna Sarah Moraes Rapello
COREN-MS 120710
Pesquisadora
Email: anna.sarah.rapello@hotmail.com
Tel: (67) 9249.4001

Profª Dra Mara Lisiane de M. dos Santos
CREFITO
Orientadora do Projeto
Email: maralisi@globo.com
Tel: (67) 8121.0152

APÊNDICE D – Solicitação de autorização de pesquisa

Serviço Público Federal
Ministério da Educação
ıdação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

UFMS

SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DA PESQUISA

Campo Grande-MS, ____ de _____ de 2013.

Prezado Sr (a)

Venho por meio desta, solicitar a autorização para incluir esta Instituição Hospitalar, como um dos campos de estudo da pesquisa intitulada "**Conhecimento e Prática de Enfermeiros sobre Planejamento de Alta de Portadores de Doença Crônica Não Transmissível"**, já autorizada por esta Instituição.

A pesquisa tem como objetivo analisar o conhecimento e prática de enfermeiros sobre planejamento de alta hospitalar de adultos com doença crônica não transmissível - DCNT.

Para isto será aplicado um questionário aos enfermeiros que atuam nos setores Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Clínica Oncológica, Centro de Terapia Intensiva Adulto-CTI e Unidade Coronariana-UCO.

O tema planejamento de alta de pacientes portadores de doenças crônicas foi escolhido para esta pesquisa em decorrência da magnitude destas doenças. Nos últimos anos, estudos e publicações demonstram que o planejamento de alta reduz o tempo de hospitalização e seus custos, promove o autogerenciamento dos pacientes após a alta e previne agravos decorrentes da descontinuidade do cuidado.

A pesquisa não terá ônus para a Instituição, visto que participação dos enfermeiros na pesquisa será através do preenchimento de um questionário aplicado pela pesquisadora. Os enfermeiros participarão de forma voluntária e seu sigilo será mantido.

Ressaltamos que os resultados decorrentes deste estudo serão informados as instituições participantes.

Informamos que a pesquisa terá início apenas após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul e os dados levantados comporão artigo científico que será submetido à publicação em revista científica, respeitando-se o sigilo da identidade das participantes e das informações coletadas.

O Projeto de Pesquisa segue em anexo e coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Agradeço antecipadamente a atenção recebida.

Atenciosamente,

Anna Sarah Moraes Rapello
COREN-MS 120710
Pesquisadora
Email: anna.sarah.rapello@hotmail.com
Tel: (67) 9249.4001

Eu,_____,
conhecendo as informações acima descritas e ciente dos benefícios do estudo, autorizo realização da pesquisa.

_____

Assinatura do responsável pela
autorização da pesquisa

ANEXOS

ANEXO A –Autorização do Comitê de Ética da UFMS

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MATO GROSSO DO SUL - UFMS

Plataforma Brasil

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA DE ENFERMEIROS SOBRE PLANEJAMENTO DE ALTA HOSPITALAR DE PORTADORES DE DOENÇA CRÕNICA NÃO TRANSMISSÍVEL

Pesquisador: Anna Sarah Moraes

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 23439013.8.0000.0021

Instituição Proponente: FUNDACAO UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 467.573

Data da Relatoria: 28/10/2013

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto atende aos requisitos éticos da pesquisa.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Continuação do Parecer: 467.573

CAMPO GRANDE, 26 de Novembro de 2013

Assinador por:
Odair Pimentel Martins
(Coordenador)

Endereço: Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS
Bairro: Caixa Postal 549 **CEP:** 79.070-110
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** bioetica@propp.ufms.br

ANEXO B –Autorização do HRMS

GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
FUNDAÇÃO SERVIÇOS DE SAÚDE DE MS
UNIDADES: HRMS

AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA

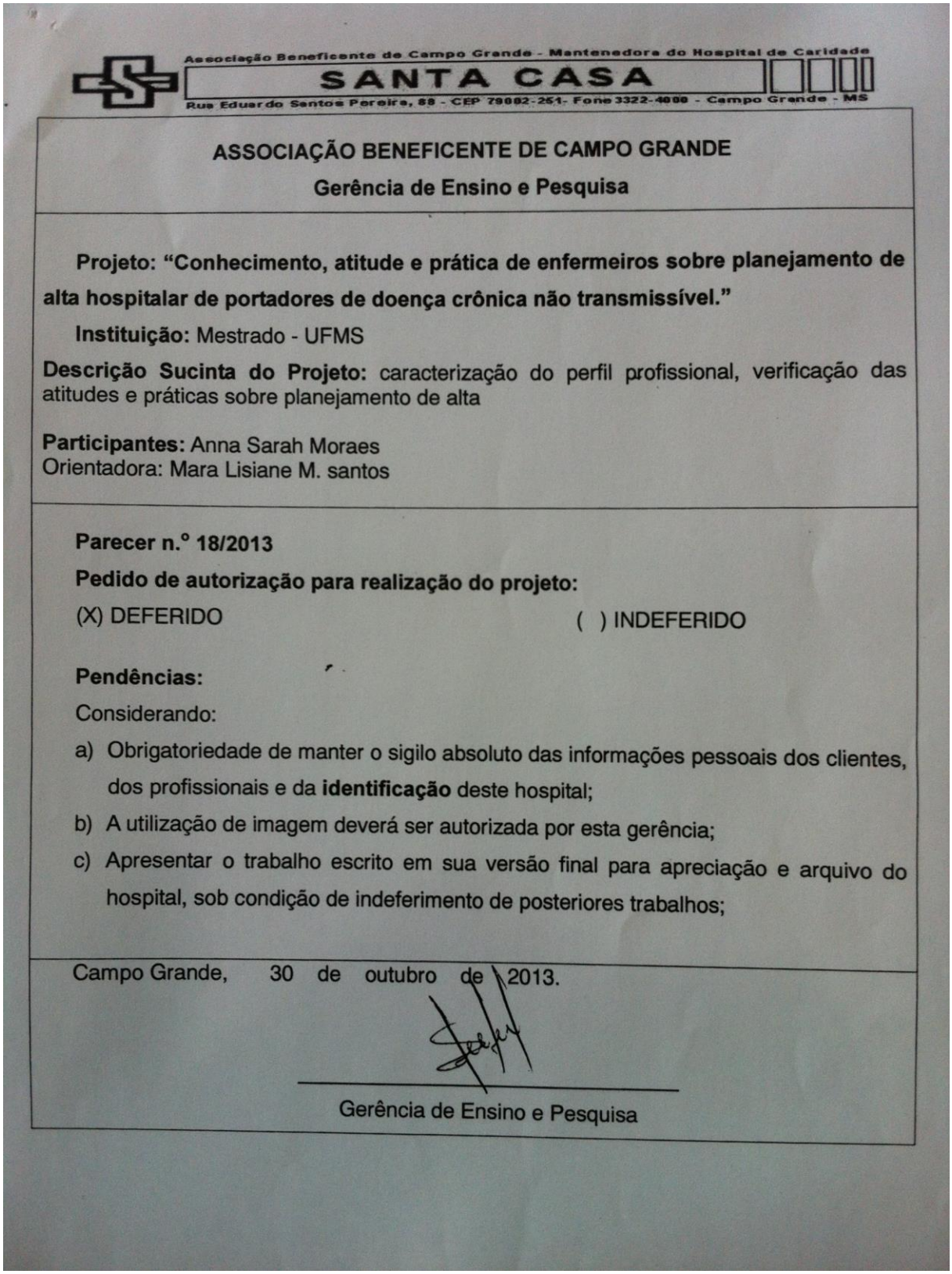
Nr. 033/2013

A Comissão de Ética em Pesquisa do Hospital Regional de Mato Grosso do Sul, declara estar informado da metodologia que será desenvolvida no projeto de pesquisa intitulado **"Conhecimento e Prática de Enfermeiros sobre Planejamento de Alta Hospitalar de Portadores de Doença Crônica Não Transmissível",** Projeto de dissertação apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, a título de mestrado, desenvolvido pela mestranda Anna Sarah Moraes, tendo como Orientadora Profª Drª Mara Lisiane M. Santos.

Ciente de que sua metodologia será desenvolvida conforme a resolução CNS 196/96 e das demais resoluções complementares autorizo a realização da pesquisa nesta instituição.

Drª Magali da Silva Sanches Machado
Coordenadora da Comissão de Ética em Pesquisa
Hospital Regional de Mato Grosso do Sul

ANEXO C –Autorização de pesquisa da Santa Casa de Campo Grande



Associação Beneficente de Campo Grande - Mantenedora do Hospital de Caridade

SANTA CASA

Rua Eduardo Santos Pereira, 88 - CEP 79002-251 - Fone 3322-4000 - Campo Grande - MS

ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE CAMPO GRANDE

Gerência de Ensino e Pesquisa

Projeto: "Conhecimento, atitude e prática de enfermeiros sobre planejamento de alta hospitalar de portadores de doença crônica não transmissível."

Instituição: Mestrado - UFMS

Descrição Sucinta do Projeto: caracterização do perfil profissional, verificação das atitudes e práticas sobre planejamento de alta

Participantes: Anna Sarah Moraes
Orientadora: Mara Lisiane M. santos

Parecer n.° 18/2013

Pedido de autorização para realização do projeto:

(X) DEFERIDO ( ) INDEFERIDO

Pendências:

Considerando:

a) Obrigatoriedade de manter o sigilo absoluto das informações pessoais dos clientes, dos profissionais e da **identificação** deste hospital;
b) A utilização de imagem deverá ser autorizada por esta gerência;
c) Apresentar o trabalho escrito em sua versão final para apreciação e arquivo do hospital, sob condição de indeferimento de posteriores trabalhos;

Campo Grande, 30 de outubro de 2013.

Gerência de Ensino e Pesquisa

ANEXO D –Autorização de pesquisa do HU/UFMS

Serviço Público Federal
Ministério da Educação
Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

Carta de Anuência do Chefe do Serviço do NHU para realizar pesquisa em seres humanos:

O Diretor Clínico do NHU concorda com a realização da Pesquisa intitulada "**Conhecimento, Atitude e Prática de Enfermeiros sobre Planejamento de Alta de Portadores de Doença Crônica Não Transmissível-DCNT"**, de responsabilidade da pesquisadora Anna Sarah Moraes, a ser realizada na Unidade de Terapia Intensiva, Unidade Coronariana, Clínica Médica e Clínica Cirúrgica do NHU, em novembro e dezembro de 2013.

Por ser verdade, firmo o presente,

Dr. Peterson Vieira de Assis
Diretor Clínico
NHU/UFMS

Peterson Vieira de Assis
Diretor Clínica /NHU
SIAPE 2192686