



**Escola Nacional
de Saúde Pública**

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

**Perspetiva de doentes com insuficiência cardíaca no regresso
à urgência nos 30 dias após alta: um estudo qualitativo**

Curso de Mestrado em Gestão da Saúde

Diana Isabel Mota da Rocha

Abril 2023



Escola Nacional de Saúde Pública

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

Perspetiva de doentes com insuficiência cardíaca no regresso à urgência nos 30 dias após alta: um estudo qualitativo

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários ao grau de Mestre em Gestão da Saúde, realizada sob a orientação científica das Professora Doutora Ana Rita Goes e Professora Doutora Sílvia Lopes.

Abril 2023

“A mente que se abre a uma nova ideia jamais voltará ao seu tamanho original.”

Albert Einstein

AGRADECIMENTOS

Finda esta etapa, gostaria de deixar um agradecimento especial a todas as pessoas que me apoiaram neste caminho – por vezes sinuoso – mas que me deixou com a sensação de dever cumprido.

Em primeiro lugar, um agradecimento especial às orientadoras da minha dissertação, Professora Doutora Ana Rita Goes e Professora Doutora Sílvia Lopes, pela ajuda, orientação, apoio e disponibilidade mostrada ao longo destes meses.

Ao CHUA por me ter permitido desenvolver este estudo, na figura do Professor Doutor Leão Neves.

Ao Doutor Bruno Moita, que desde sempre se mostrou colaborante, pela disponibilidade para apoio no recrutamento dos participantes incluídos no presente estudo.

A todos os participantes que se mostraram disponíveis e colaboradores em participar no estudo e cujos relatos fornecidos foram fundamentais para a realização da minha dissertação.

A todos os meus colegas de curso, mas em especial àqueles que ouviram desabafos, lamúrias, que trocaram opiniões e me motivaram para chegar a bom porto, o meu mais sincero obrigada: Ana, Joana, Marisa, Yasmara. Tornaram este percurso mais bonito.

Aos colegas do CEAH 53, pela compreensão, entreaajuda e apoio, em especial à Ana Cristina, ao Pedro, à Sara e à Susana.

Por último, mas não menos importantes, aos meus pais, às minhas irmãs e ao meu namorado, pelo amor, em primeiro lugar, seguidos da compreensão, ajuda, motivação em momentos de extrema frustração e ombro amigo para tranquilizar as minhas inquietações.

Resumo

Introdução: Uma ida ao serviço de urgência nos 30 dias subsequentes à alta hospitalar é um problema frequente que tem um impacto direto na eficiência e na qualidade dos cuidados prestados. Perceber os motivos e dificuldades sentidas pelos doentes com insuficiência cardíaca e seus familiares é um fator preponderante para uma melhoria no processo de transição de cuidados e, conseqüentemente, na diminuição deste tipo de episódios de urgência. A insuficiência cardíaca é uma doença crónica que afeta cerca de 400 mil portugueses e estima-se que cerca de 45% destes doentes vão ao serviço de urgência após alta de internamento.

Objetivo: Caracterizar os fatores que contribuíram para uma ida à urgência nos 30 dias após alta, de acordo com a perspectiva dos doentes com insuficiência cardíaca e seus familiares e as medidas que o poderiam ter evitado.

Metodologia: Estudo qualitativo realizado com doentes com insuficiência cardíaca que deram entrada no serviço de urgência nos 30 dias seguintes a terem alta de internamento. Os dados foram recolhidos através de entrevistas telefónicas semiestruturadas. Os participantes (n=10) foram inquiridos com o intuito de se perceber e aprofundar conhecimentos sobre os motivos e dificuldades sentidas desde o momento que tiveram alta até ao momento em que foram ao serviço de urgência. Os dados foram analisados através da análise temática.

Resultados: O motivo que mais peso teve na ida dos doentes ao serviço de urgência foi a progressão ou descompensação da doença e/ou sintomas. Destes episódios, a maioria estava relacionado com a hospitalização anterior. Dois dos participantes afirmam que foram por referência. As dificuldades sentidas pelos doentes prendem-se, maioritariamente, com transições de cuidados de baixa qualidade - nomeadamente na ausência de informação sobre cuidados a ter e sinais e sintomas de alerta - e atrasos no acompanhamento por parte dos serviços de saúde. Desde o período em que os doentes chegaram ao domicílio até à visita ao serviço de urgência, foram referidas dificuldades na adesão à terapêutica prescrita, dificuldades na adesão a recomendações de estilo de vida, efeitos secundários da medicação, dificuldades na gestão de sintomas, dificuldades funcionais dos doentes, conjugadas com a perceção da inevitabilidade de agudização da doença, ausência de apoio social e dificuldade no acesso a cuidados de saúde.

Conclusão: Este estudo permitiu conhecer as perspectivas dos doentes com insuficiência cardíaca e dos seus familiares, que são primordiais para que se tomem

medidas que centrem os doentes nos sistemas de saúde. Percebe-se que é importante o desenvolvimento de intervenções que melhorem a experiência dos doentes, como um maior nível de integração de cuidados e criação de redes de suporte aos doentes e seus familiares em contexto extra-hospitalar. Maiores níveis de capacitação e literacia em saúde dos cidadãos é basilar tanto na gestão da doença como no momento da escolha de serviços de saúde no momento de procura por cuidados de saúde.

Palavras-Chave: Urgência; Qualitativo; Cuidados centrados no doente; Alta hospitalar; Transição de cuidados

ABSTRACT

Introduction: A visit to the emergency room within 30 days after hospital discharge is a frequent problem that has a direct impact on efficiency, quality of care and hospital costs. Understanding the reasons and difficulties experienced by patients with heart failure and their families is a key factor for improving the care transition process and, consequently, reducing this type of emergency episodes. Heart failure is a chronic disease that affects about 400 000 Portuguese, and it is estimated that about 45% of these patients go to the emergency room after being discharged from the hospital.

Objective: To characterize the factors that contributed to an emergency room visit in the 30 days after discharge, according to the perspective of patients with heart failure and their families and the measures that could have prevented it.

Methodology: This qualitative study was conducted with patients with heart failure who were admitted to the emergency department within 30 days of being discharged from the hospital. Data were collected through semi-structured telephone interviews. Participants (n=10) were questioned to understand and deepen their knowledge about the reasons and difficulties experienced from the moment they were discharged until the moment they went to the emergency room. Data were analyzed using thematic analysis.

Results: The most important referred reason for patients to go to the emergency room was the progression or decompensation of the disease and/or symptoms. Most of these episodes were related to the previous hospitalization. Two of the participants stated that they were referred by another professional. The difficulties experienced by patients were mostly related to low quality care transitions - namely the lack of information on care and warning signs and symptoms - and delays in follow-up by the health services. From the period when patients arrived at home until their visit to the emergency room, the following difficulties were mentioned: adhering to the prescribed therapy, adhering to lifestyle recommendations, medication side effects, in symptom management, patients' functional difficulties, combined with the perception of the inevitability of disease aggravation, lack of social support and difficulties in accessing health care.

Conclusion: This study provided insight into the perspectives of patients with heart failure and their families, which are fundamental to taking measures to center patients in health systems. It is important to develop interventions that improve the patients' experience, such as a higher level of care integration and creation of support networks for patients and their families in out-of-hospital settings. Increased levels of citizen empowerment and health literacy are critical in both disease management and in the choice of health services when seeking for health care.

Key-words: Emergency Room; Qualitative; Patient-centered care; Hospital Discharge;
Transition of care

Lista de abreviaturas

CHLN – Centro Hospitalar Lisboa Norte

CHLO – Centro Hospitalar Lisboa Ocidental

CHS – Centro Hospitalar de Setúbal

CHUA – Centro Hospitalar Universitário do Algarve

CSP – Cuidados de Saúde Primários

EUA – Estados Unidos da América

HFF – Hospital Doutor Professor Fernando Fonseca

IC – Insuficiência cardíaca

Km – quilómetro

MGF – Medicina Geral e Familiar

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SU – Serviço de Urgência

SUB – Serviço de Urgência Básica

SUMC – Serviço de Urgência Médico Cirúrgica

SUP – Serviço de Urgência Polivalente

UE – União Europeia

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Seleção da amostra de participantes	19
Tabela 2- Caraterização sociodemográfica dos participantes	23

Índice

1. Introdução	1
2. Enquadramento teórico.....	5
2.1 Definição e caracterização do Serviço de Urgência	5
2.2 Regresso ao SU após alta hospitalar.....	6
2.2.1 Caracterização e frequência.....	6
2.2.2 Fatores que motivam o regresso ao SU.....	7
2.2.3 Causas de regresso ao SU após alta, segundo a perspetiva dos utentes	10
2.3. Intervenções para a redução do regresso ao SU.....	12
3. Objetivos	15
4. Metodologia	17
4.1 Contextualização.....	17
4.2 Participantes.....	17
4.3 Procedimento de recrutamento dos participantes e recolha dos dados	18
4.4 Recolha de dados.....	19
4.5 Análise dos dados.....	20
4.6 Questões Éticas	20
5. Resultados	23
5.1 Caracterização dos participantes.....	23
5.3 Análise qualitativa dos dados	24
5.3.1 Motivos de ida ao SU.....	24
5.3.2 Vivências e fatores relacionados com a ida à urgência	27
5.3.2.1 Do internamento à preparação para a alta	27
5.3.2.2 Transição de cuidados e plano de alta	28
5.3.2.3 Da alta hospitalar à ida ao SU: desafios aos cuidados no domicílio	30
6. Discussão	37

6.1	Motivos de ida ao SU	37
6.2	Do internamento à preparação para a alta, transição de cuidados e plano de alta.....	38
6.3	Da alta hospitalar à ida ao SU: desafios aos cuidados no domicílio.....	40
6.5	Caraterização dos participantes.....	45
6.6	Limitações do estudo.....	46
6.7	Recomendações futuras.....	46
7	Conclusão	49
8	Referências	51
	ANEXO I – Fluxograma de seleção de participantes	63
	ANEXO II – Guião de Convite para participar no estudo	64
	Anexo III – Apresentação do estudo e consentimento informado.....	66
	2.3 Período para questões.....	67
	2.4 Consentimento informado	67
	ANEXO V– Guião da entrevista	69
	2.5 Perguntas da entrevista.....	69
	Pergunta de abertura.....	69
	Decisão de ir à urgência.....	69
	Alternativas à urgência.....	69
	Follow up do episódio de urgência	69
	Entre alta e decisão de se dirigir à urgência.....	70
	Alta / Chegada a casa do hospital	70
	Pergunta final	70
	Caracterização do participante.....	71
	Utilização de cuidados de saúde no mês seguinte à alta do internamento ...	71
	2.6 Encerramento da entrevista.....	71
	2.7 Envio de SMS com contactos.....	71
	ANEXO V – Autorização da Comissão de Ética do CHUA para desenvolvimento do estudo.....	73

ANEXO VI – Autorização do aditamento submetido à Comissão de Ética do CHUA para inclusão de familiares de doentes no estudo	74
--	-----------

1. Introdução

Os serviços de urgência desempenham um papel fundamental nos sistemas de saúde, uma vez que dão resposta a situações urgentes de crise e stress da saúde dos doentes, sendo que, frequentemente, são a primeira linha de contacto entre o doente e o sistema de saúde (1–3). São serviços que têm associados grandes consumos de recursos – humanos e financeiros – e impactam diretamente o funcionamento dos restantes serviços hospitalares e do próprio SNS (4). O tipo de cuidados prestados no serviço de urgência, quando utilizados em demasia, impedem que se criem vínculos entre doentes e instituições de saúde, numa perspetiva de promoção da saúde e prevenção da doença, sendo prestados apenas cuidados que visam dar resposta à patologia/sintomatologia do momento (5).

O número de doentes admitidos nos serviços de urgência hospitalar tem crescido ao longo dos anos nos diferentes países da UE (6). Portugal foi, entre os anos de 2002 e 2011, o país da UE com o maior número de episódios de urgência *per capita* (7). No ano de 2019, foram realizados 6 425 560 atendimentos no SU em Portugal (8), o que representa um acréscimo de 0,9% de atendimentos em relação ao ano antecessor (9).

O regresso ao SU nos 30 dias subsequentes à alta hospitalar é um problema frequente e transversal aos diversos sistemas de saúde, tem um impacto direto na eficiência, na qualidade dos cuidados prestados e nos custos hospitalares – o custo de um episódio de urgência é superior ao custo de uma consulta programada (10–14). É, por todos estes motivos, um aspeto merecedor de intervenção de melhoria nos sistemas de saúde. O regresso ao SU é também um fator que contribui para o *overcrowding* – situação em que existe um excesso de procura relativamente aos recursos disponibilizados por este serviço (15). Uma utilização excessiva do serviço de urgência pode ainda afetar negativamente outros indicadores hospitalares: aumento do tempo de espera, diminuição da qualidade dos serviços prestados, maior probabilidade de prática de erros médicos, atrasos nos diagnósticos e tratamentos, havendo, por consequência, redução nos graus de satisfação dos doentes (4,7,10). Silva afirma também que, quanto maior for a percentagem de episódios no SU, menor é a produtividade dos profissionais de saúde (16).

Os doentes que regressam ao SU estão, geralmente, com um estado de saúde mais frágil, havendo, por isso, maior risco de descompensação da doença e maior taxa de mortalidade (17,18). Estes doentes são também mais complexos que um doente padrão do SU, sendo que consomem mais recursos hospitalares – quer recursos humanos,

quer recursos materiais (19). O custo médio de um episódio dos doentes que vão ao SU após alta é mais elevado que o custo médio de um episódio do doente padrão (20).

O regresso à urgência após alta é utilizado, nalguns países, como um indicador da qualidade dos cuidados prestados no SU (11,21,22). Este indicador de qualidade pode ser indicativo de lacunas da prestação de cuidados de saúde, quer ao nível do tratamento dos doentes, quer no processo de transição do doente para casa/outra instituição prestadora de cuidados de saúde – salientando-se, assim, a fragmentação no follow-up dos doentes e a própria integração de cuidados (11,21–25). Melhorar este indicador será vantajoso no ponto de vista operacional, uma vez que é também uma oportunidade para reduzir custos (24). Em Portugal, dados de um estudo realizado em 2022 indicaram que cerca de 20% a 25% dos doentes regressaram à urgência após alta em meio hospitalar (26).

Estudos mostram que os doentes portadores de IC têm um grande peso no número de regresso ao SU após alta: cerca de 45% destes doentes vão ao SU no mês seguinte à alta hospitalar (27). Esta doença afeta cerca de 400 mil doentes, em Portugal e representa um problema de saúde pública, uma vez que é responsável por elevados níveis de mortalidade e morbilidade (28,29).

Compreender a frequência e os motivos que levam os doentes a regressar ao SU após alta hospitalar é apontado como um passo fundamental para diminuir as taxas de admissão dos doentes neste serviço (13). Existem vários estudos e artigos científicos publicados sobre a utilização do SU e as consequências que esta utilização traz, quer às instituições de saúde, quer aos próprios profissionais de saúde, concretizados através da análise de dados administrativos das organizações prestadoras de cuidados. Contudo, o frugal número de estudos cujo enfoque passa por entender a perspetiva dos doentes no motivo que os leva a regressar ao SU impede que os hospitais - e os próprios sistemas de saúde - criem medidas centradas nos doentes e nas suas necessidades, ficando incapacitados de intervir de forma a melhorar a qualidade e satisfação dos mesmos (18,30–32). Os cuidados centrados nos doentes têm em conta os valores, preferências e necessidades dos doentes aquando o momento da tomada de decisão, sendo que esta forma de pensar e organizar os cuidados de saúde deve ser tida em conta - em conjunto com dados quantitativos – quando se pretende avaliar a qualidade dos cuidados de saúde prestados (18,32,33). Um estudo desenvolvido por Klea D. Bertakis *et al.*, no ano de 2011, mostrou que há relação entre sistemas cujos cuidados são centrados nos utentes e a utilização dos serviços de saúde – quando se tem em conta esta perspetiva, há um decréscimo da utilização dos serviços de saúde (12,34). Os doentes são fontes de informação fidedigna e confiável sobre a prestação dos

cuidados de saúde (35) e, por esse motivo, a compreensão e percepção das razões pela qual os doentes dão entrada no SU é um ponto fulcral para a satisfação dos doentes, bem como para a diminuição no número de idas ao SU, sendo que poderá também funcionar também como uma ferramenta de planeamento na gestão hospitalar (6,32). Schouten *et al.* afirmam que, para além da redução da utilização dos serviços de saúde, os cuidados centrados nos doentes têm impactos positivos noutros indicadores de saúde, nomeadamente na satisfação dos utentes e na redução dos custos (18).

Assim, de forma a reduzir o número de atendimentos no serviço de urgência e melhorar a qualidade dos serviços de saúde prestados, há necessidade de se estudar a perspetiva dos doentes sobre os fatores que os levaram a voltar à urgência, nos 30 dias subsequentes a alta hospitalar, e as medidas que o poderiam ter evitado, para que decisores e gestores estejam munidos da melhor e mais recente evidência científica disponível aquando da tomada de decisão.

O presente documento está dividido em 6 capítulos: após a introdução, apresenta-se o enquadramento teórico. Segue-se o capítulo da metodologia, com referência ao desenho do estudo e ao instrumento de recolha de dados. O quarto capítulo diz respeito aos resultados obtidos com o estudo, seguindo-se a discussão dos mesmos, limitações do estudo e recomendações futuras. As principais conclusões e propostas para futuras serão apresentadas no último capítulo.

2. Enquadramento teórico

2.1 Definição e caracterização do Serviço de Urgência

Os serviços de urgências são entendidos como serviços cujo principal objetivo se centra na “recepção, diagnóstico e tratamento de doentes acidentados ou com doença súbitas que necessitem de atendimento imediato em meio hospitalar” (36). De acordo com o Despacho nº10319/2014 a rede de SU integra os seguintes níveis de resposta: o Serviço de Urgência Básico, Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico e o Serviço de Urgência Polivalente (37). O primeiro nível de acolhimento – SUB – dá resposta a situações urgentes, tem um maior grau de proximidade das populações, sendo também o nível responsável pela estabilização inicial de situações de maior complexidade e que exigem um nível mais diferenciado de cuidados (37). Este serviço deve existir onde se considere necessário para a garantia do acesso da população que não tenha acesso a um nível de SU superior num período máximo de 60 minutos (38). O Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico – segundo nível de acolhimento - deve existir em rede, como forma de apoio da rede SUB, referenciando situações de maior complexidade que necessitem de cuidados mais diferenciados para a rede SUP (38). Por último, o Serviço de Urgência Polivalente é o terceiro e mais diferenciado nível de acolhimento e deve prestar resposta de proximidade à população na sua área de residência (37,38). Os SU devem ser distribuídos em território nacional tendo em conta a localização e número da população, por forma a dar resposta a situações de saúde urgentes (37). Caracterizam-se por serem serviços com uma dinâmica de constante mudança, associada à imprevisibilidade dos doentes que recebem, havendo, por isso, uma maior dificuldade no planeamento prévio das atividades a realizar (2), sendo que os cuidados prestados são multidisciplinares e requerem uma panóplia de profissionais: desde médicos e enfermeiros a auxiliares de ação médica (3).

Nos hospitais portugueses está implementado o Sistema de Triagem de Manchester, desde 1994, que tem como finalidade distinguir os doentes através de um grau de prioridade do tempo de espera até uma primeira observação, de acordo com as suas necessidades clínicas (39). Neste sistema, os doentes são também classificados tendo em conta o seu grau de risco (40). Aos doentes a quem é atribuída a cor laranja são considerados casos muito graves, a cor vermelha é atribuída a doentes com quadros graves e emergentes e a cor amarela a casos urgentes. As cores verdes e azuis

representam doentes com quadros de pouca gravidade, sendo por isso pouco ou não urgentes (40).

Um estudo publicado pela OCDE, em 2011, mostra que Portugal regista cerca de 70 visitas ao SU por 100 habitantes, ultrapassando a média da OCDE, havendo assim um uso inadequado do SU (7,41).

Contudo, desde novembro de 2020 até novembro de 2021, foram registados 5 028 260 episódios de urgência nos hospitais portugueses (42) – menos 21,7% dos episódios que o ano anterior - o que pode ser explicado pela pandemia provocada pelo Sars-CoV-2, que afastou as pessoas do SU (41,43–46)

2.2 Regresso ao SU após alta hospitalar

2.2.1 Caraterização e frequência

No presente estudo, por ida ao SU após alta entende-se a admissão do doente no SU, após o mesmo ter tido alta do internamento hospitalar nos 30 dias que antecederam esta visita (22).

A IC é uma doença crónica com que afeta cerca de 400 mil portugueses e espera-se que a prevalência desta doença aumente entre 50% a 70% na população até 2030 (47). A IC constitui um problema para a saúde pública, pelos elevados níveis de mortalidade e morbidade (28,29). O elevado número de doentes portadores de IC – geralmente com idades mais avançadas - acarreta custos avultados para o SNS (28,48). Os fatores de risco para desenvolver IC são a ocorrência de um problema de saúde que afetou o coração ou comportamentos de risco, como sedentarismo, tabagismo, diabetes ou colesterol elevado (29,47). De acordo com um estudo realizado por Miró Ó. *et al.*, cerca de 45% dos doentes portadores de IC vão ao SU após alta hospitalar (27,28).

Estima-se que cerca de 20% a 25% dos doentes regressem à urgência nos 30 dias subsequentes à alta, em Portugal, e que esta percentagem varie entre os 7% e os 33% nos restantes países da Europa e nos EUA (17,22,26,49–51). Um estudo desenvolvido em 2012, pelo Instituto Canadano de Informação em Saúde, calculou as taxas de regresso ao SU, de acordo com diferentes grupos de doentes, obtendo-se os seguintes valores: 9,8% dos doentes eram do grupo obstétrico, do grupo pediátrico 16,9% dos doentes regressaram ao SU, do grupo médico regressaram ao SU 25,4% dos doentes e, no grupo cirúrgico, esta taxa corresponde a 18,7% dos doentes que tiveram alta de

meio hospitalar (20). O mesmo estudo concluiu também que os utentes admitidos na urgência após alta hospitalar têm um maior número de triagens urgentes que a generalidade da população: 71,6% dos utentes que regressam ao SU após alta foram triados como urgentes ou emergentes, em comparação com 52,4% da população geral (20).

Um estudo realizado por Rising L. *et al.*, constatou que da totalidade de doentes que regressam ao SU nos 30 dias seguintes após alta, 45,7% voltam a ser hospitalizados (13). O Instituto Canadano de Informação em Saúde afirma que, dos doentes que vão ao SU nos 7 dias após alta hospitalar, 31,2% voltam a ser hospitalizados (20). O mesmo estudo – e único estudo disponível na literatura encontrado que refere as conclusões relatadas - defende que o nível hospitalar influencia as taxas de regresso ao SU: os hospitais de pequena dimensão têm maior taxa de regresso ao SU que os hospitais médios, com taxas de 15,7% e 10%, respetivamente, seguindo-se os hospitais de ensino, com uma taxa de regresso de 8,8% (20). Brennan *et al.*, afirmam que 37% dos doentes que regressam ao SU nos 30 dias após a alta tendem a realizar múltiplas visitas a este serviço (52).

Os indicadores de qualidade são fundamentais e funcionam como marcadores da performance dos serviços de saúde, sendo essenciais para “avaliar e melhorar a qualidade dos cuidados de saúde prestados ao cidadão e assegurar a todos os utilizadores acesso a cuidados de qualidade, em tempo útil e com eficiência de gestão de recursos (...)” (53).

2.2.2 Fatores que motivam o regresso ao SU

O regresso ao SU é um problema multivariável e não pode, em muitos casos, ser evitado – quer pela evolução da doença, quer por necessidades urgentes dos doentes (11,26,50). No panorama da gestão e da saúde pública, importa perceber os motivos e fatores ponderados pelos doentes quando estes regressam ao SU após alta (12,31).

Através de uma revisão aprofundada da literatura, verifica-se que devem ser analisadas as perspetivas dos diferentes *stakeholders* para compreender quais os fatores preponderantes que motivam uma visita ao SU após alta de internamento (14). Alguns dos motivos apontados como fatores de ida ao SU são referidos quer pelos doentes, quer pelos próprios profissionais de saúde.

Inúmeros estudos procuram encontrar motivos para explicar as causas de regresso ao SU, através da análise de dados administrativos dos serviços de saúde. Após uma

revisão da literatura, são inúmeras as razões apontadas para explicar o regresso ao SU após o internamento:

- Fatores sociodemográficos: idade, sexo, idioma e distância a que vivem de um serviço de urgência (12,13,18,20,54,55);
- Comorbilidades (12,17,56,57);
- Níveis de literacia em saúde (10,31,58,59);
- Eventos adversos associados ao internamento hospitalar (11,54,60,61);
- Crescente procura por cuidados de saúde e racionalização dos recursos em saúde (3,19,20,54,62);

As características sociodemográficas dos doentes, como o sexo, a idade e a distância a que residem das instituições de saúde são fatores preditivos de uma ida dos doentes ao SU após alta: estes doentes tendem a ter idades superiores e ser, geralmente, do sexo masculino. Doentes que vivem a distâncias superiores dos hospitais tendem a ter um menor número de visitas ao SU (12,13,18,20,54,55). Um estudo realizado por Samuel-Kalow *et al.* mostrou que existe relação entre o idioma falado pelos pais de doentes menores e as taxas de regresso ao SU após internamento: pais de doentes cujo o idioma falado é diferente do idioma dos profissionais de saúde tinham maior probabilidade de originar um episódio de urgência (21).

Parte dos doentes que foram admitidos no SU após alta têm outras comorbilidades associadas, como são exemplo as doenças crónicas como a diabetes, obesidade e hipertensão (12). Após alta, os doentes encontram-se mais debilitados – quer pelo processo de recuperação, quer pela própria transição do ambiente em que são cuidados – e, por esse mesmo motivo, podem existir descompensações das comorbilidades já existentes (12,18,56). As descompensações de doenças crónicas representam 72% das visitas ao SU após alta hospitalar (17). As comorbilidades dos doentes são, para Wang *et al.*, um fator que mais peso tem na previsão de possíveis regressos ao SU após alta hospitalar (17).

Vários autores procuraram identificar as causas de saúde que têm maior peso no regresso ao SU após alta hospitalar: 8% destes doentes foram diagnosticados com pneumonia, 9% para os doentes que sofreram enfarte agudo do miocárdio, doentes submetidos a resseção segmentar do colón representam 9,2% dos regressos aos SU, seguindo-se os doentes submetidos a cirurgia cardíaca, que representam 11,9% das visitas ao SU, sendo que as visitas mais frequentes são para utentes de hemodiálise - 27% dos utentes regressam ao SU nos 30 dias subsequentes à alta (12,17,25). Os resultados acima referidos não podem, contudo, ser comparados

entre si, uma vez que foram retirados de diferentes estudos, pelo que poderá haver diferenças estatisticamente significativas com as populações em estudo, bem como nas metodologias utilizadas para o cálculo destas percentagens.

Inúmeros autores referem que a falta de informação por parte dos doentes – quer do seu estado de saúde, quer das diferentes opções e níveis de cuidados dos sistemas de saúde que não este serviço são um dos motivos apontados para o regresso ao SU (58,59). Por outro lado, a facilidade de acesso a um SU quando comparado com as alternativas – atendimento disponível durante 24 horas sem necessidade de marcação prévia, onde são feitos exames de diagnóstico seguidos da respetiva terapêutica são fatores que pesam na ida ao SU após alta hospitalar (10,31,58,59). Os doentes entendem que é no SU que receberão o tratamento atempado e necessário para a sua condição (19,54).

Doentes que estiveram hospitalizados têm um risco acrescido de sofrerem complicações após alta (60). As complicações mais comuns são usualmente: efeitos adversos dos medicamentos, erros terapêuticos e infeções nosocomiais (60). Do total de doentes hospitalizados, cerca de 2,5% a 11% afirmam ter sofrido de eventos adversos resultantes do tratamento hospitalar (60,61). Um estudo desenvolvido por Forster A, *et al.*, num hospital universitário canadiano, concluiu que 12% dos doentes que experienciam eventos adversos regressam ao SU após alta hospitalar (60). Um terço dos doentes que regressam ao SU por causa de eventos adversos consequentes dos tratamentos recebidos poderiam ter sido prevenidos (11,61,63).

Em consequência da pressão económica exercida nos serviços de saúde e da elevada procura por cuidados de saúde, o tempo de internamento é por vezes menor, e, como consequência, os doentes passam pelo processo de recuperação e reabilitação nos domicílios ou instituições preparadas para o efeito (3,19,62). Decorrem destas situações regressos à urgência para reavaliações ou tratamentos, caso se verifiquem necessários (19). O estudo desenvolvido pelo Instituto Canadano de Informação em Saúde conclui também que episódios de internamento com menor duração tendem a ter maiores taxas de regresso ao SU (20). Em 2014, Suffoletto *et al.* e Campbell D. *et al* concluíram que os doentes afirmam que um maior período de internamento em meio hospitalar deverá, mais tarde, reduzir o número de idas urgentes ao hospital (14,54).

A par de todos os motivos acima listados, uma percentagem mínima de doentes regressa ao SU após alta contra parecer médico (13).

Apesar de todas as razões suprarreferidas, conhecer a perspetiva dos doentes nos motivos que os levaram à urgência torna-se relevante para que sejam tomadas medidas

custo-efetivas que sejam capazes de diminuir as taxas de regresso dos doentes ao SU (13).

2.2.3 Causas de regresso ao SU após alta, segundo a perspectiva dos utentes

Para que se construam sistemas de saúde com cuidados centrados nos doentes, é importante que se tenham em conta as necessidades e preferências dos doentes e/ou dos seus cuidadores no momento da tomada de decisão (14,31). Através de uma análise a estudos realizados por diversos autores, constata-se que os motivos apontados pelos doentes no regresso ao SU após alta são os seguintes:

- Fatores relacionados com o motivo da primeira hospitalização (17–19,54);
- Dificuldades na compreensão do plano de alta (3,14,18,22,54,64–67);
- Falha no follow-up após alta hospitalar (14,18,57,68,69);
- Satisfação de necessidades básicas (49);
- Referenciação por outro profissional de saúde (54);

De todos os motivos apontados como causador de ida ao SU após alta, a causa mais frequente de ida ao SU é a evolução da doença que originou a primeira hospitalização, sendo esta responsável por 69% das entradas nos SU dos doentes (17,54). Com a percepção de que grande parte das visitas ao SU está relacionado com o motivo da primeira hospitalização, entende-se que a procura por cuidados agudos é, por vezes, um acontecimento que pode ser antecipado e prevenido (14,18). Através da investigação realizada por Baer *et al.*, em 2001, verificou-se que dos doentes que deram entrada no SU com o mesmo problema de saúde que deu origem à primeira hospitalização, 16% eram eventos antecipáveis e preveníveis (19).

A compreensão do plano de alta é um fator determinante para evitar o regresso à urgência (3,64). A adesão às instruções e informações dadas após alta é uma importante componente para a prevenção de complicações e para uma boa recuperação (65). Assim sendo, a comunicação entre profissionais de saúde e doentes, aquando da transição de cuidados, é fundamental para que os doentes e/ou os seus cuidadores saibam gerir a doença e o processo de recuperação (3,66). Contudo, são vários os relatos dos doentes e/ou cuidadores que desconhecem o plano de alta ou não o sabem interpretar (3,18,65,67). Esta falta de compreensão, deve-se, por um lado, à falta de

disponibilidade dos profissionais de saúde, que não têm tempo suficiente para dedicar ao utente e/ou cuidador e dar-lhe uma explicação cuidada dos procedimentos a efetuar após alta, ou pela ausência de avaliação dos mesmos da capacidade do doente e/ou cuidador na capacidade de compreensão do plano de alta (3). Por outro lado, os baixos níveis de literacia em saúde dos utentes explicam também a pouca capacidade de compreensão e adesão aos planos de alta que é sentido por alguns doentes (22,64,65). Um estudo desenvolvido em 2012 por Kangovi S. *et al.*, num hospital americano, constata que 5,7% dos doentes sentiram dificuldades na adesão terapêutica após a alta e 5% dos doentes sentiram dificuldades na obtenção da medicação necessária à recuperação, daí o seu regresso ao SU (30). Assim, o regresso ao SU pode ser indicativo de uma fragmentação na transição de cuidados (24). O estudo realizado por Suffoletto *et al.*, em 2014, conclui que 10% dos doentes entrevistados no seu estudo, afirmam que o regresso ao SU poderia ser diminuído caso fossem melhoradas as instruções dadas no momento da alta e revisão das terapêuticas a adotar (14).

Estudos realizados com base em dados administrativos e com base na perspetiva dos utilizadores de cuidados de saúde apontam as falhas do *follow-up* como causa de regresso ao SU (13,18,57). No estudo realizado por Schouten *et al.*, em 2021, conclui-se que os utentes acreditam que consultas de acompanhamento nos cuidados de saúde primários, após alta hospitalar, preveniriam episódios de urgência (13,18). O *follow-up* atempado dos doentes permite que sejam detetados, numa fase inicial, agravamentos do quadro clínico dos doentes, evitando, assim, uma ida ao SU (25,57,68,70). Os doentes que são acompanhados nos 30 dias subsequentes à alta hospitalar têm também menor probabilidade de morte (71). O *follow-up* dos doentes após alta em meio hospitalar é um pilar basilar dos objetivos dos cuidados centrados nos doentes (69,70). O estudo conduzido por Sharma G. *et al.* concluiu que doentes com doença pulmonar obstrutiva crónica, que foram acompanhados pelos CSP ou por um pneumologista, após alta de internamento, apresentam níveis menores de regresso ao SU – estes utentes têm 14% menos de probabilidade de regressar ao SU e 9% de probabilidade de serem readmitidos (72). O estudo realizado por Schouten B *et al.*, concluiu que alguns doentes referem sentir algumas dificuldades no *follow-up* recebido após alta: por referirem não ter capacidade de deslocação e não serem completamente independentes, ou pela falta de acompanhamento por parte do médico de família (18). Alguns doentes apontam ainda a dificuldade sentida no acesso aos CSP, referindo ainda que saem da unidade hospitalar sem marcação de consulta de acompanhamento (54).

Parte dos cuidadores dos doentes que têm alta hospitalar referem que não têm qualquer tipo de apoio social, quer a nível económico, alimentar ou serviço doméstico (49). Tal

facto pode contribuir para o agravamento do estado de saúde do doente, dando origem a uma visita ao SU (49).

Alguns doentes apontam ainda como causa de regresso ao SU referência por parte de outros profissionais de saúde: 32% dos doentes envolvidos no estudo realizado por Campbell *et al.*, em 2020, afirma que, quando consultaram o seu médico de família, estes deram indicação para recorrerem ao SU (54).

2.3. Intervenções para a redução do regresso ao SU

Os hospitais e os sistemas de saúde têm vindo a implementar medidas para reduzir os episódios de urgência nos 30 dias após alta hospitalar, quer através de programas de prevenção, quer através de penalizações financeiras (31).

Um fator determinante para reduzir o regresso ao SU passa por melhorar o processo de alta: quer através de procedimentos padronizados sobre cuidados a ter após alta, quer com uma monitorização mais próxima do doente aquando da transição dos cuidados para o domicílio/outra instituição de saúde (18,31,63,64,73). Um processo de alta com instruções claras dos cuidados reduz o número de regressos ao SU, aumentando a eficiência da transição dos cuidados (18). O *Institute of Medicine* afirma que deve haver “uma integração dos cuidados entre diferentes níveis de prestação de serviços e uma transição eficiente dos pacientes entre locais de prestação de cuidados.” (33,74). O mesmo Instituto afirma que deve haver uma comunicação clara, exata e perceptível entre profissionais de saúde e doentes (33). Deve, também, ser tido em conta o nível de compreensão dos doentes aquando da explicação do plano de alta (22). O follow-up dos doentes após a hospitalização é fundamental para a continuidade dos cuidados e poderá realizar-se através de telessaúde – chamadas telefónicas que visam acompanhar e responder a questões que possam surgir associadas ao processo de recuperação dos doentes (31,74,75). Um estudo realizado por Chin-Yen Han *et al.*, concluiu que os doentes que foram acompanhados com recurso a chamadas telefónicas tinham níveis maiores de satisfação e menores taxas de regresso ao SU associadas (73).

O tratamento dos doentes não urgentes que recorreram ao SU poderia ser realizado noutra nível de cuidados do SNS, nomeadamente nos CSP (58,69). Frequentemente os CSP não conseguem fazer o follow-up dos doentes após episódios de hospitalização, uma vez que não têm capacidade de dar resposta às necessidades dos doentes (69). Poderá estar neste facto espelhada uma das ineficiências do SNS português, uma vez

que compete aos cuidados de saúde primários “garantir a acessibilidade necessária ao atendimento de situações não urgentes” (37). Nos EUA, as clínicas de transição de cuidados solucionam o problema acima descrito, uma vez que têm como desiderato o *follow-up* dos doentes após alta (69). Estas clínicas são usadas para que seja feita uma transição segura de cuidados após alta hospitalar. As visitas domiciliárias são também referidas como promissoras no que toca ao acompanhamento de doentes em risco de admissão no serviço de urgência (57,76).

No que concerne aos doentes que regressam ao SU por questões sociais, existem já intervenções que criam parcerias entre hospitais e a comunidade, de forma a prestar apoio ao doente no momento de transição de cuidados e nas dificuldades sentidas no domicílio. Estas intervenções passam por práticas de integração de cuidados de saúde (51). Na realidade portuguesa, salientam-se os seguintes projetos:

- Comissão de Interface do Centro Hospitalar Tâmega e Sousa/Cuidados de Saúde Primários – iniciativa desenvolvida pelo Centro Hospitalar Tâmega e Sousa que procura a implementação de governação clínica com os CSP da área de influência, garantindo um sistema de intercomunicação, onde há articulação entre cuidados hospitalares e cuidados primários, de forma a adequar a resposta à população (77);
- Programa de telemonitorização em doentes com IC no HFF: o serviço de Cardiologia do HFF iniciou este programa com o desejo de reduzir o número de internamentos e de idas ao SU por motivos relacionados com esta patologia. É possível intervir, atempadamente em caso de descompensação da doença. Através de aparelhos de telemonitorização, é possível avaliar diversos parâmetros: pressão arterial, saturação de oxigénio, frequência cardíaca, entre outros. Apesar das inúmeras vantagens, apenas está disponível para doentes que disponham de condições socioeconómicas e que saibam lidar com as tecnologias necessárias (78,79).
- Um projeto desenvolvido no CHLN, em conjunto com a Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, mostrou que existe relação entre o acompanhamento dos doentes com IC através de telemonitorização e a redução do número de idas ao SU e número de readmissões (80).

A RNCCI presta também apoio a doentes que necessitam de “cuidados de saúde e de apoio social de forma continuada e integrada a pessoa que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência (81), pelo que desempenham também um papel fundamental na prestação de cuidados de longa duração à população que delas necessitam.

3. Objetivos

A presente dissertação tem como finalidade principal caracterizar os fatores que contribuíram para ida do doente à urgência nos 30 dias após alta, de acordo com a perspectiva dos doentes com IC e dos seus familiares, e as medidas que o poderiam ter evitado. Com isto, pretende-se que se criem mecanismos de inovação, que visem dar respostas às necessidades sentidas pelos doentes e/ou seus familiares desde o momento em que têm alta até ao momento em que vão ao serviço de urgência e, de igual forma, contribuir para uma diminuição do número de visitas ao SU.

Como objetivos específicos foram definidos os seguintes:

- Compreender os motivos que levaram os doentes com IC ao SU após alta de internamento;
- Identificar as dificuldades e os motivos subjacentes sentidos pelos doentes com IC no domicílio até ao momento em que regressaram ao SU;
- Compreender as intervenções de melhoria, apontadas pelos doentes com IC e seus familiares, que contribuam para a redução de uma ida ao SU.

4. Metodologia

4.1 Contextualização

O presente estudo foi realizado no Centro Hospitalar Universitário do Algarve. O CHUA é a única instituição de saúde pública localizada no distrito do Algarve, sendo que serve cerca de 440 mil habitantes (82). O SU do CHUA é composto por um SUP, um SUMC e um SUB. Em 2019, foram realizados 362 899 episódios de urgência neste centro hospitalar (82).

O presente trabalho tratou-se de um estudo observacional transversal retrospectivo.

Este estudo qualitativo está inserido no projeto “READY- Reduction of Emergency Department Returns After Discharge from hospital: machine learning and qualitative research for better innovation in transitional care”.

4.2 Participantes

Dado o peso relevante que a IC tem na população portuguesa e nas visitas à urgência após alta hospitalar (27,78), o estudo foi realizado com doentes e familiares de doentes diagnosticados com esta patologia que recorrem ao SU nos 30 dias após alta.

A amostragem intencional foi a estratégia utilizada para o recrutamento dos participantes: foram recrutados doentes com IC, que foram ao SU passados 30 dias após a alta de internamento (83). Pretendeu-se obter uma amostra homogénea quanto à condição de saúde, mas heterogénea em relação a outras características: diferentes faixas etárias e local de residência (domicílio e residências para idosos). O recrutamento dos participantes foi realizado de forma sucessiva, procurando recolher dados até ao alcance da saturação - foram incluídos participantes até que não emergissem novos temas da análise de dados (83,84).

Neste estudo, foram incluídos doentes com IC, com idades superiores ou iguais a 18 anos, que tenham registo de pelo menos um episódio de urgência nos 30 dias subsequentes à alta, com capacidade para dar consentimento informado, cujo estado de saúde permita a sua participação no estudo e que não se encontre a participar noutro estudo na instituição. Foram também incluídos os familiares dos utentes que não tinham condições clínicas que lhes permitiu responder à entrevista.

Foram definidos como critérios de exclusão a alta por transferência para outro hospital, a alta contra parecer médico e a ausência de contacto telefónico.

4.3 Procedimento de recrutamento dos participantes e recolha dos dados

A seleção dos potenciais participantes no estudo foi realizada por um profissional de saúde indicado pelo hospital e, numa primeira fase, com base numa identificação automática nos sistemas de informação de rotina, com periodicidade mensal. O fluxograma da identificação e seleção dos participantes está incluído nos Anexos (Anexo I).

Após verificação dos critérios de inclusão e exclusão, o profissional de saúde que selecionou inicialmente os participantes contactou os mesmos por via telefónica, no sentido de os convidar a participar no estudo (Anexo II). Em caso de resposta afirmativa, foi enviado para o investigador principal o código do potencial participante, a data do convite para a participação do estudo, a data da primeira ida ao SU após alta e o contacto telefónico do paciente.

O potencial participante foi depois contactado para a realização da entrevista. O guião contém a apresentação do estudo e um período para questões (Anexos III e IV). A partir desse momento, o entrevistador gravou as perguntas e respostas incluídas no modelo de consentimento informado, com vista a documentar o acordo para a participação no estudo, quando exista. Os participantes foram informados antecipadamente que têm direito de recusar ou interromper a participação no estudo, em qualquer momento, com efeitos imediatos, sem justificação e sem consequências. A obtenção do consentimento informado dos participantes foi gravada, bem como os relatos das experiências vividas pelos participantes.

O recrutamento de participantes e posterior recolha de dados aconteceu entre julho de 2022 e março de 2023. Foram recrutados, pelo CHUA, 25 participantes, que cumpriam os critérios de inclusão definidos para participação no estudo.

Destes, dez deles foram entrevistados e os dados foram analisados para obtenção de conclusões relevantes para o estudo. Os participantes incluídos no estudo foram os próprios doentes e os seus familiares: três doentes responderam de forma autónoma e sete dos participantes são familiares de doentes que não tinham condições clínicas para participar.

Dos possíveis participantes recrutados pelo CHUA, cinco recusaram participar no estudo, dois não tinham capacidade para consentir com sua a participação no estudo, seis doentes não tinham condições clínicas para participar e um faleceu.

Tabela 1 - Seleção da amostra de participantes

Número total de participantes identificados pelo CHUA	25
Participantes entrevistados	10
Motivo de Exclusão	
Recusa	5
Sem capacidade de consentimento informado	3
Morte do doente	1
Doente sem condições clínicas	6

4.4 Recolha de dados

Os dados necessários para a compreensão das perspetivas dos doentes com IC e dos seus familiares, quanto aos motivos de ida ao SU foram recolhidos através de entrevistas semiestruturadas. O nível médio de estruturação das entrevistas possibilitou recorrer quer a questões abertas quer a questões mais específicas, o que permitiu ao participante desenvolver e aprofundar as suas perspetivas (83). Foi também recolhida informação sociodemográfica acerca dos participantes, com recurso a um questionário de caracterização. O guião das entrevistas foi desenvolvido tendo por base trabalhos anteriores. As questões incidem sobre os motivos de terem ido ao SU e dificuldades sentidas pelos doentes e familiares desde o momento de alta até ao momento em que tomaram a decisão de ir ao SU. O guião foi organizado em perguntas principais e perguntas de seguimento, focando os seguintes tópicos:

- Motivos da visita à urgência;
- Experiência do processo de transição de cuidados;
- Gestão de saúde durante o período em que os doentes estiveram no domicílio;
- Fatores relacionados com a ida à urgência;
- Experiência com o Follow-up dos doentes.

As entrevistas foram realizadas através de chamadas telefónicas, dada a dispersão dos participantes em relação ao entrevistador (Algarve e Porto) e tiveram uma duração de 45 minutos a 1 hora.

4.5 Análise dos dados

A descrição da população em estudo foi feita através do cálculo de frequências absolutas e relativas.

Após a transcrição e anonimização das entrevistas, os dados foram analisados com recurso à análise temática. Através desta, foi possível fazer a extração de significado dos dados recolhidos decorrentes das experiências relatadas pelos doentes. Na fase de pré-análise, foi feita uma leitura inicial das transcrições das entrevistas, de modo a definir as categorias de análise, através de uma abordagem dedutiva-indutiva: foi definido um dicionário de códigos pré-estabelecido através de uma análise da literatura, sendo que foram criados códigos e subcódigos adicionais à medida que foram analisados os dados e que foram surgindo novos temas. A abordagem dedutiva foi predominante em categorias como: motivos de regresso ao SU, dificuldades sentidas desde a alta até ao episódio de urgência, categorias relacionadas com falta de resposta ou críticas aos cuidados de saúde primários, follow-up dos doentes e questões relacionadas com a transição de cuidados (85). Depois de criadas as categorias de análise, foi feita a codificação sistemática dos dados. Os relatos e partes de discurso dos participantes foram organizados em categorias, tendo em conta padrões de significado e conceitos subjacentes. Nalgumas categorias de análise, foram criadas subcategorias, de modo a ser possível realizar uma análise mais minuciosa dos dados. A codificação dos dados foi feita através do software de análise qualitativa assistida por computador, MAXQDA 2022.

4.6 Questões Éticas

O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética do CHUA (Anexo V). Foi ainda submetido um aditamento à mesma Comissão para que fosse possível a inclusão dos familiares dos utentes que não estivessem capazes de responder, por causa da sua condição de saúde (Anexo VI).

O acesso aos dados é restrito aos investigadores envolvidos na realização e/ou transcrição das entrevistas. Os dados foram anonimizados no momento de transcrição das entrevistas.

5. Resultados

5.1 Caracterização dos participantes

Dos participantes incluídos no estudo (n=10), a faixa etária dominante foi superior a 75 anos, com oito doentes pertencentes a esta faixa etária. Relativamente ao sexo, cinco dos doentes eram do sexo feminino e cinco do sexo masculino.

No que concerne ao local de residência, oito dos doentes vivem em casa – três dos doentes viviam acompanhados pelos filhos, dois acompanhados pelos cônjuges e dois vivem sozinhos. Só dois dos doentes viviam numa estrutura residencial para idosos. Todos os participantes referiram que vivem a uma distância inferior a 50 km do hospital: sete doentes viviam a uma distância compreendida entre 0 e 10 km do hospital, sendo que os outros dois doentes viviam a uma distância de 11 a 50 km do CHUA. Apenas um dos doentes respondeu que não sabia a distância de casa ao SU. Os utentes recorreram ao SU 3 a 23 dias após a alta de internamento.

Tabela 2- Caracterização sociodemográfica dos participantes

Faixa etária		Sexo		Local de residência	
35 a 64 anos	≥75 anos	Feminino	Masculino	Casa	Estrutura residencial para idosos
2	8	5	5	8	2

No que concerne à utilização dos serviços de saúde, os resultados encontrados foram os seguintes: seis dos participantes referiram que foram entre duas a três vezes ao SU depois de terem tido alta e quatro doentes referiram que utilizaram apenas uma vez o SU após o momento da alta. Dois dos dez doentes inquiridos afirmaram ter tido uma consulta em meio hospitalar no momento compreendido entre a alta e a ida à urgência. Relativamente aos CSP, seis doentes afirmaram que não tiveram nenhuma consulta após o momento de alta, três doentes fizeram uma consulta e apenas um deles foi entre duas a três consultas. Da totalidade de participantes, três dos doentes foram readmitidos no hospital.

Quando questionados sobre a cor da pulseira atribuída no momento da triagem, as respostas foram as seguintes: quatro dos participantes responderam que não se lembram, um doente foi triado com pulseira vermelha, um doente com pulseira laranja e quatro doentes com pulseira amarela.

5.3 Análise qualitativa dos dados

A análise dos dados permitiu identificar dois temas principais: motivos de ida ao SU e vivências e fatores relacionados com a ida à urgência. Este segundo tema principal organiza-se em torno das experiências dos utentes desde o internamento até à visita ao SU, que, de alguma forma, interferiram com o processo de recuperação dos doentes. Por conseguinte, este segundo tema principal inclui um conjunto de temas que expressam as dificuldades e barreiras vividas pelos doentes em diferentes momentos: internamento, transição de cuidados, autocuidados no domicílio e follow-up.

5.3.1 Motivos de ida ao SU

A análise dos relatos dos participantes permitiu identificar dois motivos principais que levaram à decisão de ir ao SU: evolução ou descompensação da doença e referenciação por outro nível de cuidados.

Para a maioria dos doentes a decisão de ir ao SU esteve relacionada com a evolução da doença, descrevendo sintomas de agudização da condição relacionada com a hospitalização anterior, sendo que estes doentes também referiram a agudização de outras comorbilidades como causa de ida ao SU:

“A minha mãe ficou com falta de ar e como já estava com o oxigénio (...) aumentamos a dosagem (...) e ela ficou na mesma. Ela estava muito pálida, sem forças e com as pernas muito inchadas. Por isso chamamos o INEM.” – Familiar 3

“A minha mãe tinha um quadro clínico de uma artrose no colo do fémur, tinha várias debilidades de saúde, desde pressão arterial entre outras. Mas pronto, recorria às urgências (...) sempre que tinha um surto de dor mais agudo.” – Familiar 4

“Então era o enfarte, era a mesma coisa. A dor no peito, a falta de ar, não tinha força. Era isso. Agora ele também estava muito branco, tive de ir logo para lá com ele.” – Familiar 8

Adicionalmente, dois dos doentes apontaram como motivo de ida ao SU a referenciação, na sequência de visitas aos CSP:

“Fui fazer o penso ao centro de saúde e a enfermeira achou que não estava bom (...) e mandou-me – a enfermeira e a médica do centro de saúde – para o hospital, que era para ser verificado lá” – Doente 2

“Eles disseram que não conseguiam colocar novamente o tubo e mandaram-me para o hospital. (...) o centro de saúde disse-me que devia ir ao hospital, que eu estava muito doente.” – Doente 7

A visita aos CSP do doente 2 aconteceu de forma programada – o doente ia regularmente fazer o penso ao centro de saúde da área de residência; enquanto que a visita do doente 7 foi uma visita urgente por procura de cuidados de saúde. Este doente foi triado com pulseira vermelha em contexto hospitalar.

Na maioria dos casos, o motivo da visita ao SU está relacionado com a hospitalização anterior:

“Ele voltou porque aconteceu a mesma coisa. Aconteceu-lhe igual.” – Familiar 8

“Sim. Foi internado pelos mesmos motivos.” – Familiar 5

Em oposição, três participantes relatam que o motivo da ida à urgência não se prendia com o motivo do anterior internamento, sugerindo o surgimento de queixas não relacionadas com o motivo do internamento:

“Desta segunda vez quando ela foi ao hospital, portanto, o episódio não teve nada a ver. Portanto, a minha mãe está num lar e estavam a dar-lhe o banho de manhã e de repente ela começou a ficar negra, com várias manchas negras.” – Familiar 9

“Não, não, não estava relacionado com o internamento. Foi uma subida de tensão grande, acho que abusei no sal não sei como.” – Doente 1

A decisão de ir ao SU como primeira opção foi essencialmente motivada pelas próprias características destes cuidados de saúde, destacando-se a necessidade de conhecimento especializado, a urgência em obter cuidados e acesso a exames complementares de diagnóstico. Num dos casos, ficou patente a ausência de outras alternativas, tendo em conta o momento do episódio que desencadeou a necessidade de cuidados. A perceção da ausência de alternativas, no SNS, também foi um aspeto marcado no discurso dos participantes como motivo de ida ao SU.

“(...) a urgência tem conhecimentos que eu não tenho, em relação à saúde dela.”
– Familiar 3

“Se você está doente, precisar de... estiver aflito, tiver alguma situação urgente, tem de ir para as urgências. Porque lá é que lhe prestam os cuidados, fazem o

Raio-X, fazem um TAC, fazem umas análises sanguíneas, fazem isto, fazem aquilo, fazem-lhe os diagnósticos. Mal ou bem, fazem. (...) ela recorria às urgências recorrentemente porque era a única solução que ela tinha. Não tinha outro recurso a não ser ir para o hospital. (...) É simplesmente porque é o único meio disponível que a pessoa tem para fazer face a uma situação de dor, ou de surto, ou de desespero.” – Familiar 4

“E desta vez foi muito cedo, não havia forma de contacto mais rápido e eles chamaram a ambulância e a minha mãe foi sozinha.” – Familiar 9

“Mas a urgência é sempre a urgência. Sim, também e às horas que nós fomos também já era assim um bocado tardio.” – Familiar 10

Alguns participantes enfatizaram ainda a percepção da gravidade dos seus sintomas como motivo de ida ao SU:

“O máximo que pode fazer é ligar ao 112 e ir para a urgência. É isso que pode fazer e não pode fazer mais nada. Porque às vezes a gente quando chega lá já vai atrasado. É essa a lição que eu tenho e é esse o conselho que eu dou.” – Doente 2

“Não, não, ele tinha de ir mesmo à urgência.” - Familiar 8

Finalmente, um doente - estrangeiro e, por esse mesmo motivo, não familiarizado com o funcionamento e portas de acesso ao SNS - destacou que não conhecia alternativas para receber os cuidados de que necessitava:

“Eu não sei a que sitio deveria ir sem ser à urgência, não conheço outro local.” – Doente 7

Destacam-se, então, os seguintes pontos: o motivo mais frequente de regresso ao SU foi a evolução e descompensação da doença e/ou sintomas, sendo que estes episódios estavam, na maioria das situações, relacionados com o internamento anterior. Os participantes tinham percepção que estavam verdadeiramente doentes e que a sua situação de saúde era efetivamente grave, pelo que só encontrariam resposta para as suas necessidades no SU. Os participantes destacaram, também, a percepção de ausência de alternativas, no SNS, capazes de dar resposta aos seus problemas de saúde.

5.3.2 Vivências e fatores relacionados com a ida à urgência

Ao partilhar a trajetória desde o internamento, os participantes apontaram dificuldades e barreiras no processo de recuperação, que poderão ter contribuído para o episódio que motivou a ida ao SU. Mais do que apresentar diretamente os fatores que levaram à necessidade de recorrer ao SU os participantes relataram o seu percurso e respetivos desafios ao longo das seguintes fases: internamento, autocuidados no domicílio e follow-up.

5.3.2.1 Do internamento à preparação para a alta

Ao refletir sobre o percurso, alguns participantes revelaram que o estado de saúde e funcionalidade no momento de alta condicionaram a recuperação e representaram dificuldades acrescidas no momento de regressar a casa. Estas circunstâncias foram atribuídas a diferentes fatores, mas, em qualquer um dos casos, foi sinalizado um estado de fragilidade e eventual falta de preparação no momento da alta.

“Perdi a massa muscular, porque eu não comia nada no hospital, porque aquilo não valia nada a comida, não prestava nada. Perdi o apetite (...) então perdi muitos quilos, e quando sai do hospital tive de comprar uma muleta porque eu não me aguentava em pé.” – Doente 1

“Quando o meu tio regressou estava muito fraco, muito fraco. Completamente muito fraco. Porque ele ficou 10 dias sem comer e teve que por a sonda. Não foi fácil. E ainda levou uma semana para recuperar.” – Familiar 5

Foram também identificadas com alguma frequência, por dois participantes, dificuldades no acesso à informação sobre o relatório clínico, como barreira para uma melhor preparação e recuperação dos doentes:

“(...) o centro de saúde... que não punha nada na base de dados, como todas as outras partes em que estive aí no hospital, nas urgências, ou internada ou não sei quê... nada ficou... ninguém sabia de nada e não deram resposta nenhuma. (...) o único departamento que tinha a medicação registada era a consulta externa de cardiologia. Era o único relatório que conseguimos arranjar, quando ela foi para o lar. O médico queria ter acesso ao processo dela, e a única maneira de chegar lá foi eu ir lá pedir... à secretária do departamento externo de cardiologia que me dessem um papel com os medicamentos que ela estava a tomar. Por isso, veja bem o... a miséria que isto é.” – Familiar 4

“Essa situação que já referi que realmente me desagradou não haver um relatório. Nós não percebermos se... que diagnóstico..., de onde é que poderiam ter aparecido aquelas manchas...” – Familiar 9

Por último, um participante apontou a alta precoce como fator condicionante do processo de recuperação:

“Mas... eu, neste caso, da falta do ar (...) não lhe quero mentir, achei a visita demasiado rápida para a maleita que a minha mãe tinha. Eu acho que se tivesse sido vigiada... se tivesse sido vigiada durante mais algum tempo ficava mais descansado.” – Familiar 10

Constata-se, pela experiência dos participantes, que existiram dois motivos major que afetaram e condicionaram a recuperação dos doentes: a dificuldade no acesso à informação presente no processo clínico dos doentes e falta de preparação para o momento de alta, quer pela fragilidade da saúde dos doentes, quer pela funcionalidade dos mesmos ou por alta precoce do internamento.

5.3.2.2 Transição de cuidados e plano de alta

Ao refletir sobre o processo de transição de cuidados, os participantes focaram-se predominantemente no fornecimento de informação. Metade dos participantes afirmaram que lhe foram dadas instruções detalhadas do plano de alta:

“Sim, sim, explicaram tudo, a médica explicou. Explicaram tudo e mesmo o senhor que veio cá a casa instalar a garrafa de oxigénio e a máquina também esteve a explicar.” – Familiar 3

“No momento da alta disseram: não comer gorduras e... fazer muito exercício, caminhadas e não sei quê. Cheguei a fazer caminhadas, foi o que me disseram. E para tomar a medicação. E ir às consultas e... caminhadas...” – Doente 2

Alguns participantes fizeram também menção à informação recebida sobre sinais e sintomas de alerta e medidas relacionadas.

“Não, depois aí foi explicado. Tivemos de comprar o aparelho do oxigénio que é para medirmos. Para irmos medindo todos os dias. (...) E o oxigénio... informaram-nos que sempre que ela tivesse a menos de 90 de oxigénio para ir com ela à urgência. Então nós fomos.” – Familiar 3

“Foi explicado... os sinais de alerta é doer-me o peito e as costas, para ligar logo para o 112. E pronto, foi o que me foi dito. Se me sentir mal, dor no peito ou nas costas, tudo ao mesmo tempo.” – Doente 2

“Instruções... se fosse necessário tínhamos que voltar as urgências, que um dia ele poderia ter que usar essa máscara de oxigénio... para ter atenção para ver se ele continuava a comer (...)” – Familiar 5

Um dos participantes fez ainda referência a medidas adicionais de preparação para alta, designadamente a exploração de condições sociais para a alta.

“E antes da alta, ligou uma senhora da segurança social, (...) a perguntar com quem é que ele morava, se tinha ajudas (...)” - Familiar 5

Em contrapartida, vários participantes reportaram falhas relacionadas com o fornecimento de informação do plano de alta. Em metade dos casos, isso envolveu uma total ausência de informação verbal e/ou remeter para informação meramente escrita. Neste último caso, são também apontados problemas nessa informação, designadamente a dificuldade de compreensão pela presença de termos técnicos.

“Não, deu-me um livrinho. Deu-me um livrinho lá do hospital, com... andar x minutos por dia, não comer sal... é, umas coisas assim. Não fazer esforços no primeiro mês, isso dizia o livrinho. Agora, a enfermeira deu-me a alta e deu-me esse livrinho... e “agora leia o livrinho que aí está tudo” e pronto.” – Doente 1

“E só sei mesmo o que está escrito, mas muitas vezes não consigo perceber o que está escrito... são nomes muito técnicos...” – Familiar 5

Vários participantes sinalizaram fragilidades na informação verbal fornecida, sugerindo que a informação fornecida oralmente foi insuficiente ou maioritariamente focada na medicação:

“O médico telefona a dizer que vai dar a alta e que fez alguma modificação na medicação, mas que vem lá tudo escrito na carta da alta. E pouco mais que isto.” – Familiar 9

“Ahm... eu não me lembro de receber nada a não ser a medicação...” – Doente 7

Metade dos participantes apontaram também para a ausência de informação sobre sinais e sintomas de alerta a ter em atenção.

“Os sinais de alerta? Não, não conseguia perceber.” – Familiar 4

“Não há uma explicação concreta do que está a acontecer. Ou o que é que eu devo fazer se aquilo voltar a acontecer. Se me dissessem assim: “faça isto e isto, se vê que não melhora então sim, aí venha cá à urgência.”. Mas não há... não há acompanhamento, é: “pode vir buscar o seu tio que ele teve alta”. E quando eu chego lá já nem está lá o médico, às vezes dão-nos os papeis e até à próxima.” – Familiar 5

“Não, só me falaram da medicação que devia fazer, não falaram de mais nada.”
– Familiar 8

“Ela acaba por vir para casa com um papel da alta e com a medicação... não sei, entretanto... se é suposto voltar a acontecer, se é preciso ter algum cuidado... pronto, essa parte.” – Familiar 6

Destes participantes que não foram instruídos sobre sinais e sintomas de alerta, alguns deles afirmaram, ainda assim, ter percepção sobre os sinais e sintomas que deviam ter em atenção:

“se as pessoas não se sentem bem e não conseguem respirar... isso é o bastante para ir a uma urgência” – Familiar 10

Um dos participantes estranhou que este fornecimento fosse feito por uma enfermeira e não pelo médico que o acompanhou:

“As instruções foi... pensei que fosse um médico a enfermeira... não é a desprezar a enfermeira, mas sempre pensei que fosse um médico, não é... ou um grupo de médicos, a dizer-me “O Sr. Agora... a partir de agora teve o quinto enfarte, não faça isto, não faça aquilo..., mas não.” – Doente 1

Ressaltam-se, assim, a falha de comunicação da informação, no momento da transição de cuidados, sobre o plano de alta, como fator impeditivo para os doentes possam adotar os comportamentos necessários para uma boa recuperação no domicílio.

5.3.2.3 Da alta hospitalar à ida ao SU: desafios aos cuidados no domicílio

No período compreendido entre a alta hospitalar e a ida ao SU, foram descritas várias dificuldades pelos doentes, incluindo a percepção de desajustamento do plano terapêutico prescrito, dificuldades na adesão à terapêutica prescrita, dificuldades na adesão a recomendações de estilo de vida, efeitos secundários da medicação, dificuldades na gestão de sintomas, dificuldades funcionais dos doentes, conjugadas com a percepção da inevitabilidade de agudização da doença, ausência de apoio social e dificuldade no acesso a cuidados de saúde.

Ao refletir sobre a terapêutica prescrita, foi relatado, por alguns participantes, a percepção de desajustamento da terapêutica à sua vida quotidiana, designadamente à diferença entre um período de hospitalização e o regresso a casa:

“Eram os medicamentos antigos, eram os mesmos que eu já tomo há muitos anos, medicaram-me, mas cortaram-me alguns. Em vez de ser um comprimido,

era meio. O que achei uma asneira muito grande. Porque a tensão depois vários dias subiu-me. Subiu-me e... e eu sei porquê: porque quando eu estava no hospital, todos os dias me mediam a tensão, uma ou duas vezes e estava sempre baixa. Era normal, se eu não comia (...) E aí de vez em quando a tensão subia um bocado. Tinha de por um comprimido debaixo da língua, porque ela subia. Porque em casa sempre se mete um pouquinho de sal, é um pouquinho, mas é sal, ahhhh. Por isso eu penso que os médicos não têm noção, alguns deles, principalmente os novos, não têm noção do que é ser... estar hospitalizado e estar em casa.” – Doente 1

“Não resultou, não resultou essa medicação. Também compreendo, às vezes não se acerta à primeira, não é?” – Familiar 9

O mesmo doente afirmou que, pelos motivos explicados, incumpriu com o plano terapêutico:

“(...) eu já rejeitei essa mudança e comecei a fazer o antigo. Um de cada de manhã e um à noite, pronto. Em vez de ser metade, eles queriam que fosse metade, (...). Ou muda o tratamento, ou outros comprimidos, ou... ou... ou eu mantenho aquilo que estou a fazer. Que é contra o que dizia na alta, na alta dizia meio deste e meio daquele. Já tomava um antigamente de cada um destes. Já há muitos anos. Mesmo assim tive um enfarte, portanto se me cortarem estava pronto a um enfarte, rapidamente.” – Doente 1

Um dos familiares descreveu dificuldades na adesão do plano terapêutico. Nesta situação, fica patente alguma dificuldade na compreensão da própria situação de cronicidade da doença e necessidade de cuidados de longa duração.

“Sabe que vinha lá escrito, eu escrevi nas caixas e tudo como é que era, só que ele por vezes, também deixou acabar a medicação e nunca me chegou a dizer nada. Não sei se está a compreender. Acabou-se a caixa e pronto, ficou bom. E ele devia estar sempre a tomar aquilo.” – Familiar 8

Os efeitos secundários da medicação também foram apontados como barreiras à recuperação por alguns participantes:

“(...) por causa do xixi, que ela também se queixava de dores na altura... mandavam-na para casa com antibióticos, só que o antibiótico ainda faz mais vômitos e cria-se ali uma bolha...” e “(...) a medicação foi alterada e também não funcionou. A minha mãe, quando saiu do hospital vinha bem e depois, com a alteração da medicação, piorou.” – Familiar 6

Alguns participantes referiram aspetos relacionados com dificuldades de adesão a comportamentos preventivos:

“Penso que foi excesso de sal, numa noite... Numa tarde, comi uns caracóis com uns amigos e eles estavam meio salgados... e o sal para mim é de morte.” – Doente 1

“Mas o meu tio nunca se explica muito bem, só quando está mesmo mal é que diz “G, vamos embora”. Eu não consigo muito explicar porque é “estás bem? Estou. Dormiste bem? Sim. Tens comido? Sim.” E é mentira, porque a minha avó diz que ele não comeu nada.” – Familiar 5

De forma contrastante, seis dos participantes afirmaram conhecer e seguir os comportamentos preventivos e de autocuidados, rejeitando de alguma forma que este aspeto tivesse contribuído para a necessidade de ir ao SU.

“Estive a ler tudo ali certinho, porque eu gosto de cumprir mais ou menos as coisas certas, por causa das infeções e não sei quê, para não haver problemas e pronto, está tudo bem.” – Doente 2

“Sim, era... manter a medicação que a médica de Portimão lhe deu e era... e era a colocação da bomba quando ela estivesse mais à rasca, por assim dizer, para tomar... não houve assim nada que não se conseguisse acompanhar.” – Familiar 10

As dificuldades funcionais dos doentes, conjugadas com a perceção da inevitabilidade de agudização da doença, foram expressas com frequência, sendo que seis participantes descreveram o impacto que estas tiveram na sua recuperação ou na sua capacidade de se manterem saudáveis:

“Não, pois claro que não. Pois se a minha mãe com as debilidades que tinha e com a idade que tinha... as pessoas depois perdem as faculdades... coordenação e de memória. Começam a ficar também... a perder faculdades.” – Familiar 4

Por causa destas características, um dos participantes afirmou que nada poderia mudar o curso dos acontecimentos:

“Com a idade que a minha mãe tem? Pouco ou nada pode ser feito. Com o problema que a minha mãe tem e com a idade muito pouco pode ser feito.” – Familiar 10

A dificuldade na gestão de sintomas também teve um papel fundamental na capacidade dos doentes se manterem saudáveis no domicílio. Mais de metade dos participantes fez alusão a este tipo de dificuldades, incluindo a preocupação constante com a monitorização de sinais de alerta, a ausência de respostas no domicílio para gerir esses sintomas e até mesmo alguma perceção de impotência para gerir agudizações inevitáveis:

“Sim, ela estava com medo do oxigénio, e se o oxigénio baixasse depois como é que era. Era preocupação minha, da minha mãe e da minha irmã porque era uma coisa nova, não estávamos habituadas.” – Familiar 3

“Quando a minha mãe tinha alta, claro que não ia para casa com o problema resolvido. Assim como há pessoas que têm altas e depois voltam... ou morrem, voltam para o hospital para morrer porque não lhe resolvem coisíssima nenhuma.”
– Familiar 4

“Nós não temos nada para a minha mãe poder respirar e depois levamos ao hospital devido a isso.” – Familiar 10

A ausência de apoio no domicílio também foi referida por dois participantes, sinalizando o papel de fatores sociais na recuperação:

“Não tinha apoio social em casa, não tinha acompanhamento (...) são as carências que as pessoas têm... desde, portanto, cuidados de higiene, os cuidados básicos, enfim, qualquer tipo de acompanhamento. As famílias não vivem todas metidas na mesma casa, portanto a configuração da situação que se apresenta hoje em dia não está em consonância com a realidade.” – Familiar 4

“Os apoios que tive, os apoios que tive... não tive nenhuns... tive de fazer comida...” – Doente 2

O papel do suporte social foi reforçado por outros participantes como essencial ao processo de recuperação, nomeadamente para facilitar a adesão às recomendações recebidas no momento da alta hospitalar:

“Para mim está tudo bem, mas se fosse a minha mãe sozinha provavelmente ela não iria conseguir.” – Familiar 6

“Sim... sim, porque... ela teve mais dificuldade, mas eu percebi logo que era colocar o vaporizador numa posição e ela tinha de carregar ali (...)” – Familiar 10

Após a alta hospitalar, vários participantes referiram dificuldades no acesso aos cuidados de saúde, quer em situações relacionadas com o motivo de internamento, quer com outras condições comórbidas. Estas dificuldades sinalizam desafios na continuidade de cuidados, falta de alternativas ao SU e dificuldades de contacto com os serviços de saúde. Em algumas situações, estas dificuldades levaram mesmo ao recurso do privado.

“Tentamos recorrer ao público, mas não obtivemos muitas ajudas. Fomos ao médico de família, mas depois não... há ali qualquer coisa no médico de família que não... não ajuda muito. Deu-lhe a medicação, mas não a ajudou. Como não

via as melhoras, recorremos ao privado. (...) De resto acho que não... só se formos ao particular... Havemos de ir à urgência ou ao particular.” – Familiar 3

“Não tinha alternativa. A única solução que era acessível, a qualquer pessoa... Aliás, em Portugal, na minha opinião, se qualquer pessoa que esteja doente tem de ir para as urgências. Porque o Sistema Nacional de Saúde não... não tem capacidade de resposta em tempo útil, não é? (...) porque, quando ela precisava de medicamentos, como ela não conseguia consulta no centro de saúde, pedia a um particular que lhe emitisse as guias dos medicamentos para ir aviá-los. (...) O que é certo é que a minha mãe hmmm... tinha de recorrer às urgências e, portanto, o sistema está montado assim, não há outra hipótese” – Familiar 4

“O meu tio estava a tomar injeções por esse motivo dos rins, só que a consulta foi cancelada porque ele estava internado no hospital (...) está há 2 meses sem levar injeções para os rins... A consulta não foi remarcada... já pedi para marcar outra vez e até agora nada, portanto, ele está a piorar.” – Familiar 5

“Porque a gente ligar para o hospital... aquilo é meio dia, nem vale a pena. Para ligar para o hospital, para atenderem uma pessoa... mais vale ir a outro lado.” – Familiar 8

Finalmente, foram apontadas problemas específicos no acompanhamento nos CSP, incluindo demora na obtenção de cuidados, limitações nos horários de atendimento ou mesmo insatisfação com as respostas oferecidas:

“Não, se o médico de família se interessasse mais um bocadinho até não. Não é? O médico de família podia ter apresentado mais ajuda... mais..., mas não apresentou mais nada, pois olha... e depois o médico de família ou dá de manhã, ou dá à tarde, não está ali de manhã e à tarde. Um dia dá de manhã, outro dia dá à tarde. E ela tanto se pode por doente de manhã como se pode por à tarde...” – Familiar 3

“(...) porque no centro de saúde não conseguia marcar consultas. Se fosse marcar uma consulta, tinha de esperar não sei quantos meses ou semanas. E quando chegasse lá... hmmm... tinha de fazer diagnósticos e tinha de marcar os diagnósticos... tinha de se deslocar para marcar os diagnósticos... tinha de aparecer ao médico, passado 6 semanas, provavelmente com os resultados e já tinha morrido (risos).” – Familiar 4

“Hmmm... também não é fácil, também não é fácil... marcar consulta no centro de saúde assim, no dia... também não é fácil.” – Familiar 9

No período que se seguiu à alta, parte dos participantes inquiridos afirmaram que tiveram acompanhamento dos serviços de saúde depois da alta, incluindo consultas de

seguimento, telefonemas de seguimento, consultas no domicílio e outras consultas de especialidade:

“Ainda agora fui a uma consulta de... hmmm... de nutricionista também, do hospital... tinha ido também - tenho de emagrecer – tinha ido também à consulta do bypass aqui também. Faço as consultas todas. (...) O Hospital de Faro tem lá uma enfermeira que quase todas as semanas me telefonava, uma vez, duas, para saber como é que eu estava. E eu, pronto, explicava como estava e não sei quê.”
– Doente 2

“O médico de família veio cá, logo a seguir... ao fim de uma semana de ela ter estado com alta do hospital (...)” – Familiar 3

“Sim, o Dr. G ligou-me na primeira semana em que o meu tio teve alta. Para saber se estava a melhorar... se... se havia alguma alteração... se estava a comer, porque ele ficou 10 dias sem comer.” – Familiar 5

Em oposição, metade dos participantes narraram atrasos no follow-up, incluindo ausência de medidas de seguimento de proximidade, demora nas consultas de seguimento, ausência de seguimento nos CSP e atrasos na obtenção de cuidados prescritos no momento de alta.

“Eu acho que se houvesse um acompanhamento, nem que seja um telefonema, passados 2 ou 3 dias “como está? Como não está?” isso era gratificante... “olhe, está a falar do hospital, como é que se sente, como é que não se sente? Está melhor? Não está melhor?” epá pronto, acho que um acompanhamento era de todo diferenciação.” – Familiar 10

“A próxima consulta é só no dia 8 de maio, ela não vai, quase de certeza, chegar até lá, sem ir à urgência. Se os vómitos piorarem, se o xixi parar outra vez...” – Familiar 6

“Olhe... Eu penso que já devia ter sido visto por um cardiologista, afinal só tenho consulta em novembro. Tive um problema cardíaco tão grande, fiz um cateterismo, levei quatro stents, estamos a falar em abril, dia oito de abril. Eu pensei que tivesse uma consulta passado um mês, ou coisa parecida. Não, marcaram-me consulta para novembro... não sei quantos de novembro. Acho que é muito tempo para um doente de cardiologia, e o meu caso então que é especial, já tive cinco enfartes, acho que é muito tempo.” – Doente 1

“(…) que ainda estamos à espera da consulta do oxigénio do hospital de Faro, ainda não tivemos a consulta do oxigénio. Dissemos que logo íamos ter, mas até hoje ainda não tivemos, não sei onde é que está a falha...” – Familiar 3

“Do centro de saúde não temos nada marcado, nada. Não, não existe nenhum acompanhamento.” – Familiar 4

Apesar dos desafios vividos no domicílio, alguns participantes frisaram também o impacto que o conforto do domicílio tem na recuperação dos doentes, apontando para uma preferência para este ambiente.

“Sempre é melhor estar em casa do que... do que estar no hospital. A comida é diferente. Apesar do tratamento de lá ser diferente derivado aos enfermeiros e isso tudo, mas tirando isso acho que ela esteve bem, recuperada.” – Familiar 3

“Ahm... a única preocupação dela é vir para casa dela, porque na casinha dela é que ela está bem. Apesar de lá ser... estar protegida... porque alguém está a cuidar dela, aqui ela também não está desprotegida. Porque aqui, a vantagem é que se alimenta melhor, está na casa dela, vai a uma casa de banho melhor. É diferente, pronto.” – Familiar 10

6. Discussão

O presente estudo procurou caracterizar, através da perspectiva dos doentes com IC e dos seus familiares, os motivos e fatores que contribuíram para o regresso ao SU nos 30 dias após alta de internamento. Através da diversidade de vivências partilhadas pelos participantes, foi possível identificar alguns pontos passíveis de intervenções para contributo de melhoria da prestação de cuidados de saúde e satisfação dos doentes (54).

6.1 Motivos de ida ao SU

No presente estudo, os doentes inquiridos eram doentes portadores de várias comorbilidades, algumas das quais doenças crónicas, pelo que referiram que o motivo de ida ao SU se prendeu, predominantemente, com a progressão de sintomas e/ou evolução da doença. A literatura constata que doentes com um maior número de comorbilidades têm maior probabilidade de ir ao SU nos 30 dias após alta hospitalar (12,54). A maioria dos participantes referiu também que o motivo da visita ao SU estava relacionado com o motivo do internamento anterior. Estes resultados vão de encontro às conclusões apresentadas por *Kaya et al.*, *Suffoletto B. et al.*, *Schouten B. et al.* e *Rising K. et al.* (12,14,18,31).

Alguns dos participantes afirmaram ainda que, por perceberem que os seus sintomas eram efetivamente graves e careciam de tratamento urgente, deviam ser vistos no SU e não noutra nível de cuidados. Pela gravidade da situação, os participantes acreditam que esperar para agendar uma consulta no centro de saúde ou tentar contactar os serviços de saúde pelo telefone, por exemplo, não seria opção mais adequada à sua situação. Esta conclusão é suportada por *Rising K. et al.* e *Campbell D.* (31,54): a incerteza e o medo relacionados com a progressão da doença, a par da assimetria de informação que existe entre utentes e profissionais de saúde faz com que o SU seja a primeira opção quando há necessidade de se procurar por cuidados de saúde.

Do total de participantes, dois afirmaram que foram ao SU por referência de outro nível de cuidados de saúde, nomeadamente CSP. Numa destas visitas aos CSP, esteve patente a urgência na procura por cuidados de saúde: o doente foi depois triado, no SU, com pulseira vermelha.

O outro doente que foi referenciado pelos CSP ia fazer curativos semanais ao centro de saúde, sendo que só lhe foi pedido para ir ao SU a título preventivo/para observação do

penso. Tal facto pode dever-se à maior proximidade que existe entre os utentes e os profissionais de saúde dos CSP: o médico MGF pode ceder à pressão dos doentes para serem vistos num serviço que considerem mais adequado ao seu problema de saúde (59) Um estudo realizado por Rocha P., em 2020, constata que apenas 7,31% dos doentes que dão entrada no SU vão por indicação do médico de família (59).

Vários doentes também deram ênfase às características do SU no momento da escolha de procura de cuidados de saúde, em detrimento de outro nível de cuidados: os doentes mencionaram que o SU é o local onde devem ir não só pelo nível de especialização, mas também se quiserem ser vistos por um profissional de saúde e terem os exames complementares de diagnóstico realizados em simultâneo, no mesmo local; os doentes afirmaram também que é neste serviço que encontram um local aberto 24 horas por dia, ao contrário do que acontece noutros níveis de cuidados, nomeadamente nos CSP. A conveniência do SU quando comparado com as restantes alternativas também é referido no estudo realizado por Rising K. *et al.* (31).

Os entraves sentidos pelos doentes estão relacionadas com as dificuldades de navegabilidade dos utentes num serviço complexo e robusto como o SNS (54). Os cidadãos não conhecem, na generalidade, os circuitos que existem dentro do SNS e não conseguem identificar a forma correta de aceder ao mesmo, pelo que optam pela alternativa que mais acessível lhes parece: o SU (54,86). Decorrentes deste desconhecimento e falta de informação, os participantes frisaram a perceção de falta de alternativas, no SNS, ao SU.

Esta problemática beneficiaria de ações de formação à população, de forma a educar a mesma sobre os serviços de prestação de saúde disponíveis (86).

6.2 Do internamento à preparação para a alta, transição de cuidados e plano de alta

Os resultados obtidos apontaram para falhas no processo de transição dos cuidados: metade dos participantes referiram que houve total ausência de explicação verbal e/ou um remeter para informação meramente escrita das instruções do plano de alta. Os participantes referiram também, nalgumas situações, que não foram instruídos devidamente sobre os sinais e sintomas de alerta e cuidados a ter, o que causou, nalguns casos, sentimentos de medo e impotência. Os resultados do presente estudo vão de encontro aos estudos anteriormente realizados, uma vez que a dificuldade de

compreensão do plano de alta ou ausência de instruções sobre o mesmo são apontados como fatores preditivos para uma ida ao SU após alta do internamento (3,18,31,87).

Em contrapartida, metade dos participantes mencionaram que lhes foram dadas instruções adequadas sobre o plano de alta e que não tiveram dúvidas em relação ao mesmo. Doentes esclarecidos e informados sobre o plano de alta tomam melhores decisões relacionadas com a sua saúde, no quotidiano, e têm menor probabilidade de dar origem a um episódio de urgência (14,88). Han C. *et al.* afirmam, em 2015, que as instruções escritas do plano de alta são uma estratégia eficiente no que toca à adesão ao plano de alta por parte dos doentes (73). Parte dos participantes referiram que receberam no momento de transição de cuidados instruções para procurar cuidados urgentes caso os sintomas persistissem ou agravassem, o que vai de encontro ao descrito no estudo de Kaya S. *et al.* (12).

Houve ainda um relato de um participante que acreditava que as instruções do plano de alta seriam dadas pelo médico que o acompanhou no internamento e não por uma enfermeira. Tal pode dever-se a uma falha e/ou falta de comunicação entre profissionais de saúde e os doentes, uma vez que o profissional de saúde deveria apresentar-se, quando comunica com o doente, e explicar-lhe qual a sua função no seu percurso da doença.

Todos os participantes afirmaram perceber o novo plano terapêutico, independentemente de como lhes foi fornecida a informação, quer de forma verbal, quer de forma escrita. A compreensão do plano terapêutico é uma boa forma de evitar uma ida ao SU, uma vez que Maniaci M. J. *et al.* narram que 20% dos doentes que não compreendem o plano de alta tendem a ir ao SU nos 30 dias após alta (89).

Quando questionados sobre aspetos que gostariam que fossem alterados no futuro para evitar uma nova ida ao SU, um dos participantes mencionou que tinha perceção que um maior tempo de internamento poderia ajudar a resolver o problema, o que vai de encontro ao encontrado na literatura: a alta precoce também é apontada noutros estudos como motivo de regresso ao SU (18,19,54,87,90)

Dos aspetos referidos pelos doentes, destacou-se também a dificuldade de acesso à informação presente no processo clínico. A dificuldade de acesso à informação presente no processo clínico é uma barreira à preparação para a alta hospitalar e recuperação do doente, na medida em que, por um lado, incapacita os doentes e seus familiares de terem comportamentos preventivos que tornem menos prováveis a evolução da doença, ao mesmo tempo que é um gerador de stresse.

Percebe-se então que uma transição de cuidados com qualidade será indutora de melhores resultados em saúde, nomeadamente na redução do número de visitas ao SU após alta de internamento (85,88). É importante que se invista na promoção da literacia e da capacitação dos doentes com IC e seus cuidadores, para seguir com a continuidade de cuidados, ao longo do tempo. A criação de espaços/portais com informação simplificada e ajustada ao nível de autonomia sobre a doença e ao plano de cuidados seria uma das respostas a ter em conta para melhorar a experiência dos utilizadores do SNS (18,85,86). Uma vez que as falhas no momento da transição de cuidados - nomeadamente nas instruções do plano de alta - têm um peso significativo nas visitas dos doentes com IC ao SU, estas intervenções deveriam ser realizadas não só ao nível dos serviços de saúde, mas na comunidade, de um modo geral (85,86).

6.3 Da alta hospitalar à ida ao SU: desafios aos cuidados no domicílio

Desde o momento em que os doentes regressaram ao domicílio até o momento em que foram ao SU, foram relatadas diversas adversidades sentidas pelos mesmos e pelos seus familiares que motivaram uma ida ao SU. A maioria das barreiras apontadas pelos doentes prendiam-se com condicionantes que encontraram ao longo do tempo, e não estavam diretamente relacionados com a prestação dos cuidados de saúde em si, o que vai de encontro ao expectável (85). As dificuldades sentidas elencadas pelos participantes foram as seguintes: adesão à terapêutica prescrita, adesão às recomendações de estilo de vida, efeitos secundários da medicação, gestão de sintomas, dificuldades funcionais das pessoas, conjugadas com a perceção da inevitabilidade de agudização da doença, ausência de apoio social e dificuldades no acesso a cuidados de saúde.

Todos os participantes inquiridos afirmam que tinham alterações na medicação no momento em que tiveram alta: as alterações incluíam a suspensão de medicamentos antigos ou a introdução de novos.

Apesar de todos os participantes terem percebido o novo plano terapêutico, metade dos participantes relataram dificuldades sentidas relacionados com a medicação, quer pela perceção do desajustamento da terapêutica ao estilo de vida no domicílio, dificuldades na adesão ao plano terapêutico e efeitos secundários da medicação. Suffoletto B. *et al.* concluiu que os doentes entendem que melhores instruções e maiores níveis de adesão

à terapêutica podem evitar um episódio de urgência (14). Baixos níveis de adesão ao plano terapêutico são um fator preditivo de uma visita ao SU (12).

Maniaci M. J. *et al.* concluem, no seu estudo, que doentes com idades mais avançadas têm níveis de literacia em saúde mais baixos, e por isso, têm uma menor capacidade de compreensão do plano terapêutico e do propósito do mesmo (89). As mesmas conclusões podem ser suportadas pelo presente estudo, uma vez que grande parte dos doentes da amostra têm uma idade superior a 75 anos.

As dificuldades relacionadas com a adesão a comportamentos de saúde também foram relatadas por parte dos participantes. Gianluca C. e Seghieri C. encontraram as mesmas conclusões no seu estudo: doentes com dificuldades na adesão aos comportamentos preventivos têm maior probabilidade de ir ao SU (88).

A generalidade dos participantes referiram ter sentido dificuldades funcionais, relacionadas com as suas próprias características, realçando-se dificuldades relacionadas com a idade avançada dos doentes. Estas dificuldades foram também conjugadas com a perceção da inevitabilidade de agudização da doença. As mesmas conclusões estão presentes no estudo realizado por Rising K. *et al.* (31).

As dificuldades com a gestão dos sintomas também tiveram um grande impacto no quotidiano dos participantes, com seis participantes a referir este tipo de arduidades. O estudo realizado por Greysen R. *et al.* aponta que apenas 31% dos participantes referem este tipo de dificuldades (85). Esta dissemelhança pode ser explicada pela diferença de idades dos participantes incluídos em cada um dos estudos, assim como pelo tamanho da amostra em tudo: o estudo realizado por Greysen R. *et al.* inclui um total de 1066 participantes com uma média de idades de 56 anos.

No que concerne ao apoio social, uma parte residual dos participantes mencionaram dificuldades relacionadas com problemas de manutenção de higiene, de transporte para cuidados de saúde e de acompanhamento no domicílio, apoio este fundamental para cumprir com as instruções dadas no momento de alta hospitalar (35). Estas conclusões vão de encontro ao descrito na literatura (31).

A maioria dos doentes tinha o apoio de familiares nas tarefas básicas do dia-a-dia. Este apoio é percebido como fundamental pelos participantes para evitar uma deterioração do estado da saúde - já frágil - dos doentes.

Alguns dos participantes relataram dificuldades no acesso a cuidados de saúde. As dificuldades ao acesso aos cuidados de saúde foram acompanhadas com críticas ao SNS e aos CSP: quer pela dificuldade de acesso a consultas dos CSP, quer na perceção

de falta de interesse dos médicos de MGF pelas condições de saúde dos doentes, quer pelo próprio horário de atendimento dos serviços de saúde. As mesmas conclusões são defendidas por Rising k. *et al.* (31).

Estas dificuldades fizeram com que os doentes e seus familiares procurassem por cuidados no setor privado. Segundo Barros P., o número de consultas de especialidade feitas no ano de 2020, em contexto privado, aumentou, quando comparada com os anos antecessores (91).

Apenas uma parte dos doentes referiram ter tido acompanhamento por parte dos serviços de saúde após alta. Dos doentes que tiveram uma consulta de follow-up, duas consultas foram feitas em meio hospitalar e quatro nos CSP.

Atrasos no follow-up foram relatados por metade dos participantes. O atraso/falha no acompanhamento dos doentes foi um dos fatores mais referidos pela literatura como dificuldade mais comum, apontado pelos doentes, como barreira à manutenção da saúde dos indivíduos e, ao mesmo tempo, fator de risco para um episódio de urgência nos 30 dias após alta hospitalar (12,14,31,85,88).

Os doentes afirmaram que deveriam ser vistos com mais regularidade, tendo em conta a perceção da gravidade da sua situação de saúde. Estas conclusões são também suportadas pelo estudo de Greysen R. *et al.* (85).

Somente quatro dos participantes tiveram contacto os CSP para serem seguidos após alta: os mesmos resultados foram encontrados no estudo desenvolvido por Campbell D. *et al.*: só uma ínfima parte dos doentes tenta agendar consulta com o médico MGF após alta de internamento (54). Quando questionados sobre a hipótese de tentar agendar uma consulta com o médico MGF, os participantes afirmaram que ou têm dificuldades em fazê-lo, ou simplesmente nem ponderam essa opção. A literatura mostra que a opção de ir ao SU em detrimento da procura por cuidados nos CSP prende-se com a perceção dos doentes da gravidade da sua situação de saúde e, por consequência, pelo desejo que têm de ser vistos no menor prazo de tempo possível (54).

Um projeto desenvolvido pelo ACES Estuário do Tejo, em parceria com o Hospital de Vila Franca de Xira concluiu que o acompanhamento regular e atempado dos doentes contribui para uma melhoria da continuidade de cuidados, nomeadamente numa maior adesão terapêutica por parte dos doentes (90). A mais recente evidência científica também mostra que uma consulta de acompanhamento nos primeiros 7 dias após alta reduz *outcomes* indesejáveis, como o número de idas ao SU após alta. Uma consulta

de follow-up nos 7 dias seguintes à alta de internamento foi adotada, em Ontário, Canadá, como um indicador da qualidade dos cuidados prestados (70).

Como os doentes que participaram do estudo sofrem de IC, seria importante que estes tivessem um acompanhamento regular e atempado, tendo em conta que esta patologia pode agudizar se não for devidamente acompanhada (35). A par da IC, os doentes são cada mais complexos, sendo que têm outras comorbilidades associadas, como doenças crónicas (48). Os CSP são considerados como o nível de cuidados do SNS mais relevantes e adequados para o acompanhamento de doenças crónicas (92), pelo que o baixo número de consultas realizado após alta pode ser indicador de um baixo nível de integração de cuidados (35,93).

Os cuidados que os doentes com IC precisam não são fáceis de prestar no regime habitual de consulta externa (48). Por esse motivo, é recomendado, internacionalmente, a criação de unidades multidisciplinares próprias para avaliação e tratamento de doentes com IC (28). Estas unidades devem ser compostas por internamento de doentes agudos, consultas de ambulatório, hospitais de dia de IC, telemonitorização e protocolos de articulação com os CSP (28). Nestas unidades, os doentes têm também acesso facilitado a meios complementares de diagnóstico (28). Com a criação destas unidades, há uma maior integração de cuidados para estes doentes, bem como um acompanhamento adequado para a patologia, reduzindo-se, assim, o número de episódios de urgência (28).

No que concerne aos hospitais de dia, o tratamento em ambulatório dos doentes visam aliviar sintomas e evitar hospitalizações (28). Cândida Fonseca afirma que os hospitais de dia de IC são “portas abertas ao doente que reconhece sinais de descompensação da sua doença crónica e tem acesso imediato podendo ser precocemente tratado (...) sem necessidade de recorrer ao SU (...)” (48).

Existe, no CHLO, uma clínica de IC que abrange o internamento para a IC aguda, hospital de dia e consulta externa de IC para follow-up destes doentes (48).

Já a Unidade integrada de Insuficiência cardíaca do CHS, foi distinguida pelo *Integrated Care Award*. Esta é uma unidade multidisciplinar dos serviços de Medicina Interna e de Cardiologia em colaboração com os CSP, que aposta também na telemonitorização dos doentes como forma de follow-up. Este prémio reconheceu “o trabalho desenvolvido por uma equipa que tem permitido uma resposta imediata, estruturada e focada na capacitação dos doentes com IC.” (94).

A telemonitorização assume-se também como uma boa forma para se fazer o acompanhamento de doentes com IC. O crescimento exponencial da tecnologia permite a transmissão de dados de saúde, em tempo real, para os profissionais de saúde, permitindo, desta forma, uma monitorização à distância (28). A telemonitorização permite que sejam resolvidos casos de alerta clínicos sem necessidade de deslocação do doente a um SU (94). A telemonitorização destes doentes permite não só uma melhoria da qualidade de vida destes doentes – uma vez que foi relatado, pelos participantes, o conforto do domicílio como ambiente escolhido para uma melhor recuperação - como uma intervenção precoce no tratamento de sintomas (95).

Aumentar a resposta à população em contexto extra-hospitalar é fundamental para facilitar o acesso aos cuidados de saúde (86). O reforço do papel dos CSP é fundamental para acompanhar os doentes e evitar episódios de urgência dos doentes de IC com alta de internamento. Os CSP devem ser a primeira linha de resposta do SNS (96).

A integração de cuidados, quer com os CSP, quer com os cuidados continuados é também um fator preponderante na redução dos episódios de urgência após alta. A definição de estratégias e objetivos transversais a todos os níveis de prestação de cuidados do SNS é benéfica para os doentes, sendo que estes devem estar no centro das estratégias adotadas (96). A par disto, a integração de cuidados permite que seja feita uma melhor gestão dos recursos, em função dos próprios doentes (96).

Os resultados apurados neste estudo mostram a importância que as intervenções na promoção da literacia da saúde, no empoderamento e na capacitação dos cidadãos tem no seu processo de recuperação da doença e manutenção de saúde (85). Se os doentes não estiveram devidamente informados e capacitados, não saberão como agir assim que houver uma situação de agravamento de doença, pelo que os doentes e os seus cuidadores têm um papel fundamental na garantia de sucesso dos cuidados de saúde que lhes foram prestados (35,96).

Os cuidados centrados no cidadão são a forma mais capaz de ir de encontro às expectativas e necessidades das pessoas, havendo uma educação para a promoção da saúde e prevenção da doença, através de comunicação efetiva e atempada (18,87,97). Os cuidados centrados no cidadão devem ser cada vez mais personalizados, envolvendo os doentes e os seus cuidadores nas decisões (98). É fundamental orientar os doentes de forma correta para consultas de follow-up, através de ativação automática dos mecanismos de acompanhamento adequados para cada situação em específico (86).

A criação de estruturas e rede próprias de suporte ao doente são essenciais para evitar agudizações da doença e deterioração do estado de saúde (96). Nesta rede de suporte, é importante o envolvimento não só dos doentes e seus familiares, como os profissionais de saúde, autarquias, farmácias comunitárias e instituições de solidariedade social (96). Apoiar os doentes num contexto fora dos nos serviços de saúde é fundamental para que os doentes façam uma gestão adequada da doença, diminuindo o número de episódios de urgência (96).

6.5 Caraterização dos participantes

Todos os participantes vivem a uma distância inferior a 50 km do hospital, o que vai de encontro com o as conclusões dos estudos realizados por Kaya. S. *et al.* e Goodridge D. *et al.*: uma menor distância do domicílio ao SU torna mais provável a utilização destes mesmos serviços (12,55).

Campbell D. *et al.* e Rising *et al.* afirmam que, quando um doente dá entrada no SU após a alta de internamento, é provável que este episódio dê origem a uma readmissão. No presente estudo, apenas três dos doentes foram readmitidos em internamento (13,54).

Na presente dissertação, é considerado o período de 30 dias de regresso à urgência após alta. Não há ainda um consenso por parte da comunidade científica de qual o intervalo de tempo a considerar quando analisado o regresso à urgência (22). Estudos desenvolvidos na década de 1980 defendiam que 85% destes regressos eram contemplados entre as 48 e 72 horas após alta. Contudo, estudos mais recentes afirmam que esta percentagem só é conseguida quando se tem em conta um período de 9 dias após alta hospitalar (22). Hodiernamente, acredita-se que uma maior escala temporal abrange uma percentagem mais elevada de doentes que regressam ao SU, sendo que cerca de um terço das visitas ao SU ocorrem no prazo de um mês após alta de internamento (11,99): com o intervalo de tempo de 30 dias (100) entre a alta de internamento hospitalar e o regresso ao SU são identificados dez vezes mais episódios do que quando são tidos em conta períodos temporais mais baixos (20). Porém, é mais provável que a ida à urgência aconteça nos primeiros sete dias após alta. No presente estudo, 50% dos doentes foram ao SU nos primeiros sete dias depois da alta de internamento.

6.6 Limitações do estudo

A primeira limitação do estudo prende-se com o facto da investigação apenas ser feita na urgência do CHUA e não serem incluídas outras urgências de outras instituições de saúde. Desta forma, não é possível perceber se as experiências de doentes admitidos noutros hospitais e residentes noutros contextos apresentam especificidades diferentes.

Outra das limitações do presente estudo é a transferibilidade dos resultados para diferentes grupos: a amostra do estudo relevou-se homogénea em diversas características que são habituais em doentes que vão ao SU depois da alta de internamento, como a faixa etária, ou a distância do domicílio ao SU, pelo que pode não ser possível comparar a amostra em estudo com a população geral (12,31,55,101).

Numa amostra pequena, como é o caso da amostra do estudo, torna-se difícil perceber se a redundância dos dados recolhidos sinaliza saturação ou se deriva do facto de se ter participantes com características muito semelhantes, pelo que fica a dúvida se poderiam emergir novas ideias se fossem incluídas pessoas com características mais heterogéneas.

A inexperiência do investigador na recolha de dados através de entrevistas pode também representar uma limitação ao estudo. Contudo, o treino intensivo e o feedback dado nas primeiras entrevistas permitiram melhorar a técnica do investigador no momento da recolha dos dados.

O facto de as entrevistas incidirem sobre acontecimentos passados faz com que seja possível acontecer o viés de memória (102). Uma vez que foram incluídos no estudo doentes com mais que um episódio de urgência após alta hospitalar, pode levar também a um viés de confundimento. Tendo em conta que houve recusa por parte de alguns dos doentes recrutados, poderá haver um viés de resposta: os doentes que aceitaram participar no estudo são diferentes dos que recusaram (102). O entrevistador também pode ser um fator de viés, pela análise subjetiva que faz dos dados recolhidos: a reflexividade dos processos prendeu-se com a envolvência do investigador com os participantes, a análise do material e o relato feito dos resultados encontrados (102,103).

6.7 Recomendações futuras

Com o término desta investigação, ressalvam-se algumas ideias que podem ser úteis para trabalhos futuros, tendo em conta as dificuldades relatadas pelos doentes:

Seria importante estudar e fazer o mapeamento do processo de transição de cuidados e informações fornecidas sobre o plano de alta, de forma a tentar perceber quais os pontos críticos que falham neste processo e trabalhar no sentido de melhorar os mesmos. A intenção seria implementar um processo de transição de cuidados padronizado, com explicações personalizadas e ajustadas à situação de cada doente, para que o processo de transição capacitasse os doentes de informação necessária, quer para aderir às recomendações do plano de alta, quer para habilitar os doentes com atos e comportamentos que visem a prevenção da doença e a promoção da saúde.

Entender de que forma os modelos de financiamento das instituições de saúde poderiam ser indutores de uma melhor integração de cuidados será benéfico quer para o próprio sistema, quer para os doentes. As clínicas de IC são uma boa forma de integrar os cuidados aos doentes de IC e centram em si próprias várias formas de prestação de cuidados: quer internamento, hospitais de dia e articulação com CSP. Financiar estas clínicas através de *bundled payments* serão um modelo capaz de promover uma maior integração de cuidados, reforçando o papel dos CSP neste âmbito.

7 Conclusão

A ida ao SU após 30 dias do internamento é utilizada, nalguns países, como um indicador da qualidade dos cuidados prestados no SU, pelo que reduzir o número destes episódios será vantajoso do ponto de vista operacional, uma vez que é também uma oportunidade para reduzir custos, bem como aumentar a qualidade dos cuidados prestados e a satisfação dos doentes. A perspetiva dos doentes permite analisar a problemática e tomar decisões que permitam centrar o sistema nas preferências e necessidades dos seus utilizadores.

O presente estudo permitiu analisar e perceber os motivos e fatores que influenciam os doentes com IC a ir ao SU nos 30 dias após alta de internamento, através da realização de entrevistas semiestruturadas.

Do presente estudo, é possível concluir que o motivo de regresso ao SU mais frequente relatado pelos doentes com IC e seus familiares prenderam-se com a evolução/descompensação da doença e /ou sintomas e está relacionado, em maioria das situações, com o motivo da hospitalização anterior.

As principais barreiras para a manutenção da saúde dos indivíduos prenderam-se com falhas relacionadas com a transição de cuidados: foram relatadas falhas relacionadas com explicação detalhada dos cuidados a adotar no domicílio e os sinais e sintomas de alerta a ter em atenção. Foram também referidas diversas dificuldades no momento em que os doentes estavam em casa. Estas dificuldades relacionaram-se sobretudo com dificuldades funcionais, conjugadas com a perceção da inevitabilidade de agudizações da doença, adesão a recomendação de estilos de vida, gestão de sintomas, adesão à terapêutica prescrita, ausência de apoio social, no acesso a cuidados de saúde e efeitos secundários da medicação.

Falhas e atrasos no follow-up também foram um aspeto frisado pelos doentes como barreiras à manutenção da saúde/evolução da doença.

Assim, o presente estudo reforça a importância que os cuidados centrados no cidadão têm, pelo que devem ser adotadas estratégias que reduzam estes episódios de urgência, focadas nas dificuldades e barreiras sentidas pelos doentes. Reforça-se também a importância que o contacto com os serviços de saúde tem na redução de idas ao SU nos 30 dias após alta, pelo que medidas que impactem a integração dos cuidados serão vantajosas, como a criação de clínicas de IC em mais centros hospitalares, reforço do papel dos CSP e criação de redes de suporte aos doentes. O aumento da literacia e capacitação dos doentes, quer para a gestão de sintomas, quer para as portas de

acesso adequadas, no SNS também irão contribuir para uma redução do número de idas ao SU. A par disto, a tecnologia, nomeadamente a telemonitorização dos doentes, pode ser um grande aliado no acompanhamento e monitorização da saúde dos doentes.

8 Referências

1. Berchet C. Emergency care services: trends , drivers and interventions to manage demand. OECD Heal Work Pap [Internet]. 2015 [cited 2021 Sep 25]; Available from: <https://dx.doi.org/10.1787/5jrts344crns-en>
2. Portugal. Serviço Nacional de Saúde. Relatório Grupo Trabalho. Serviços de Urgência. 2019. p. 36.
3. Brazão M da L, Nóbrega S, Bebiano G, Carvalho E. Atividade dos Serviços de Urgência Hospitalares. Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna. 2016;8–14.
4. Portugal. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. Rede de Referenciação Hospitalar. 2003. p. 28.
5. Carret MLV, Fassa ACG, Domingues MR. Inappropriate use of emergency services: a systematic review of prevalence and associated factors. Cad Saude Publica [Internet]. 2009 Jan;25(1):7–28. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000100002&lng=en&tlng=en
6. Pfürringer D, Pflüger P, Waehlert L, Beivers A, Seidl F, Duscher D, et al. Emergency room as primary point of access in the German healthcare system. Eur J Trauma Emerg Surg [Internet]. 2021 Apr 17;47(2):453–60. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00068-019-01173-7>
7. Berchet C. Emergency care services: trends , drivers and interventions to manage demand. OECD Heal Work Pap. 2015;(83).
8. Portugal. Ministério da Saúde. Administração Central do Sistema de Saúde. Relatório anual - Acesso a Cuidados de Saúde nos Estabelecimentos do SNS e Entidades convencionadas. 2019.
9. Portugal. Instituto Nacional de Estatística. Estatísticas da Saúde. 2019.
10. Passadouro R, Peralta T, Ferreira C, Miguel P, Sousa L De. Determinantes do acesso ao serviço de urgência por utentes não urgentes. 2018;41–52.
11. Calder L, Pozgay A, Riff S, Rothwell D, Youngson E, Mojaverian N, et al. Adverse events in patients with return emergency department visits. BMJ Qual

Saf [Internet]. 2015 Feb;24(2):142–8. Available from:
<https://qualitysafety.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjqs-2014-003194>

12. Kaya S, Sain Guven G, Teleş M, Aydan S, Kar A, Bahcecioglu AB, et al. Emergency department visits following discharge: Implications for healthcare management. *Int J Healthc Manag* [Internet]. 2021 Oct 2;14(4):1373–81. Available from:
<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/20479700.2020.1762050>
13. Rising KL, White LF, Fernandez WG, Boutwell AE. Emergency Department Visits After Hospital Discharge: A Missing Part of the Equation. *Ann Emerg Med* [Internet]. 2013 Aug;62(2):145–50. Available from:
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0196064413000966>
14. Suffoletto B, Hu J, Guyette M, Callaway C. Factors contributing to emergency department care within 30 days of hospital discharge and potential ways to prevent it: Differences in perspectives of patients, caregivers, and emergency physicians. *J Hosp Med*. 2014 May;9(5):315–9.
15. Kenny JF, Chang BC, Hemmert KC. Factors Affecting Emergency Department Crowding. *Emerg Med Clin North Am*. 2020 Aug;38(3):573–87.
16. Silva AM. A Relação das Urgências Hospitalares e a Produtividade: Análise de 36 hospitais do SNS de 2015 a 2019. 2020.
17. Wang C-L, Ding S-T, Hsieh M-J, Shu C-C, Hsu N-C, Lin Y-F, et al. Factors associated with emergency department visit within 30 days after discharge. *BMC Health Serv Res*. 2016 Dec 25;16(1):190.
18. Schouten B, Driesen BEJM, Merten H, Burger BHCM, Hartjes MG, Nanayakkara PWB, et al. Experiences and perspectives of older patients with a return visit to the emergency department within 30 days: patient journey mapping. *Eur Geriatr Med*. 2021 Nov 10;
19. Baer RB, Pasternack JS, Zwemer FL. Recently Discharged Inpatients as a Source of Emergency Department Overcrowding. *Acad Emerg Med*. 2001 Nov;8(11):1091–4.
20. Canadian Institute for Health Information. All-Cause Readmission to Acute Care and Return to the Emergency Department Health System Performance. Heal

Syst Perform. 2012;64.

21. Samuels-Kalow ME, Stack AM, Amico K, Porter SC. Parental Language and Return Visits to the Emergency Department After Discharge. *Pediatr Emerg Care* [Internet]. 2017 Jun;33(6):402–4. Available from: <http://journals.lww.com/00006565-201706000-00004>
22. Hutchinson CL, McCloughen A, Curtis K. Incidence, characteristics and outcomes of patients that return to Emergency Departments. An integrative review. *Australas Emerg Care*. 2019;22(1):47–68.
23. Sabbatini AK, Kocher KE, Basu A, Hsia RY. In-Hospital Outcomes and Costs Among Patients Hospitalized During a Return Visit to the Emergency Department. *JAMA*. 2016 Feb 16;315(7):663.
24. Wadhera RK, Joynt Maddox KE, Kazi DS, Shen C, Yeh RW. Hospital revisits within 30 days after discharge for medical conditions targeted by the Hospital Readmissions Reduction Program in the United States: national retrospective analysis. *BMJ*. 2019 Aug 12;366:l4563.
25. Harel Z, Wald R, McArthur E, Chertow GM, Harel S, Gruneir A, et al. Rehospitalizations and Emergency Department Visits after Hospital Discharge in Patients Receiving Maintenance Hemodialysis. *J Am Soc Nephrol*. 2015 Dec;26(12):3141–50.
26. R. Salgado, B. Moita SL. Frequency and patient attributes associated with ED visits within 30 days after discharge. *Eur J Public Health* [Internet]. 2020 [cited 2021 Sep 25];141–299. Available from: <https://sci-hub.se/10.1093/eurpub/ckaa165.931>
27. Llorens P, Martí FJ, Herrero P, Gonza C, Jacob J, Perello R, et al. Predicting the risk of reattendance for acute heart failure patients discharged from Spanish Emergency Department observation units ´scar Miro. 2010;197–202.
28. Timóteo AT, Silva TP, Moreira RI, Gonçalves A, Soares R, Ferreira RC. Unidades de insuficiência cardíaca: estado da arte na abordagem da insuficiência cardíaca. *Rev Port Cardiol* [Internet]. 2020 Jun [cited 2023 Apr 11];39(6):341–50. Available from: <https://www.revportcardiol.org/pt-pdf-S0870255120301360>

29. Fonseca C, Brás D, Araújo I, Ceia F. Insuficiência cardíaca em números: estimativas para o século XXI em Portugal. Rev Port Cardiol [Internet]. 2018;37(2):97–104. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.repc.2017.11.010>
30. Kangovi S, Grande D, Meehan P, Mitra N, Shannon R, Long JA. Perceptions of readmitted patients on the transition from hospital to home. J Hosp Med. 2012 Nov;7(9):709–12.
31. Rising KL, Padrez KA, O'Brien M, Hollander JE, Carr BG, Shea JA. Return Visits to the Emergency Department: The Patient Perspective. Ann Emerg Med. 2015 Apr;65(4):377-386.e3.
32. Boulding W, Glickman SW, Manary MP, Schulman KA, Staelin R. Relationship between patient satisfaction with inpatient care and hospital readmission within 30 days. Am J Manag Care. 2011;17(1):41–8.
33. Tzelepis F, Sanson-Fisher RW, Zucca AC, Fradgley EA. Measuring the quality of patient-centered care: why patient-reported measures are critical to reliable assessment. 2015. p. 831–5.
34. Bertakis KD, Azari R. Patient-Centered Care is Associated with Decreased Health Care Utilization. J Am Board Fam Med. 2011 May 1;24(3):229–39.
35. Tavares P. Causas da readmissão hospitalar na perspetiva do doente, na Unidade Local de Saúde de Matosinhos. 2019.
36. Portugal. Ministério da Saúde. Administração Central do Sistema de Saúde. Recomendações Técnicas para Serviços de Urgências. 2015.
37. Despacho n.º 10319/2014. Diário da República n.º 153/2014, Série II de 2014-08-11. 2014. p. 20673–8.
38. Ordem dos Enfermeiros. Caracterização do SU na Seção Regional do Centro - “Conhecer para Intervir.” 2019.
39. Despacho n.º 4835-A/2016. Diário da República, Série II de [Internet]. Vol. 69. 2016. p. 11816-(2). Available from: https://www.grupoportuguestriagem.pt/wp-content/uploads/2021/01/Legislação-Despacho-4835-A-2016-XXI-Governo-Constitucional-Programa_para-Saúde.pdf
40. Portugal. Grupo Português de Triagem. Protocolo Triagem Manchester

- [Internet]. 2021. Available from: <https://www.grupoportuguestriagem.pt/grupo-portugues-triagem/protocolo-triagem-manchester/>
41. Santana R, Sousa JS, Soares P, Lopes S, Boto P, Rocha JV. The Demand for Hospital Emergency Services: Trends during the First Month of COVID-19 Response. *Port J Public Heal.* 2020;38(1):30–6.
 42. Portugal. Serviço Nacional de Saúde. Monitorização Diária [Internet]. 2021. Available from: <https://www.sns.gov.pt/monitorizacao-do-sns/servicos-de-urgencia/caracterizacao-urgencias/>
 43. Portugal. Ministério da Saúde. Administração Central do Sistema de Saúde. Relatório anual - Acesso a Cuidados de Saúde nos Estabelecimentos do SNS e Entidades convencionadas. 2020.
 44. June M, Hartnett KP, Kite-Powell A, DeVies J, Coletta MA, Boehmer TK, et al. Impact of the COVID-19 Pandemic on Emergency Department Visits. *Morb Mortal Wkly Rep.* 2020;69(23):699–704.
 45. Bouillon-Minois JB, Raconnat J, Clinchamps M, Schmidt J, Dutheil F. Emergency Department and Overcrowding During COVID-19 Outbreak; a Letter to Editor. *Arch Acad Emerg Med.* 2021;9(1):1–3.
 46. Portugal. Ministério da Saúde. Centro Hospitalar Universitário de São João. Relatório e Contas. 2020.
 47. Portugal. Ministério da Saúde. SNS 24. Insuficiência cardíaca [Internet]. 2022. Available from: <https://www.sns24.gov.pt/tema/doencas-do-coracao/insuficiencia-cardiaca/>
 48. Fonseca C. Insuficiência cardíaca: como combater a “epidemia do século XXI”? *J Médico* [Internet]. 2022; Available from: <https://www.jornalmedico.pt/entrevista/42613-insuficiencia-cardiaca-como-combater-a-epidemia-do-seculo-xxi.html>
 49. Marques R. Readmissão dos doentes dependentes no serviço de urgência: estudo de alguns factores. *Rev Enferm Ref.* 2011;III Série(nº 3):95–104.
 50. Fluitman KS, van Galen LS, Merten H, Rombach SM, Brabrand M, Cooksley T, et al. Exploring the preventable causes of unplanned readmissions using root

- cause analysis: Coordination of care is the weakest link. *Eur J Intern Med.* 2016 May;30:18–24.
51. Kim H, Han SJ, Lee JH, Lim J, Moon S do, Moon H, et al. A Descriptive Study of Emergency Department Visits Within 30 Days of Discharge. *Ann Geriatr Med Res.* 2021 Dec 31;25(4):245–51.
 52. Brennan J, Chan T, Killeen J, Castillo E. Inpatient Readmissions and Emergency Department Visits within 30 Days of a Hospital Admission. *West J Emerg Med.* 2015 Dec 17;16(7):1025–9.
 53. Osório JA, Paiva C, Marques Da Silva A, Almeida AL, Manuel C, Seco S, et al. Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência: Relatório CRRNEU. 2012.
 54. Campbell D, Ditkoff J. Evaluating Hospital Readmissions Through the Perspective of the Returning Emergency Department Patient. *Qual Manag Health Care.* 2020 Jan;29(1):15–9.
 55. Goodridge D, Lawson J, Rennie D, Marciniuk D. Rural/urban differences in health care utilization and place of death for persons with respiratory illness in the last year of life. *Rural Remote Health [Internet].* 2010 Apr 30;10(2):1349. Available from: <https://www.rrh.org.au/journal/article/1349>
 56. Krumholz HM. Post-Hospital Syndrome - A condition of Generalized Risk. *Natl Inst Heal.* 2013;
 57. Brennan JJ, Chan TC, Killeen JP, Castillo EM. Inpatient readmissions and emergency department visits within 30 days of a hospital admission. *West J Emerg Med.* 2015;16(7):1025–9.
 58. Gomes MM de OR. O perfil do utilizador abusivo dos Serviços de Urgência Portugueses: um estudo no Hospital de São João. 2013.
 59. Rocha P. A Procura de Cuidados de Saúde Urgentes em Portugal. 2020.
 60. Forster AJ, Clark HD, Menard A, Dupuis N, Chernish R, Chandok N, et al. Adverse events among medical patients after discharge from hospital. *CMAJ.* 2004 Feb 3;170(3):345–9.
 61. Forster AJ, Rose NGW, van Walraven C, Stiell I. Adverse events following an

- emergency department visit. *Qual Saf Heal Care*. 2007 Feb 1;16(1):17–22.
62. Campos AC de. *Gaveta de Reformas*. 1ª Edição. Caminho, editor. 2022. 301 p.
 63. Forster AJ, Murff HJ, Peterson JF, Gandhi TK, Bates DW. The Incidence and Severity of Adverse Events Affecting Patients after Discharge from the Hospital. *Ann Intern Med*. 2003 Feb 4;138(3):161.
 64. DeSai C, Janowiak K, Secheli B, Phelps E, McDonald S, Reed G, et al. Empowering patients: simplifying discharge instructions. *BMJ Open Qual*. 2021 Sep 14;10(3).
 65. Zavala S, Shaffer C. Do Patients Understand Discharge Instructions? *J Emerg Nurs*. 2011 Mar;37(2):138–40.
 66. Taylor DM, Cameron PA. Discharge instructions for emergency department patients: what should we provide? *Emerg Med J [Internet]*. 2000 Mar 1;17(2):86–90. Available from: <https://emj.bmj.com/lookup/doi/10.1136/emj.17.2.86>
 67. Antony SM, Grau LE, Brienza RS. Qualitative study of perspectives concerning recent rehospitalisations among a high-risk cohort of veteran patients in Connecticut, USA. *BMJ Open*. 2018 Jun 30;8(6):e018200.
 68. Walraven C, Mamdani M, Fang J, Austin PC. Continuity of care and patient outcomes after hospital discharge. *J Gen Intern Med*. 2004 Jun;19(6):624–31.
 69. Elliott K, W. Klein J, Basu A, Sabbatini AK. Transitional care clinics for follow-up and primary care linkage for patients discharged from the ED. *Am J Emerg Med*. 2016 Jul;34(7):1230–5.
 70. Mohamed M, Kabali C, Kaulback K, Millward M, Monte R, Soulodre C, et al. Ontario health technology assessment series: Effect of early follow-up after hospital discharge on outcomes in patients with heart failure or chronic obstructive pulmonary disease: A systematic review. *Ont Health Technol Assess Ser [Internet]*. 2017;17(8):1–37. Available from: <http://www.hqontario.ca/Evidence-to-Improve->
 71. McAlister FA, Youngson E, Bakal JA, Kaul P, Ezekowitz J, van Walraven C. Impact of physician continuity on death or urgent readmission after discharge among patients with heart failure. *Can Med Assoc J*. 2013 Oct 1;185(14):E681–

- 9.
72. Sharma G, Kuo Y-F, Freeman JL, Zhang DD, Goodwin JS. Outpatient Follow-up Visit and 30-Day Emergency Department Visit and Readmission in Patients Hospitalized for Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Arch Intern Med* [Internet]. 2010 Oct 11 [cited 2022 Jan 29];170(18):1664–70. Available from: <https://jamanetwork.com/>
73. Han C-Y, Chen L-C, Barnard A, Lin C-C, Hsiao Y-C, Liu H-E, et al. Early Revisit to the Emergency Department: An Integrative Review. *J Emerg Nurs*. 2015;41(4):285–95.
74. Coleman EA. Falling Through the Cracks: Challenges and Opportunities for Improving Transitional Care for Persons with Continuous Complex Care Needs. *J Am Geriatr Soc*. 2003 Apr;51(4):549–55.
75. Shellito AD, Sareh S, Hart HC, Keeley JA, Tung C, Neville AL, et al. Trauma patients returning to the emergency department after discharge. *Am J Surg*. 2020 Dec;220(6):1492–7.
76. Burgess JF, Hockenberry JM. Can all cause readmission policy improve quality or lower expenditures? A historical perspective on current initiatives. *Health Econ Policy Law*. 2014 Apr 30;9(2):193–213.
77. Lopes, Helena; Carlos, João Sequeira; Rodrigues, Miguel; Mestre, Ricardo; Santana, Rui; Matias, Teresa; Ribeiro V. Relatório do Grupo de Trabalho criado para a definição de proposta de metodologia de integração dos níveis de cuidados de saúde para Portugal Continental. *Diário da República*. 2014;1–153.
78. Portugal. Serviço Nacional de Saúde. Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca. Telemonitorização [Internet]. 2022 [cited 2023 Feb 25]. Available from: https://www.sns.gov.pt/noticias/2022/07/28/hff-telemonitorizacao/?utm_source=Participantes+nos+eventos+da+APDH&utm_campaign=a1ef59a673-CAMPANHA-ENEWS-COVID-19_01_COPY_01&utm_medium=email&utm_term=0_3e5b323a80-a1ef59a673-206194110
79. Portugal. Serviço Nacional de Saúde. Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca. HFF inicia Programa de Telemonitorização em doentes com insuficiência cardíaca [Internet]. 2022 [cited 2023 Feb 25]. Available from:

<https://hff.min-saude.pt/hff-inicia-programa-de-telemonitorizacao-em-doentes-com-insuficiencia-cardiaca/>

80. Ferreira AN, Agostinho JR, Rigueira J, Ricardo IA, Santos R, Rodrigues T, et al. Non - invasive telemonitoring improves outcomes in heart failure with reduced ejection fraction : a study in high - risk patients. 2020;
81. Matias A, Girão A, Oliveira C, Gomes H, Guerreiro I, Gustavo I, et al. Manual do Prestador: Recomendações para a melhoria contínua. Unidade Missão para os Cuid Contin Integr [Internet]. 2011 [cited 2022 Jan 30];(1):1–153. Available from: <http://www.umcci.min-saude.pt>
82. Portugal. Ministério da Saúde. Centro Hospitalar Universitário do Algarve. Relatório de Gestão e Contas [Internet]. 2019. Available from: www.chalgarve.min-saude.pt
83. Gama A, Dias S. Introdução à Investigação Qualitativa em Saúde Pública. Almedina E, editor. 2019. 178 p.
84. Guest G, Bunce A, Johnson L. How Many Interviews Are Enough? Field methods. 2006 Feb 21;18(1):59–82.
85. Greysen R, Harrison JD, Kripalani S, Vasilevskis E, Robinson E, Metlay J, et al. Understanding patient-centred readmission factors: a multi-site, mixed-methods study. BMJ Qual Saf [Internet]. 2015 [cited 2021 Sep 25];33–41. Available from: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004570>
86. Uphill Health. SNS SUMmit: do consenso à prática [Internet]. 2023. Available from: <https://www.uphillhealth.com/pt/blog/sns-summit-consenso-a-pratica>
87. Howard-anderson J, Busuttill A, Lonowski S, Vangala S, Afsar-manesh N. From Discharge to Readmission: Understanding the Process From the Patient Perspective. J Hosp Med. 2016;11(6):407–12.
88. Cafagna G, Seghieri C. Educational level and 30-day outcomes after hospitalization for acute myocardial infarction in Italy. BMC Health Serv Res [Internet]. 2017;1–11. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-016-1966-5>
89. MJ M, MG H, NL D. Functional health literacy and understanding of medications

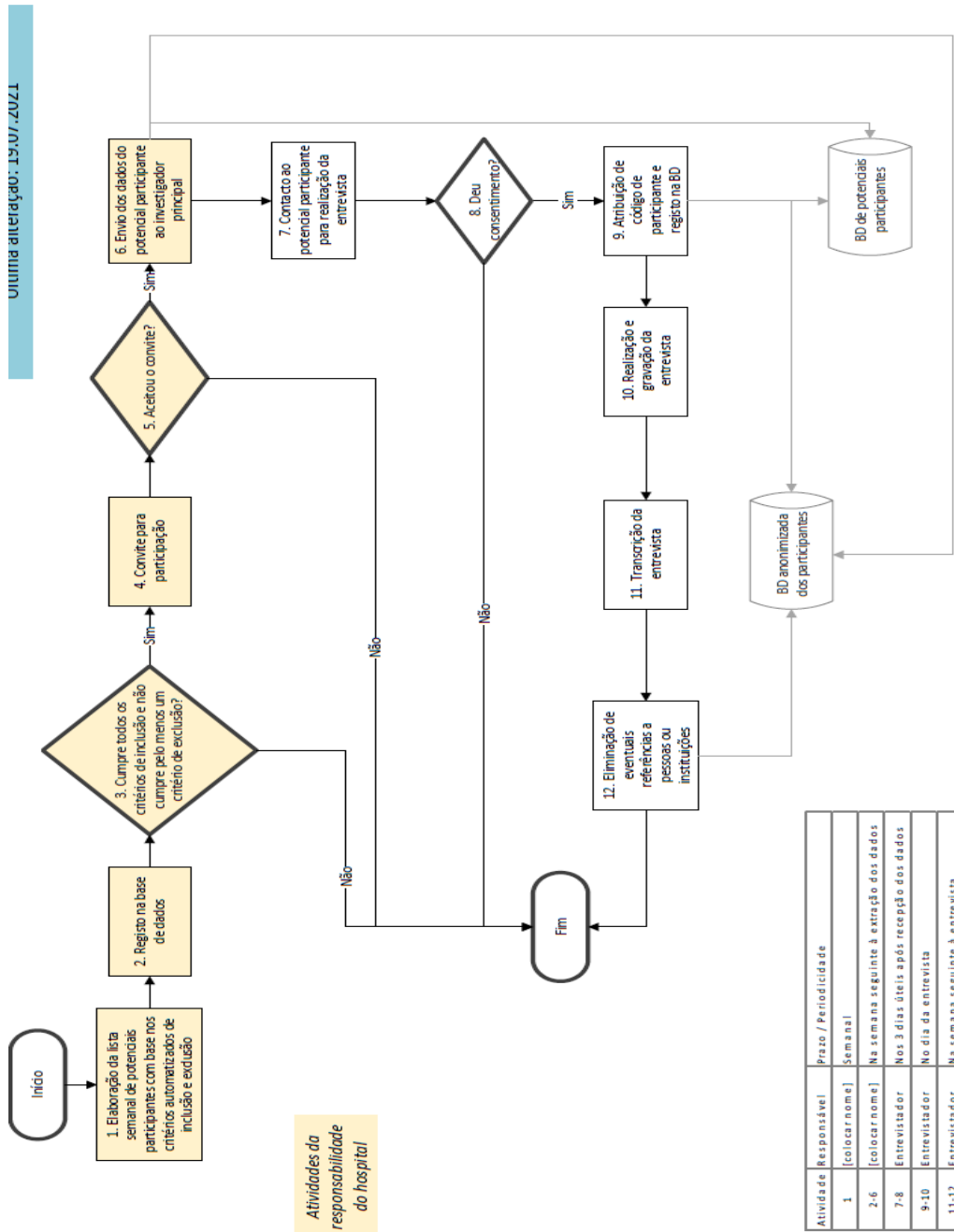
- at discharge. *Mayo Clin Proc* [Internet]. 2008 [cited 2023 Mar 31];83(5):554–8. Available from: <https://sci-hub.ru/10.4065/83.5.554>
90. Lavareda C, Ferreira BÓ, Lourenço MJ, Santos B, Munhoz C, Henriques A, et al. Gestão da Transição Segura. In: I Congresso Internacional Academia CUF. 2017.
 91. Barros PP. Acesso a Cuidados de Saúde, 2020. In 2020. p. 1–97.
 92. *Jornal Médico*. Resultados de inquérito indicam que CSP continuam a ser os mais procurados por doentes crónicos [Internet]. 2022. Available from: <https://www.jornalmedico.pt/atualidade/42777-resultados-de-inquerito-indicam-que-csp-continuam-a-ser-os-mais-procurados-por-doentes-cronicos.html>
 93. Caminal J. The role of primary care in preventing ambulatory care sensitive conditions. *Eur J Public Health* [Internet]. 2004 Sep 1 [cited 2023 Apr 1];14(3):246–51. Available from: <https://academic.oup.com/eurpub/article/14/3/246/528148>
 94. Portugal. Ministério da Saúde. CHS. UNIICA Vence 1ª Edição do Integrated Care Award [Internet]. 2020. Available from: <https://www.chs.min-saude.pt/noticias/uniica-vence-1a-edicao-do-integrated-care-award/>
 95. Miranda AM de. Poderá a telemonitorização domiciliária reduzir os custos da insuficiência cardíaca para o Sistema Nacional de Saúde português? Faculdade de Ciências da Universidade do Porto; 2012.
 96. APAH - Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares. 3F : Financiamento - Fórmula para o Futuro. 2018.
 97. Wahab SA, Wahab RA, Butcher B, Brown A, Mahoney B, Chadalavada S, et al. Humanizing Radiology Appointment Education to Improve Patient Experience. *Journal Am Coll or Radiol*. 2022;19(5):647–51.
 98. APAH - Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares. Ouvir e envolver os cidadãos nas decisões de saúde tem retorno para a sociedade [Internet]. 2019. Available from: <https://apah.pt/noticia/ouvir-e-envolver-os-cidadaos-nas-decisoes-de-saude-tem-retorno-para-sociedade/>
 99. Benbassat J, Taragin M. Hospital Readmissions as a Measure of Quality of

Health Care. Arch Intern Med [Internet]. 2000 Apr 24;160(8):1074. Available from:
<http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/archinte.160.8.1074>

100. Silvestre MJ, Fialho I, Saragoça J. Word knowledge building Meta-evaluation of a Guide of Semi-structured. Libr Actas 3º Congr Ibero-Americano en Investig Cual. 2014;3:321–5.
101. Coutinho CP. A qualidade da investigação educativa de natureza qualitativa: questões relativas à fidelidade e validade. Educ Unisinos. 2008;12(1):5–15.
102. Botelho F, Silva C, Cruz F, Viéses J. Epidemiologia explicada -Viéses. 2010 [cited 2023 Apr 2]; Available from: www.apurologia.pt
103. Minayo MC de S, Guerriero ICZ. Reflexividade como éthos da pesquisa qualitativa. Cien Saude Colet [Internet]. 2014 Apr;19(4):1103–12. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000401103&lng=pt&tlng=pt

ANEXOS

ANEXO I – Fluxograma de seleção de participantes



ANEXO II – Guião de Convite para participar no estudo

Bom dia, o meu nome é **[nome do profissional do hospital]** e sou **[função no hospital]** no **[nome do hospital participante]**.

A Escola Nacional de Saúde Pública, em conjunto com várias instituições do país, entre as quais o **[nome do hospital onde o participante foi selecionado]** encontra-se a realizar um estudo intitulado “Redução dos regressos à urgência após a alta do internamento: investigação para suporte à inovação nos cuidados de transição”.

O objetivo do estudo é perceber as razões pelas quais os doentes vão à urgência no mês seguinte a terem alta do internamento e o que estes sentem que poderia melhorar os cuidados.

Assim, estamos a realizar entrevistas telefónicas a doentes que tenham vivido essa situação e, para o efeito, este estudo foi previamente **[após aprovação, colocar aqui essa indicação]** pela Comissão de Ética do **[nome do hospital participante]** e **[tem financiamento de ... colocar o financiador, caso exista]**.

A entrevista terá algumas questões para o/a conhecer melhor, sobre as razões para ter ido à urgência e o que aconteceu antes disso e também o que poderia ter melhorado a sua experiência. As entrevistas são gravadas para depois serem analisadas.

A duração estimada é entre 45 minutos a 1 hora. Quando chegar ao fim da entrevista telefónica termina a sua participação no estudo.

O resultado da investigação poderá servir para melhorar os aspetos identificados pelos participantes e diminuir os regressos urgentes ao hospital.

Este estudo é conduzido sob a coordenação das Professoras Doutoras Ana Rita Goes e Sílvia Lopes, da Escola Nacional de Saúde Pública e não lhe trará nenhuma despesa ou risco.

Caso aceite participar, serão cedidas à equipa de investigadores apenas as seguintes informações: a data em que veio à urgência pela primeira vez após a alta, a duração do período entre a alta e esse episódio de urgência e o seu número de telefone.

A sua participação no estudo é voluntária. Pode recusar-se a participar ou retirar-se em qualquer momento, com efeitos imediatos, sem justificação e sem consequências para si.

Em qualquer momento da entrevista, ou mesmo depois, poderá colocar questões sobre o estudo e receberá os contactos necessários para o efeito.

Deseja colocar alguma questão?

[resposta às questões do potencial participante]

Aceita ser contactado pela equipa de investigadores para participar neste estudo?

Se responder “Sim”	Agradecemos a sua disponibilidade, será contactado brevemente pela equipa de investigadores, para registo do consentimento e realização da entrevista.
Se responder “Não”	Agradecemos por este tempo. Não o contactaremos novamente por motivos deste estudo.

Registar a data do convite e a resposta.

.....

Anexo III – Apresentação do estudo e consentimento informado

A Escola Nacional de Saúde Pública, em conjunto com várias instituições do país, entre as quais o **[nome do hospital onde o participante foi selecionado]** encontra-se a realizar um estudo intitulado “Redução dos regressos à urgência após a alta do internamento: investigação para suporte à inovação nos cuidados de transição”.

O objetivo do estudo é perceber as razões pelas quais os doentes vão à urgência no mês seguinte a terem alta do internamento e o que estes sentem que poderia ser feito para melhorar os cuidados.

Assim, é fundamental entrevistar os doentes que foram à urgência no mês seguinte a terem alta do hospital. Para o efeito, este estudo foi previamente **[após aprovação, colocar aqui essa indicação]** pela Comissão de Ética do **[nome do hospital participante]** e **[tem financiamento de ... colocar o financiador, caso exista]**.

A entrevista terá algumas questões para o/a conhecer melhor, sobre as razões para ter ido à urgência e o que aconteceu antes disso e também o que poderia ter melhorado a sua experiência.

O resultado desta investigação poderá servir para melhorar os aspetos identificados pelos participantes e diminuir os regressos urgentes ao hospital.

Este estudo é conduzido sob a coordenação das Professoras Doutoradas Ana Rita Goes e Sílvia Lopes, da Escola Nacional de Saúde Pública. Se desejar, poderá contactar as mesmas para aceder aos dados que sejam recolhidos na sua entrevista e/ou receber os resultados do estudo.

Está previsto terminar o estudo em setembro de 2023.

Este estudo não lhe trará nenhuma despesa ou risco. As informações serão recolhidas através de uma entrevista e gravaremos as suas respostas para podermos relembrar todos os detalhes que nos fornecer.

Nas publicações que resultarem do estudo, não serão incluídas informações que permitam identificar os participantes nem as suas respostas. Apenas os investigadores que realizam as entrevistas e as coordenadoras do estudo terão acesso aos dados não anonimizados da sua entrevista, estes serão guardados em local seguro e destruídos posteriormente.

A sua participação no estudo é voluntária. Pode recusar-se a participar ou retirar-se em qualquer momento, com efeitos imediatos, sem justificação e sem consequências para si.

Em qualquer momento da entrevista, ou mesmo depois, poderá colocar questões sobre o estudo.

No final da entrevista, enviarei por SMS os contactos das investigadoras e os contactos do Encarregado de Proteção de Dados do [**hospital participante**], que poderá usar sempre que necessário.

2.3 Período para questões

Deseja colocar questões?

[período para perguntas do potencial participante e respetivas respostas]

O que dissermos a partir de agora será gravado. Como referimos anteriormente, pode recusar-se a responder a qualquer questão ou desistir a qualquer momento, sem que isso tenha consequências.

Não existem respostas certas nem erradas e todos os detalhes sobre a sua experiência sobre a sua ida à urgência e o que aconteceu antes são importantes para nós.

Sente-se preparado/preparada para começar?

Se responder “Sim”	Agradeço, vamos iniciar a gravação.
Se responder “Não”	Peço que me indique se pretende retomar noutra momento ou retirar-se do estudo. Agradeço.

2.4 Consentimento informado

[início da gravação]

Iremos agora registar o seu consentimento para participar no estudo, sendo necessário responder “sim” ou “não” às perguntas que lhe serão colocadas.

Ouviu as explicações sobre o estudo que se tenciona realizar? Sim ou não?

Colocou todas as questões que necessitava sobre o estudo e estas foram respondidas?
Sim ou não?

De acordo com as informações que lhe foram dadas, concorda com a participação neste estudo? Sim ou não?

Se responder sim a todas	Agradecemos a sua colaboração no nosso estudo, irei agora dar início à entrevista. [Registar na base de dados a data de contacto para entrevista, consentimento e atribuir código de participante]
Se responder não a pelo menos uma	Agradecemos o seu tempo, contudo não nos será possível realizar a entrevista, pelo facto de [<i>não se considerar suficientemente informado sobre o estudo / não concordar com a participação</i>]. [Registar na base de dados a data de contacto para entrevista e ausência de consentimento]

ANEXO V– Guião da entrevista

2.5 Perguntas da entrevista

	Pergunta de abertura
1	Para iniciar a entrevista, gostaria de lhe pedir se nos pode falar sobre o que aconteceu quando sentiu a necessidade de ir à urgência pela primeira vez depois de ter alta.
	Decisão de ir à urgência
2	Na sua opinião, quais serão as razões pelas quais um doente com uma situação semelhante à sua deverá ir à urgência?
3	Quais foram as razões para ter ido à urgência?
3a	Quem tomou a decisão de ir? Conversou com outras pessoas antes de ir? Que queixas é que o preocupavam?
4	Em seu entender, qual terá sido a causa para a sua necessidade de ir ao hospital de forma urgente?
4a	O motivo que o fez recorrer ao serviço de urgência esteve relacionado com a razão da sua hospitalização anterior?
5	Quando deu entrada no serviço de urgência foi triado de acordo com a Triagem de Manchester e foi-lhe atribuída uma pulseira colorida. Qual foi cor de pulseira lhe foi atribuída?
	Alternativas à urgência
6	Um doente com queixas parecidas com as suas poderia tentar fazer alguma outra coisa antes de decidir ir à urgência?
7	Ponderou outras soluções, além da ida à urgência?
7a	Contactar o hospital pelo telefone ou marcar uma consulta no centro de saúde, por exemplo?
8	Pense em tudo o que aconteceu, desde o momento em que se preparava para ter alta até ao momento em que decidiu ir à urgência. O que gostaria que tivesse sido diferente?
	Follow up do episódio de urgência
9	Sentiu que ir à urgência <u>o/a</u> ajudou?
10	Precisou de ser internado novamente no mês a seguir a ter alta?
11	No futuro, o que acha que pode ser feito para evitar que volte a precisar de ir à urgência?

De seguida gostaríamos de falar sobre o que aconteceu antes de ter ido à urgência.

Entre alta e decisão de se dirigir à urgência	
12	Durante o período em que esteve em casa depois de ter alta, como se sentiu?
13	Que tipo de apoios teve para a sua recuperação quando chegou a casa do hospital?
14	Teve algum contacto com os serviços de saúde entre a alta e a sua ida à urgência?
14a	Foi a alguma consulta antes de ter ido à urgência? E havia alguma marcada para essa altura? Como correu?
14b	Tinha tratamentos ou exames para fazer depois da alta? Fez alguns antes de ir à urgência?
15	E em relação aos medicamentos? Por vezes há pessoas para quem é difícil saber o que tomar, especialmente quando depois de terem alta têm de tomar medicamentos novos ou de uma maneira diferente do que faziam antes. Como se passou consigo?
Alta / Chegada a casa do hospital	
18	Quando se preparava para ter alta do internamento, teve alguma dificuldade ou preocupação?
19	Como se sentiu quando chegou a casa?
20	Fale-me um pouco sobre as instruções que recebeu no momento da alta.
20a	Era fácil para si saber o que fazer quando chegou a casa? Os cuidados a ter, as consultas ou exames necessários, os medicamentos para tomar, os sinais de alerta?
Pergunta final	
21	Há mais alguma coisa que me queira dizer sobre o seu regresso à urgência depois da alta do hospital?

Caracterização do participante

Pedia-lhe agora alguns dados sobre si.

1	Sexo	Masculino Feminino
2	Grupo etário	18-34 35-64 65-74 75+
3	Tipo de habitação	Vive em casa Vive numa instituição
4	Se vive em casa, com quem vive	Pais Filhos Cônjuge Outra situação
5	Distância a que vive no hospital	0-10km 11-50km 51-100km 101-150km Outra situação

Utilização de cuidados de saúde no mês seguinte à alta do internamento

7	No primeiro mês depois de ter tido alta, quantas vezes foi à urgência?	1 2-3 4+ Não sabe
8	Antes de ter ido à urgência, quantas consultas teve no hospital?	1 2-3 4+ Não sabe
9	E no centro de saúde?	1 2-3 4+ Não sabe

2.6 Encerramento da entrevista

Obrigado/Obrigada, estamos quase a terminar.

Recordo que receberá por SMS os contactos das investigadoras e do Encarregado de Protecção de Dados do [**hospital participante**], que poderá usar sempre que necessário.

Muito obrigado/obrigada pela sua ajuda.

Vamos terminar a gravação. A partir deste momento o que disser já não ficará registado.

[fim da gravação]

2.7 Envio de SMS com contactos

Bom dia, enviamos os contactos das investigadoras (ana.goes@ensp.unl.pt e silvia.lopes@ensp.unl.pt) e do Encarregado de Proteção de Dados [**colocar email**]. Obrigada pela sua participação no estudo!

ANEXO V – Autorização da Comissão de Ética do CHUA para desenvolvimento do estudo

Na sequência do pedido de autorização para o estudo mencionado em epígrafe, informamos que o mesmo mereceu o parecer favorável da nossa Comissão de Ética, tendo sido autorizado pelo Conselho de Administração em **03/06/2022**, nos termos propostos obrigatoriamente, a salvaguardar por esta Unidade de Apoio à Investigação.

Solicitamos que o Centro Hospitalar Universitário do Algarve seja referido em todas as publicações, comunicações, posters, trabalhos, etc.. decorrentes do estudo;

Devem ainda dar conhecimento a este serviço de todas as publicações, comunicações, posters, trabalhos, etc. decorrentes do estudo, bem como a data de encerramento do mesmo, e enviar o relatório final da investigação até 90 dias após a sua conclusão.

ANEXO VI – Autorização do aditamento submetido à Comissão de Ética do CHUA para inclusão de familiares de doentes no estudo

Na sequência do pedido de autorização para o estudo mencionado em epígrafe, informamos que o mesmo mereceu o parecer favorável da nossa Comissão de Ética, tendo sido autorizado pela Presidente do Conselho de Administração em 01/03/2023, nos termos propostos obrigatoriamente, a salvaguardar por esta Unidade de Apoio à Investigação.

Solicitamos que o Centro Hospitalar Universitário do Algarve seja referido em todas as publicações, comunicações, posters, trabalhos, etc.. decorrentes do estudo;

Devem ainda dar conhecimento a este serviço de todas as publicações, comunicações, posters, trabalhos, etc. decorrentes do estudo, bem como a data de encerramento do mesmo, e enviar o relatório final da investigação até 90 dias após a sua conclusão.