

IPV - ESSV |



Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Trabalho efectuado sob a orientação de



“Descobrir consiste em olhar para o que todo mundo está vendo e pensar uma coisa diferente”

Roger Von Oech

Agradecimentos

À Professora Doutora Rosa Martins por todo o apoio, atenção e orientação prestada durante o decorrer desta etapa, não deixando que a desmotivação surgisse.

A todos aqueles que diretamente ou indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho, em particular há minha família que esteve sempre presente, principalmente nos momentos mais complicados.

Resumo

Enquadramento: Conhecer a perceção que os cuidadores informais possuem sobre o planeamento da alta dos idosos internados, permite que os enfermeiros conheçam as reais necessidades do cuidador e do idoso, contribuindo assim, para a diminuição da ansiedade, prevenção de complicações e consequentemente uma maior satisfação pelos cuidados recebidos.

Objetivos: Conhecer a perceção dos cuidadores informais sobre o planeamento da alta hospitalar do idoso, e analisar associações entre as variáveis sociodemográficas, profissionais, familiares, clínicas e psicossociais e a referida perceção.

Métodos/ Procedimentos: Realizou-se um estudo quantitativo, transversal, descritivo e correlacional, utilizando uma amostra não probabilística por conveniência, constituída por 41 cuidadores informais de idosos internados no serviço de Medicina 1 do Centro Hospitalar do Algarve – Unidade de Faro. Recorreu-se ao questionário de caracterização sociodemográfica, profissional, familiar e clínica, bem como a utilização do Índice de Barthel, questionário de Planeamento da Alta (PREPARED) e a escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS).

Resultados: Dos 41 cuidadores informais, 73,17 % são do género feminino, 78% são casados/ união de fato, 39,0% mantêm-se ativos profissionalmente a tempo inteiro e em 51,2% são filhos do idoso, que apresentam uma média de idade de 78,78 anos. A maioria (82,9%) reside na mesma habitação que o idoso, sendo cuidadores informais há menos de 3 meses (58,5%). Os cuidadores apresentam um nível de ansiedade leve a moderada, sendo superior para o género feminino, embora não se verificasse diferenças estatisticamente significativas. Relativamente à perceção dos cuidadores relacionados com o planeamento da alta, a maioria privilegia as informações relacionadas como conseguir fazer as AVD, afirmando que se sentem preparados para regressar a casa, contudo a maioria não sente confiança para executar as tarefas diárias no domicílio. Constatou-se que a presença de apoio da rede formal influencia significativamente a perceção do planeamento da alta ($p < 0,05$), sendo que o género, agregado familiar e grau de dependência, embora de forma parcial (apenas para um indicador) também são preditivas da perceção.

Conclusões: Apesar do número reduzido da amostra, os resultados obtidos evidenciam a relevância de organização dos cuidados face à satisfação das necessidades dos idosos e seus cuidadores em cuidados de saúde, no que dizem respeito ao planeamento da alta, como busca da qualidade.

Palavras-chave: perceção do planeamento da alta, cuidadores informais, idosos

Abstract

Background: Knowing the perception that informal caregivers have on the planning of higher in elderly patients, allows nurses to know the real needs of the caregiver and the elderly, thus contributing to the decrease in anxiety, prevention of complications and therefore greater satisfaction for the care received.

Objectives: Knowing the perception of informal caregivers on planning discharge of the elderly, identifying the sociodemographic variables, professional, family, medical and psychosocial are predictive of this perception.

Methods / procedures: We conducted a quantitative study, cross-sectional, descriptive and correlational, using a non-probabilistic convenience sample consisting of 41 informal caregivers of elderly patients admitted in the Medical Service 1 at Hospital of the Algarve - Faro Unit. The method appealed to the questionnaire of sociodemographic, professional, family and clinic, and the use of the Barthel Index, High Planning Questionnaire (PREPARED) and the scale of the Hospital Anxiety and Depression (HADS).

Results: Of the 41 informal caregivers, 73.17% were female, 78% are married / de facto union, 39.0% remain active professionally full-time and 51.2% are children of the elderly, who have an average age of 78.78 years. Most of the caregivers (82.9%) lives in the same home as the elderly, and are informal caregivers for less than three months (58.5%). Caregivers have a mild to moderate anxiety level, being this level higher in females, although there was no statistically significant differences between genders. Regarding the perception of caregivers related to planning high, most privileges related information on how to get to the AVD, stating that they feel prepared to return home, yet most do not feel confident to perform daily tasks at home. It was found that the presence of the formal network support significantly influences the perception of high planning ($p < 0.05$), and the gender, household and degree of dependence, although partially (for display only) are also predictive of perception.

Conclusions: Despite the small sample size, the results show the importance of organization of care in order to meet the needs of the elderly and their caregivers in health care, as they relate to planning high, looking for quality.

Keywords: High planning perception, informal caregivers, old-aged

Sumário

	Pág.
Lista de Tabelas	I
Lista de Figuras	II
Lista de Gráficos	III
Lista de Abreviaturas e Siglas	IV
Índice de Símbolos	V
INTRODUÇÃO	17
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	
CAPÍTULO 1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	23
1.1 – Padrões de doenças próprias do idoso	23
1.2 – Os Cuidadores.....	25
1.3 – Planeamento da alta	27
PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO	
CAPÍTULO 2 – METODOLOGIA	33
2.1 – Conceptualização do estudo	33
2.2 – Questão de Investigação	34
2.3 – Objetivos.....	35
2.4 – Tipo de estudo.....	36
2.5 – População e amostra	36
2.6 – Variáveis	37
2.7 – Hipóteses.....	40

2.8 – Instrumento de Colheita de Dados	40
2.9 – Procedimentos de colheita de dados.....	45
2.10 – Tratamento Estatístico.....	46
CAPÍTULO 3 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	49
3.1 – Análise Descritiva	49
3.1.1 – Variáveis da Caracterização Sociodemográfica	49
3.1.2 - Variáveis da Caracterização Profissional.....	51
3.1.3 - Variáveis da Caracterização do contexto Familiar.....	52
3.1.4 – Variáveis da Caracterização Sociodemográfica	56
3.1.5 – Variáveis da Caracterização do Contexto Clínico	57
3.1.6 – Variáveis do questionário de Planeamento da Alta (PREPARED)...	60
3.1.7 – Variáveis da escala de ansiedade e depressão hospitalar – HADS	64
3.2 – Análise Inferencial	66
4 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	77
5 – CONCLUSÕES.....	87
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	90
Apêndices.....	95
Apêndice I – Pedido de autorização de colheita de dados	97
Apêndice II – Formulário de Consentimento.....	99
Anexos.....	101
Anexo I – Instrumento de colheita de dados	103

LISTA DE TABELAS

	Pág.
Tabela 1- Estatísticas descritivas da idade/género dos participantes	50
Tabela 2 – Caracterização sociodemográfica da amostra em função do género	50
Tabela 3 – Caracterização profissional da amostra em função do género.....	52
Tabela 4 – Estatísticas descritivas do agregado familiar/género dos participantes	53
Tabela 5 – Caracterização do contexto familiar da amostra em função do género	55
Tabela 6 - Estatísticas descritivas da idade/género dos idosos internados	56
Tabela 7 – Caracterização sociodemográfica dos idosos internados em função do género	56
Tabela 8 - Estatísticas descritivas do número de dias de internamento atual/género dos idosos internados	59
Tabela 9 – Caracterização do grau de dependência dos idosos internados em função do género	60
Tabela 10 – Caracterização da perceção do cuidador sobre o planeamento da alta através dos domínios de processo	62
Tabela 11 – Caracterização da perceção do cuidador sobre o planeamento da alta através dos indicadores de resultados em função do género.....	63
Tabela 12- Estatísticas descritivas da ansiedade/género dos participantes	64
Tabela 13- Estatísticas descritivas da depressão/género dos participantes	65
Tabela 14 – Níveis de ansiedade e depressão dos cuidadores em função do género	65
Tabela 15- Teste U de Mann-Whitney entre o género e perceção dos cuidadores sobre o planeamento da alta	67
Tabela 16 – Teste Kruskal-Wallis entre idade e funcionalidade dos participantes	68
Tabela 17- Teste U de Mann-Whitney entre o estado civil e perceção dos cuidadores sobre o planeamento da alta	68

Tabela 18 – Teste Kruskal-Wallis entre habilitações académicas e perceção dos cuidadores sobre o planeamento da alta.....	69
Tabela 19- Teste U de Mann-Whitney entre situação profissional e a perceção dos cuidadores sobre o planeamento da alta.....	70
Tabela 20 – Teste Kruskal-Wallis entre agregado familiar e a perceção dos cuidadores sobre o planeamento da alta	71
Tabela 21 – Teste Kruskal-Wallis entre parentesco e perceção dos cuidadores sobre o planeamento da alta.....	71
Tabela 22- Teste U de Mann-Whitney entre o tempo de prestação de cuidados e perceção dos cuidadores sobre o planeamento da alta	72
Tabela 23- Teste U de Mann-Whitney entre o apoio da rede formal e a perceção dos cuidadores sobre o planeamento da alta.....	73
Tabela 24 – Teste Kruskal-Wallis entre grau de dependência do idoso cuidado e perceção dos cuidadores sobre o planeamento da alta	73
Tabela 25 – Teste Kruskal-Wallis entre ansiedade e perceção dos cuidadores sobre o planeamento da alta.....	74
Tabela 26 – Teste Kruskal-Wallis entre níveis de depressão e a perceção dos cuidadores sobre o planeamento da alta	75

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1 – Modelo Conceptual do Estudo.....	39
Figura 2 – Variáveis preditivas sob a percepção dos cuidadores informais sobre o planeamento da alta.....	76

LISTA DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 1 – Representação do agregado familiar	53
Gráfico 2 – Representação dos antecedentes pessoais do idoso	57
Gráfico 3 – Representação do número de internamentos anteriores nos últimos 12 meses	58
Gráfico 4 – Representação do motivo de internamentos anteriores nos últimos 12 meses	58
Gráfico 5 – Representação do motivo de internamento atual	59

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APNs – Enfermeiros da prática avançada

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividades de Vida Diárias

CI – Cuidador Informal

CP – Capacidade Funcional

CV – Coeficiente de variação

Dp – Desvio padrão

HADS – Escala de ansiedade e depressão hospitalar

IB – Índice de Barthel

ICN – International Council of Nurses

K – Medida de achatamento ou Curtose

p. – Página

Máx. – Máximo

Min. - Mínimo

n – Número da amostra

RMDE – Resumo mínimo de dados de Enfermagem

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Integrados

RSF – Resposta sem franquia

SK – medida de assimetria ou enviesamento Skewness

SIE – Sistema de Informação de Enfermagem

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

TLC – Assistência de “cuidados de transição”

ÍNDICE DE SÍMBOLOS

= _ Igual

> _ Maior

< _ Menor

\geq _ Maior ou igual

\leq _ Menor ou igual

- _ Menos

+ _ Mais

\bar{x} _ Média

% _ Por cento (percentagem)

χ^2 _ Qui-quadrado

p _ p-value

INTRODUÇÃO

Atualmente assiste-se a um envelhecimento populacional exponencial, resultado do progresso da Ciência e do desenvolvimento do saneamento básico correlacionado, por um lado com a diminuição das taxas de natalidade, e por outro pelo aumento da expectativa de vida. Este envelhecimento populacional é acompanhado de um aumento na prevalência de doenças crónicas-degenerativas e co morbididades, coexistindo uma perda de autonomia e aumento da dependência de terceiros para a satisfação das necessidades diárias e manutenção da qualidade de vida (Melo, Rua & Santos, 2014), exigindo uma resposta efetiva por parte dos cuidadores a este grupo populacional. Concomitantemente esta prevalência de problemas de saúde conduz a um aumento das necessidades em cuidados de saúde, que se traduz num aumento de internamentos hospitalares, onde é de conhecimento geral que não possuem nem estão vocacionados para uma prestação de cuidados até à completa recuperação das capacidades dos doentes a garantir o autodomínio de todas as atividades de vida diária, onde predomina as altas precoces (Ferreira, Mendes, Fernandes & Ferreira, 2011).

Deste modo, consegue-se compreender a extrema importância do planeamento da alta como um processo que permite identificar e organizar os cuidados face à satisfação das necessidades dos idosos em cuidados de saúde, bem como dos seus cuidadores informais, visto este planeamento possuir como meta a continuidade dos cuidados na perspetiva da tríade doente-família-comunidade (Ferreira et al., 2011). Para a obtenção deste objetivo na sua plenitude, a alta deve ser um processo contínuo, desde o momento da admissão nas unidades de saúde e não encarado como uma etapa final. O idoso e os cuidadores informais devem ser envolvidos em todos os aspetos relacionados com a prestação de cuidados, devendo “o processo de aprendizagem iniciar-se o mais cedo possível e ser transversal a todo o período de hospitalização, de modo a poderem ser desenvolvidas competências que promovam a qualidade de vida e a otimização do processo de reabilitação” (Ferreira et al., 2011, p.122). Já Grimmer & Moss (2001) sistematizam esta temática definindo objetivos para o planeamento da alta, que vão desde a redução do número de dias de internamento, a uma precoce transição do idoso do meio hospitalar para a comunidade e conseqüentemente o reassumir da vida social do idoso e do cuidador informal.

A Administração Central do Sistema de Saúde (2015) menciona que o “planeamento da alta hospitalar representa um momento crucial para o sucesso da intervenção social junto do

cidadão e suas famílias, seja para o regresso ao domicílio ou para integração em resposta social” p.9. Neste âmbito a continuidade dos cuidados torna-se fulcral no processo de prestação de cuidados e segundo Ferreira et al. (2011) é vista pelos doentes e seus cuidadores informais através de “informações recebidas relativa à medicação, à condição clínica, às atividades possíveis de serem realizadas e às ofertas de serviços comunitários”, sendo o resultado de um conjunto de intervenções e cuidados médicos e de enfermagem.

O cuidador informal necessita de ajuda para planear e restabelecer as rotinas e para possuir consciência das suas próprias necessidades (I. Pereira & Paiva e Silva, 2012). Este surge como a figura que assume a responsabilidade do cuidado no domicílio a pessoas dependentes, podendo ser familiares ou conviventes significativos. Há a salientar que o CI que possui experiência de cuidar antes do presente internamento hospitalar apresenta maior facilidade da tomada de consciência das dificuldades, antecipando a necessidade de ajuda antes do regresso a casa. A manutenção da pessoa dependente em casa está mais relacionado com as atitudes e o bem-estar do CI do que com o seu grau de incapacidade (Marques, 2011). Esta opinião é apoiada por Pereira (2011) quando menciona que não basta o cuidador estar "bem preparado", precisa também de "estar bem", e para isso deve-se desnaturalizar as práticas instituídas, apoiar efetivamente o regresso a casa, centrados no fornecimento de informação ou aquisição de competências, que têm de ser continuadas no domicílio e monitorizar o movimento de descentração do cuidador, como forma de validar os mecanismos de coping.

Nesta linha orientadora, a enfermagem sobretudo a enfermagem de reabilitação assume um papel preponderante no processo de readaptação, pois são os enfermeiros que muitas vezes são os principais cuidadores das pessoas e famílias que se encontram em processos de transição e que facilitam os processos de aprendizagem às novas competências relacionadas com a saúde, antecipando, avaliando e diagnosticando, com o intuito de promover o bem-estar (Meleis, Sawyer, Im, Messias, & Schumacher, 2000). Para a prática de enfermagem na sua essência, esta não se pode apenas focar na resolução de problemas atuais, com o propósito de retomar à ausência de doença ou minimização de problemas, mas também na capacitação para lidar com novos processos transicionais, como forma de promoção da saúde, considerando não apenas o doente, mas também o cuidador informal. O enfermeiro surge então, como mediador na continuidade do processo de prestação de cuidados de enfermagem, com o intuito de identificar, facilitar e ajudar os CI (Pereira, 2011). Referenciando a Ordem dos Enfermeiros (2001) através dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, o enfermeiro deve procurar uma excelência no exercício profissional, conjuntamente com a pessoa e o CI, o desenvolvimento

de processos eficazes de adaptação aos problemas de saúde, onde está englobado o planeamento da alta das pessoas internadas em instituições de saúde, de acordo com as suas necessidades e os recursos da comunidade. Assim, se depreende que qualquer intervenção de enfermagem com vista à satisfação das necessidades da pessoa e do cuidador visa o conhecimento efetivo das reais necessidades, com o objetivo da capacitação e conseqüentemente do empoderamento do cidadão, onde neste âmbito se salienta o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. Este profissional pelo conhecimento aprofundado e competências especializadas atua em todos os contextos de vida das pessoas, em todos os níveis de prevenção (Ordem dos Enfermeiros, 2010a), promovendo a melhoria da função, a independência e a máxima satisfação da pessoa, intervindo na “educação dos clientes e pessoas significativas, no planeamento da alta, na continuidade dos cuidados e na reintegração das pessoas na família e na comunidade “ (Ordem dos Enfermeiros, 2010b).

Dentro deste campo de ação, a Direção Geral da Saúde (2012) pelo Gabinete Técnico do Plano Nacional de Saúde 2011 – 2016 emitiu estratégias para a saúde Promoção da Cidadania em Saúde relacionadas com a criação e desenvolvimento de programas específicos na área da educação para a saúde, autogestão da doença e capacitação dos cuidadores informais, cuja intervenção passa pela identificação e desenvolvimento de recursos para a capacitação em cuidados de saúde com programas e modelos de intervenções formativas de educação e projetos de auto monitorização e autogestão da doença. Aqui a rede de cuidados continuados surge como facilitador deste seguimento, quando se articula devidamente com os diferentes serviços de saúde (Melo et al., 2014).

É nesta linha de pensamento e assumindo a inquietude perante a problemática do planeamento da alta hospitalar, que procura-se com a presente investigação perceber qual a perceção dos cuidadores informais sobre o planeamento da alta, num serviço específico, o serviço de Medicina 1 do Centro Hospitalar do Algarve – Unidade de Faro. Pretende-se que este estudo seja o ponto de partida para o desenvolvimento de um projeto de melhoria contínua, servindo com método de diagnóstico inicial, com a identificação das lacunas na nossa prática de cuidados. Sendo a escolha do tema explicada pela necessidade de conhecer a realidade do contexto de trabalho, assumindo posteriormente, face aos resultados obtidos uma atuação que visa a melhoria da qualidade e da satisfação dos utilizadores dos serviços de saúde.

Tendo isto em consideração definiu-se a seguinte questão de investigação:

“Qual a perceção dos cuidadores informais sobre o planeamento da alta dos idosos internados no serviço de Medicina 1 do Centro Hospitalar do Algarve – Unidade de Faro?”

Presencia-se cada vez em maior número, a internamentos cuja média de dias de internamento é aumentado devido às condições sociofamiliares não estarem asseguradas para o regresso do idoso ao domicílio. Contudo, quando se explana esta problemática, muitas vezes somos deparados com situações que dizem respeito apenas à ausência/défice de planeamento pelo cuidador informal não se sentir preparado para assumir o papel de prestador de cuidados. Este vivencia um conjunto de ansiedades, dúvidas, incertezas e medos.

Ao se consultar os indicadores quantitativos dos serviços de internamento disponibilizados pelos Serviços Financeiros, Planeamento e Controlo de Gestão do Centro Hospitalar do Algarve verifica-se que no serviço de Medicina 1, no período de Julho a Setembro de 2015, com uma lotação de 44 camas, houve um total de 461 doentes entrados, vindos do serviço de urgência, consulta, transferências internas e outros, sendo a grande percentagem (365), do serviço de urgência. Ao se analisar as saídas, constata-se um total de 468 doentes, explicados pela taxa de ocupação (percentual do número de camas ocupadas por dia de internamento) de 109,19%. Os indicadores qualitativos demonstram que o serviço apresenta uma demora média de 9,44 dias (número médio de dias de internamento por doente) e que o número médio de doentes tratados por cama é de 10,64 doentes. Ao se conhecer estes dados toma-se consciência da exigência atual dos utilizadores do Sistema Nacional de Saúde, com toda a problemática inerente à reformulação da estrutura dos serviços, contudo cabe aos profissionais e em particular aos enfermeiros manter a excelência no cuidar como forma de promover a satisfação e a qualidade dos cuidados.

Por outro lado, constata-se uma crescente preocupação das entidades reguladoras da Saúde com a problemática do planeamento da alta hospitalar e a importância da articulação com os serviços comunitários, sendo materializado com a Circular conjunta da Administração Central do Sistema de Saúde e o Instituto da Segurança Social, de Setembro de 2015. Onde refere que a preparação da alta hospitalar permite uma

Maior adesão a comportamentos adequados e a maior capacidade para realizarem o autocuidado e manutenção de uma vida saudável, evitando os internamentos sucessivos por não estarem acionadas as respostas necessárias e suficientes para a continuidade de cuidados no pós alta p.1.

Já o Ministério da Saúde emitiu um despacho nº 2784/2013 de 20 de fevereiro, estabelecendo disposições relativas aos registos eletrónicos referentes às notas de alta médica e de enfermagem nos serviços integrados no Serviço Nacional de Saúde. Neste âmbito, uma auditoria interna ao item das notas de alta médica e de enfermagem de doentes do serviço de

Medicina 1 do Centro Hospitalar do Algarve – Unidade de Faro, com alta durante o mês de Abril de 2015 verificou uma percentagem de 43% de conformidade face aos requisitos propostos. Face a estes resultados depreende-se a pertinência de investir nesta temática.

Perante a formulação da questão de partida, foi definido como objetivo central desta investigação, avaliar a perceção dos cuidadores informais sobre o planeamento da alta dos idosos internados no serviço de Medicina 1 do Centro Hospitalar do Algarve – Unidade de Faro, e verificar associações entre as variáveis sociodemográficas, profissionais, familiares, clínicas e psicossociais, sendo a população do estudo, os cuidadores informais de idosos internados neste serviço.

Para a concretização do estudo, optou-se pela metodologia de investigação de paradigma quantitativo, adquirindo um carácter de trabalho não experimental, transversal, descritivo e correlacional. Onde se elaborou um instrumento de colheita de dados, com uma abordagem mista, com instrumentos construídos pelo investigador (caracterização sociodemográfica, caracterização familiar, contexto familiar e contexto clínico) e por escalas traduzidas e validadas por outros investigadores para a população portuguesa, como o Índice de Barthel (IB), o questionário de planeamento da alta (PREPARED) e a escala de ansiedade e depressão hospitalar (HADS).

Tendo em conta a finalidade da investigação foi utilizada como metodologia de trabalho a pesquisa bibliográfica em bibliotecas e base de dados científicos, por intermédio de artigos de publicação em série, circulares e de legislação (plataformas SciELO – *Scientific Electronic Library Online*, SciELO Portugal e EBSCOhost). A estrutura do trabalho foi organizada da seguinte maneira:

Parte I – Enquadramento Teórico, constituído pelo Capítulo 1 suportado na revisão da literatura, que se encontra dividido em três partes: 1) Padrões de doenças próprias do idoso, onde se aborda as alterações associadas ao processo de envelhecimento; 2) Os cuidadores onde se define e são mencionadas as suas necessidades; 3) Planeamento da alta onde demonstra a sua importância no cuidar de excelência e o papel do enfermeiro especialista em Reabilitação neste processo.

Parte II – Estudo Empírico, onde se desenvolveu três capítulos:

Capítulo 2 – Metodologia, onde se inclui a conceptualização do estudo, a descrição das questões de investigação, os objetivos do estudo, a caracterização do tipo de estudo, a definição da população e da amostra, a explicação das variáveis e a formulação das respetivas hipóteses,

a descrição do instrumento de colheita de dados e dos procedimentos efetuados, bem como os preceitos éticos considerados e por fim a previsão do tratamento estatístico de dados.

Capítulo 3 – Apresentação e Análise dos dados

Capítulo 4 – Discussão dos Resultados, com a análise e discussão dos resultados.

Capítulo 5 – Conclusões, com a apresentação das principais conclusões.

No final do documento de estudo, serão ainda apresentadas as Referências Bibliográficas, com a apresentação da bibliografia consultada, Apêndices e Anexos.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO 1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O envelhecimento é um processo biológico, conceptualizado culturalmente e socialmente construído, que conduz o indivíduo a um processo dinâmico, contínuo e irreversível de alterações morfo funcionais que vão alterando progressivamente o organismo, tornando-o mais suscetível a agressões (Guimarães, 2010). De acordo com Conselho Internacional de Enfermeiros (2003),

O envelhecimento é um processo de desenvolvimento físico normal e progressivo, desde a idade adulta até à velhice acompanhado por declínio dos processos corporais devido à diminuição da capacidade de regeneração das células, perda de massa e coordenação muscular e das competências psicomotoras.

Processo esse que envolve fatores de várias dimensões: hereditariedade, ambiente, socioeconómico e estilo de vida, que em conjunto vão influenciar a qualidade de vida do idoso, refletindo-se nos índices de morbilidade e mortalidade. Este fenómeno exerce uma importante influência sobre o desenvolvimento das sociedades, constituindo uma prioridade no âmbito da saúde pública e da economia. Em Portugal assiste-se a um crescente aumento da população idosa, sendo a esperança de vida à nascença para o Continente, Açores e Madeira de 78,70 anos, sendo ligeiramente superior (4 anos) para o género feminino (Direção Geral da Saúde, 2009).

Ressalta-se então, a importância de definir pessoa idosa. A Organização Mundial de Saúde classifica cronologicamente como idosos as pessoas com 65 anos e mais anos, nos países desenvolvidos e com 60 e mais anos nos países em desenvolvimento.

1.1 – PADRÕES DE DOENÇAS PRÓPRIAS DO IDOSO

Quando o indivíduo envelhece, os sistemas orgânicos (sensorial, neurológico e músculo-esquelético) apresentam um declínio de função, pois existe uma diminuição na

qualidade e quantidade das informações necessárias para um controlo motor e cognitivo eficaz. Doenças crónicas, isolamento social, vulnerabilidade económica, instabilidade no seio familiar e incapacidade de adaptação às novas alterações são alguns dos fatores frequentes nos idosos, condicionando a saúde, a independência e a sua qualidade de vida (Portugal. Directorate-General of Health, 2006).

Com já foi referido, com o envelhecimento surgem alterações fisiológicas e consequentemente as limitações das funções do organismo que podem conduzir à dependência de terceiros, com a perda de autonomia, mas também à suscetibilidade de doenças e internamento hospitalar. Num estudo referenciado por Júnior & Corrente (2011) verificaram que 4,5% dos idosos apresentavam dependência em quatro ou mais funções básicas das atividades de vida diárias, já para as atividades instrumentais de vida diária, essa dependência era de 9,9%.

Neste contexto torna-se relevante definir o conceito de capacidade funcional (CF). A CF pode ser definida como a “capacidade de manter as habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autónoma” (Fuhrmann, Bierhals, Santos, & Paskulin, 2015), em que o desempenho das atividades de vida assume um ponto básico para prolongar o tempo de independência. Esta é influenciada por fatores demográficos, socioeconómicos, culturais e psicossociais, existindo estudos que evidenciam uma correlação positiva entre a perceção da saúde e a perceção das limitações existentes (Morris, 2006). Tal como, uma perceção negativa da saúde e das limitações (perceção da incapacidade) encontra-se associada a um aumento do nível da dependência na execução das atividades básicas e instrumentais. A preservação da capacidade funcional, para Júnior & Corrente (2011) encontra-se intimamente relacionada com o bem-estar e a capacidade da pessoa orientar a sua própria vida. A capacidade funcional e a autonomia nos idosos são fatores associados à qualidade de vida e à saúde. A qualidade de vida assume assim particular importância na terceira idade, visto se encontrar associada à idade, no sentido em que quanto maior for a idade, pior é a perceção que o idoso possui sobre a sua qualidade de vida (Martins & Mestre, 2014). Conhecer a capacidade funcional do idoso torna-se numa estratégia na qualidade da prestação de cuidados, pois permite identificar os fatores de risco e assim implementar intervenções, cujo objetivo assenta na avaliação da evolução dos problemas de saúde.

No estudo de Fuhrmann et al. (2015) houve correlação significativa entre a capacidade funcional do idoso e a sobrecarga do cuidador, em que quanto mais dependente o idoso maior a sobrecarga do cuidador. Com o conhecimento destes resultados compreende-se o papel

importante que o enfermeiro assume na implementação de intervenções junto aos cuidadores, antecipando situações de vulnerabilidade deste grupo, prevenindo deste modo complicações.

1.2 – OS CUIDADORES

Ao proceder-se à pesquisa em Descritores em Ciências da Saúde, a palavra “Cuidadores” surge como descritor, com vários sinónimos (cuidador, cuidadores familiares, cuidadores cônjuges), sendo definido como

Pessoas que proveem cuidado para aqueles que precisam de supervisão ou assistência no estado da doença ou incapacidade. Podem prestar a assistência em casa, em um hospital ou em uma instituição. Apesar do termo cuidador incluir médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde, o conceito também se refere a pais, cônjuges ou outros familiares, amigos, clérigos, professores, assistentes sociais, colegas.

Os cuidadores podem ser denominados como cuidadores formais, quando são indivíduos que prestam serviços sob remuneração (Fuhrmann et al., 2015), sendo também definido como um profissional preparado numa instituição de ensino para prestar cuidados no domicílio, de acordo com as necessidades específicas do cliente (Júnior & Corrente, 2011). Já os cuidadores informais são definidos como o elemento da família ou da comunidade que presta qualquer tipo de cuidado à pessoa dependente, conforme as necessidades e de forma voluntária. Estes podem ainda ser classificados em cuidadores informais principais, quando assumem total ou a maior parte da responsabilidade do cuidar da pessoa (Fuhrmann, Bierhals, Santos & Paskulin, 2015).

A falta de resposta, por parte das instituições sociais aos idosos que precisam de cuidados conduz a responsabilidade desse cuidado sobre a família, donde surge então a figura do cuidador informal, tornando-se a família a alternativa de suporte a idosos com défice no autocuidado. O cuidador informal de idosos assume a responsabilidade de apoiar e ajudar o idoso nas atividades que este já não consegue realizar sozinho, de forma a melhorar a sua condição de vida (Júnior & Corrente, 2011).

Analisando os estudos existentes sobre a temática dos cuidadores informais a idosos, estes na sua grande maioria são unânimes na caracterização dos cuidadores, descrevendo-os como indivíduos do género feminino, em que o grau de parentesco é o de esposa ou filha, coabitando com o idoso e assumem-se como cuidador principal, cuidando em tempo integral

(Cesar & Santos, 2005; Fuhrmann et al., 2015; Marin & Angerami, 2000; Melo et al., 2014) Completando este enquadramento, Oliveira & D'Elboux (2012) referem que existe um predomínio de mulheres de meia-idade, além de muitas idosas e por períodos prolongados, sem apoio, tornando-se cuidadores principais. Estes dados conseguem, em parte, ser justificados pela cultura ocidental, em que as mulheres são vistas naturalmente como cuidadoras, sendo-lhes imputado responsabilidades e obrigações. Para André, Cunha & Rodrigues (2010), a família é “primariamente responsável pela maioria dos cuidados de saúde durante os ciclos de saúde/doença”, sendo uma das maiores competências da família, o cuidado em saúde.

Os estudos analisados na revisão integrativa de Oliveira & D'Elboux (2012) revelam a existência de prejuízo na qualidade de vida global do cuidador, muitas vezes relacionado ao quadro clínico e ao nível de dependência do idoso, onde a idade deste se mostrou fator preditor do declínio da qualidade. Ao serem analisados os diferentes domínios que caracterizam o indicador qualidade de vida, os domínios físico e psicológico foram os que surgiram com maior alteração, associados à influência da duração da doença e sua gravidade, o ser cuidador principal ou ter apoio de mais alguém e ainda o facto de viver na mesma residência com o idoso a quem presta cuidados. O Cuidar implica a execução de tarefas complexas, por vezes, por longos períodos de tempo associado a desgaste físico, custos financeiros e sobrecarga emocional André, Cunha & Rodrigues (2010).

Com a continuação do cuidar de uma pessoa com dependência, o nível de tensão e ansiedade tende a aumentar. Oosterveer, Mishre, Van Oort, Bodde & Aerden (2014) numa investigação vocacionada para os cuidadores de pessoas que sofreram um Acidente Vascular Cerebral (AVC) procuraram verificar a prevalência das determinantes dessa tensão após a alta. Constataram que 12,8% dos cuidadores apresentavam níveis elevados de tensão logo após a alta, e que quanto mais sintomatologia relacionada com a ansiedade menor a satisfação com a vida, menor percepção de qualidade de vida.

Sabemos que os cuidadores necessitam de suporte para a aquisição de conhecimentos e competências para conseguirem assumir o papel de cuidador de um idoso e para se conseguir atingir este patamar torna-se necessário a implementação de programas direcionados para a saúde do idoso com todas as especificidades inerentes (Oliveira & D'Elboux, 2012), permitindo assim um processo de transição do hospital para o domicílio, sendo o domicílio entendido como a residência particular, o estabelecimento ou a instituição onde habitualmente reside a pessoa (Decreto-Lei nº 101/2006, de 6 de junho).

Esta transição tem sido relatada como um acontecimento com conotação negativa, associada a stresse, em que os cuidadores mencionam necessidades neste processo, que vão desde a necessidade de informações sobre como cuidar do idoso, informação sobre como identificar situações de risco, bem como controlar as suas emoções. Aqui também há a destacar o apoio formal (Shyu mencionado por Stone, 2013). O papel de transição para cuidador informal é um processo complexo, com diferentes etapas dinâmicas (Meleis et al., 2000), que necessitam de particular atenção por parte dos profissionais de saúde, mais especificamente dos enfermeiros, enquanto profissionais que, pela sua atividade e proximidade lidam e são os principais cuidadores das pessoas em transição.

Na tentativa de fundamentar a importância de um período de transição para o cuidar de uma pessoa com dependência, Hendrix et al. (2013), na Carolina do Norte desenvolveram um estudo que pretendeu descrever o desenvolvimento e implementação de um programa de assistência de “cuidados de transição” (TLC), cuja finalidade consistiu em apoiar a transição do hospital para casa a pessoas idosas. O TLC é baseado nos Cuidados de Transição do Modelo de Naylor, que possui um quadro de referência do planeamento da alta hospitalar a idosos dependentes, com o propósito de agilizar o plano de cuidados e prevenir deste modo complicações. Este programa é liderado por uma enfermeira que presta cuidados após a alta clínica num determinado período de tempo, sendo um trabalho multidisciplinar, com o apoio de um terapeuta ocupacional e uma assistente social. Verificaram que existe um número de reinternamentos menor em pessoas onde foi implementado o TLC comparativamente aos que não foi, a 30 e a 60 dias após a alta hospitalar.

Compreender as propriedades e condições inerentes a um processo de transição promove o exercício da profissão de enfermagem no sentido em que os cuidados de enfermagem e de acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2010b) tomam por foco de atenção a promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue, procurando-se, ao longo de todo o ciclo vital, prevenir a doença e promover os processos de readaptação, a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das atividades de vida e a adaptação a múltiplos fatores.

1.3 – PLANEAMENTO DA ALTA

No âmbito do exercício profissional o enfermeiro deverá, na parceria com o cliente respeitar as suas capacidades, vivências, experiências, convicções e crenças integrando

simultaneamente aquilo que ele entende por estado de saúde. O enfermeiro deve reconhecer que não constrói o processo do cuidar individualmente, pois só tendo esta linha como orientadora, este processo será eficaz e com qualidade (Suzana, Cunha & Rodrigues (2011). Assim, compreende-se que a qualidade em saúde pode ser promovida através da participação e capacitação dos doentes, família e cuidadores informais.

Emerge, do referido a necessidade de conhecer o regulamento que define as competências comuns do enfermeiro especialista decorrentes do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais, em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde, estabelecendo um quadro de conceitos aplicáveis para cada área de especialização em enfermagem. Assim, são referidos quatro domínios de competências comuns: responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Ordem dos Enfermeiros, 2010a). O enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação, partindo da realidade e das dificuldades apresentadas pela pessoa cuidada e seu cuidador focaliza as suas intervenções, de modo a que a avaliação das mesmas estejam no encontro das necessidades reais. Este profissional, com as suas competências “capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania” tendo em vista o desenvolvimento e implementação de ações “de acordo com o enquadramento social, político e económico que visem a uma consciência social inclusiva” (Ordem dos Enfermeiros, 2010b).

Um estudo realizado por Jeangsawang, Malathum, Panpakdee, Brooten & Nityasuddhi (2012) pretendeu comparar a eficácia do planeamento da alta e dos cuidados prestados a idosos com dependência internados em contexto hospitalar, de acordo com a experiência profissional dos enfermeiros. Tendo-os dividido em enfermeiros iniciados (com conhecimentos adquiridos na teoria, estando preparados para lidar em situações mais limitadas e com menos de um ano de experiência profissional); enfermeiros competentes (que comparativamente com os enfermeiros iniciados, possuem uma ampla e profunda gama de conhecimentos e competências, e assim tendem a detetar precocemente situações de risco, intervindo rapidamente, tendo sido incluídos no estudo enfermeiros com pelo menos cinco anos de experiência clínica) e os enfermeiros da prática avançada (APNs) (que comparativamente aos enfermeiros iniciados e aos enfermeiros competentes, possuem um nível mais amplo e complexo da prática). Para os autores (2012), os APNs possuem características que incluem: a aquisição de novos conhecimentos e competências, incluindo a autonomia na prática clínica; análise de situações

de forma crítica; síntese e inovação de conhecimentos, com a construção de conhecimento para além do desenvolvido através da experiência e a competência de prestar cuidados a pessoas com complexidade de cuidados. Para estes, estão incluídos os enfermeiros especialistas.

Neste contexto torna-se relevante o enquadramento das competências, onde se destaca o modelo de desenvolvimento de competências da investigadora norte-americana Patricia Benner, que procura descrever o conhecimento que esta proporciona bem como a diferença entre esse conhecimento, o “saber-fazer” e o teórico, o “saber”. Neste modelo aborda a forma como o enfermeiro desenvolve as suas capacidades e habilidades através da aprendizagem e das experiências profissionais: o conhecimento prático (know-how) é alargado através de investigações científicas baseadas na teoria e através do levantamento do *know-how* existente desenvolvido por meio da experiência clínica (Benner, 1982).

Na referida investigação de Jeangawang et al. (2012), não houve diferenças estatisticamente significativas nos resultados dos cuidados prestados a idosos dependentes internados em contexto hospitalar cujo planeamento da alta foi realizado por enfermeiros iniciados, enfermeiros competentes ou enfermeiros da prática avançada, contrariamente a estudos anteriores referenciados pelos autores, onde houve diferença estatisticamente significativa entre grupos de intervenção e de controlo. Para estes os resultados podem ser explicados por os idosos cuidados pelos APNs possuírem condições de saúde com maior complexidade, com maior necessidade de cuidados no domicílio (aspiração de secreções, traqueostomizados, ...) comparativamente aos idosos acompanhados pelos enfermeiros iniciados e competentes. Os doentes com necessidades de cuidados mais complexos tendem a ser atribuídos aos enfermeiros com maior competência e conhecimentos.

Um indicador de qualidade em saúde diz respeito à satisfação do cliente pelos cuidados recebidos e a forma como este consegue, no seu ambiente quotidiano concretizar a continuidade dos mesmos. Analisado a política atual de internamento hospitalar, com a “meta” de diminuir os dias de internamento, preconizando as altas cada vez mais precoces compreende-se a importância que os profissionais de saúde, em particular os enfermeiros, detêm no planeamento da alta, com a adoção de medidas que possibilitem o envolvimento do idoso e cuidador nos cuidados prestados. Um planeamento estruturado da alta hospitalar, vocacionado para a capacitação do cuidador, onde se engloba informações sobre as necessidades básicas de saúde do idoso, bem-estar e cuidado de pessoas idosas, poderá influenciar positivamente a prestação de cuidados ao idoso por parte do cuidador e concomitantemente contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados em contexto hospital, na medida em que os cuidados seriam

prestados atendendo às dificuldades singulares e específicas das pessoas. Ao ser conhecer as características, necessidades e expectativas do cuidador a eficácia da intervenção, nomeadamente do enfermeiro, é direcionada à realidade individual, adaptando as orientações a cada tipo de cuidador e idoso.

A satisfação do cliente tem sido reconhecida como a chave da qualidade dos cuidados de saúde, sendo um dos pontos no processo de acreditação das organizações de saúde. Compreende-se a importância da satisfação do cliente e seus cuidadores pelos cuidados de enfermagem, visto uma grande percentagem dos profissionais de saúde serem enfermeiros (Joolae, Hajibabae, Jafar Jalal & Bahrani, 2011). Neste prisma, Greeneich (1993) referenciado por Marin & Angerami (2000) elaborou um modelo teórico de satisfação para a Enfermagem, que assenta em três dimensões: o enfermeiro (personalidade, cuidados de enfermagem e habilidade), o cliente (com as suas expectativas) e as condições organizacionais (ambiente físico e condições da organização). Numa vertente mais ampla, a qualidade pode ser influenciada por quatro componentes: acesso, continuidade, coordenação e satisfação do cliente, onde esta, em termos administrativos representa a mensuração da efetividade da organização de saúde.

De acordo com Cesar & Santos (2005) o planeamento da alta deverá integrar a implementação de um programa de alta com o objetivo de minimização de inseguranças do idoso e cuidador, facultando uma melhoria da qualidade da vida familiar e social, bem como prevenir complicações e deste modo evitar reinternamentos. Para estes, este programa necessita da definição de objetivos e intervenções enquadrados numa abordagem educativa específica para as necessidades de saúde do idoso e seu cuidador, cuja finalidade visa a aquisição de “comportamentos positivos em relação à saúde, adoção de atitudes preventivas e a tomada de decisões conscientes e coerentes para a promoção da saúde. Nesta linha de pensamento, a educação surge como a “ferramenta básica para a obtenção do saber”, devendo estar enquadrada com o contexto cultural e social do indivíduo, de forma a promover o poder e a autonomia, quer do idoso, quer do seu cuidador. Marin & Angerami (2000) reforçam esta ideia quando mencionam que o planeamento da alta hospitalar cotiza para que o idoso e cuidador sejam capazes de “dar continuidade à manutenção ou melhoria no estado de saúde e, assim, enfrentarem os efeitos da doença e alterações sofridas, criando possibilidades de torná-los tão independente O estudo de Marin & Angerami (2000) procurou após a implementação de um programa de planeamento da alta a idosas internadas num serviço hospitalar avaliar, por um lado a satisfação da pessoa e seu cuidador sobre as orientações fornecidas e por outro lado,

avaliar a perceção sobre a auto capacidade na continuação dos cuidados no domicílio. Para tal, na fase da implementação do programa, estes tiveram a necessidade de reorganizar a estrutura do serviço de internamento, tendo em linha de conta os recursos humanos, materiais e as próprias condições físicas do serviço.

Nesta abordagem, planificaram diversas atitudes a modificar e que de forma concisa passaram pela elaboração de protocolos e manuais vocacionados para a prestação de cuidados de acordo com a população alvo e suas necessidades; formação sobre a importância do planeamento da alta e alterações inerentes ao envelhecimento; promoção do trabalho multidisciplinar e a criação de métodos de registos da identificação das necessidades, dos cuidados implementados e da avaliação desses mesmos cuidados.

Na implementação do planeamento da alta foram priorizadas orientações, que na opinião dos investigadores consistem em fatores de risco para a população idosa como a mobilização, prevenção de quedas, alterações fisiológicas, nutrição, medicação e cuidados específicos de acordo com o diagnóstico. Após análise dos resultados, estes verificaram que, para as idosas e seus cuidadores, as orientações com maior relevância para o sucesso da continuação da prestação de cuidados no domicílio residiam nos aspetos relacionados com a mobilidade e a nutrição adequada para aquela fase do processo de saúde.

Contudo, não basta apenas implementar um programa de planeamento da alta hospitalar, torna-se necessário avaliar as intervenções planeadas e executadas, de forma a melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, onde os objetivos, as estratégias e os recursos disponíveis são tidos em consideração. Para tal, Marin & Angerami (2000) referenciam vários autores que apontam estratégias direcionadas à mensuração dos padrões estabelecidos para as áreas de estrutura (avaliação do ambiente em que se desenvolve a prestação de cuidados e os instrumentos utilizados), de processo (avaliação da dinâmica da prestação de cuidados) e de resultado (avaliação do resultado da prestação de cuidados).

A enfermagem assenta não apenas na prestação de cuidados de enfermagem, mas também na gestão, formação e investigação sobre estes mesmos cuidados, como forma de construção de indicadores de qualidade e produtividade na Enfermagem. Para tal torna-se necessário definir um conjunto de informações referentes a dimensões específicas da enfermagem, ao qual é designado como resumo mínimo de dados de enfermagem (RMDE), que de acordo com o Sistema de Informação de Enfermagem (SIE) (2007) mencionando Werley et al (1991), é entendido como “o conjunto mínimo de itens de informação (...), com categorias e definições uniformes, que vai ao encontro das necessidades de informação dos múltiplos

utilizadores dos dados no sistema de saúde”. Para Pereira (2004), o RMDE permite traduzir ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem, com os indicadores de resultado, bem como as principais necessidades em cuidados com os indicadores de processo, em que os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem são considerados evoluções positivas ou modificações no estado dos diagnósticos após as intervenções.

No estudo de Oliveira et al. (2011), ao analisarem os diagnósticos de enfermagem identificados nos Sistemas de Informação verificaram que estes estão centrados na prevenção de complicações com a pessoa doente, como as úlceras por pressão; no autocuidado, papel do prestador de cuidados e na adesão do regime terapêutico e que no caso de reinternamentos estes diagnósticos surgem novamente como necessidades, demonstrando que os défices de conhecimentos e habilidades de aprendizagem são semelhantes. Petronilho (2007), no seu estudo constatou que um mês após a alta, os cuidadores informais continuavam a expressar muitas dificuldades. Procura-se que no momento da alta o cuidador informal sinta confiança nas informações fornecidas pelos profissionais de saúde, em particular pelo enfermeiro. Na opinião de Oliveira et al. (2011), a chave para evitar os reinternamentos passa pelo fornecimento e acesso a informações clinicamente úteis aos cuidadores informais.

Para estes (2011) as readmissões nos serviços hospitalares podem ser minimizadas se os enfermeiros assumirem o papel de preparar o cuidador informal para cuidar da pessoa dependente em casa. De acordo com Medicare Payment Advisory Commission, quase um em cada cinco beneficiários da Medicare (17,6%), nos Estados Unidos da América, em 2005 foram readmitidos num serviço de internamento hospitalar num prazo de 30 dias após um internamento, perfazendo um gasto de 12 biliões de dólares, tendo sido verificado que 25% dos reinternamentos foram atribuídos a uma deficiente transição do planeamento dos cuidados do hospital para o domicílio (Park, Branch, Bulat, Vyas & Roever, 2013).

Apesar dos variados estudos relacionados com a problemática do planeamento da alta e da preparação dos cuidadores informais para o cuidar do idoso no domicílio constata-se que poucas são as investigações de evidenciam a efetividade das intervenções de enfermagem, que facilitem este processo de transição, uma vez que os estudos existentes não são conclusivos. Esta foi uma das conclusões de Andrade (2009) na revisão sistemática que efetuou, onde constatou que, a maioria das intervenções desenvolvidas têm como focos o conhecimento que a pessoa dependente e CI possuem, sendo as atividades desenvolvidas vocacionadas para a informação, aconselhamento, apoio e treino de habilidades técnicas para a prestação de cuidados e no desenvolvimento de habilidades de coping.

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

CAPÍTULO 2 – METODOLOGIA

Na investigação científica é fundamental determinar a metodologia a utilizar, com a integração de conhecimentos dos métodos das diferentes disciplinas científicas e filosóficas. A metodologia torna-se assim a base do trabalho de investigação, pois é através dos seus métodos e técnicas que, conforme refere Fortin (2009) irá ser orientada a elaboração de todo o processo de investigação científico, para que a sua verificabilidade se torne possível. No decurso desta fase, os investigadores definem os métodos que irão utilizar para obter as respostas às questões ou hipóteses colocadas.

Ao longo deste capítulo, irão ser descritas as várias fases deste estudo, de forma sequencial, onde se incluem: a conceptualização do estudo, a descrição das questões de investigação, os objetivos do estudo, a caracterização do tipo de estudo, a definição da população e da amostra, a explicação das variáveis e a formulação das respetivas hipóteses, a descrição do instrumento de colheita de dados e dos procedimentos efetuados, bem como os preceitos éticos considerados e por fim a previsão do tratamento estatístico de dados.

2.1 – CONCEPTUALIZAÇÃO DO ESTUDO

Hoje em dia assiste-se a um envelhecimento populacional exponencial que se repercute no sistema de cuidados de saúde. Cada vez é maior o número de idosos que vivem mais anos com doenças crónicas. Por outro lado, aqueles que cuidam desta população envelhecida vão precisar de mais conhecimentos e melhores capacidades, para ajudar este grupo a manter a saúde e as capacidades e a evitar complicações.

Em consequência da conjuntura social e económica, constata-se um maior número de familiares que assumem a responsabilidade de cuidar de uma pessoa dependente em casa. Este cuidar envolve a adoção de comportamentos e ações, com a aquisição de habilidades cognitivas e instrumentais, não sendo uma tarefa fácil (Oliveira, Campos, Padilha, Pereira & Sousa, 2011). Deste modo, entende-se que os enfermeiros devem preparar o cuidador informal (CI) para esta transição, sendo esta preparação iniciada em contexto hospitalar (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2000). Ao se conhecer a realidade, o enfermeiro identifica e planeia as

intervenções de enfermagem de acordo com as necessidades do cuidador, com o objetivo de haver uma continuidade dos cuidados iniciados no hospital e prosseguir aquando o regresso a casa.

Contudo, também se sabe que as altas hospitalares são cada vez mais precoces, preconizadas pelo risco acrescido de desenvolvimento de infeções associadas aos cuidados de saúde e todas as complicações que daí advêm e por outro lado associado à redução do número de dias de internamento relacionado com a redução de custos que implica os cuidados de saúde numa unidade hospitalar de cuidados agudos de alta dependência. Assim, os cuidadores informais, muitas vezes deparam-se com o regresso a casa do idoso ainda numa fase em que este ainda necessita de cuidados com determinado grau de complexidade. Logo percebe-se a importância da existência de um adequado planeamento da alta como medida de promoção da continuidade dos cuidados prestados pelo cuidador, bem como dos serviços comunitários. Neste contexto compreende-se o término da rotina da alta hospitalar, que como refere Marin (1995) citado por Marin & Angerami (2000) “como feita hoje, revela que a responsabilidade da equipa acaba no momento em que os papéis estão preenchidos e a receita está nas mãos do idoso e/ou família”.

O planeamento da alta deverá ser preparado desde a admissão de um serviço de internamento, onde devido a alterações do quotidiano do idoso e seu cuidador, estão presentes alterações funcionais, psicológicas, sociais e económicas tornando-os mais suscetíveis a situações de stresse, com necessidade, por vezes de tomada de decisões. A intervenção individualizada e direcionada a estes elementos por parte dos enfermeiros facilita esta transição, auxiliando-os na responsabilização pelo processo de saúde, tornando-os aptos nesta nova fase.

2.2 – QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

O primeiro passo no processo científico, de acordo com Polit & Hungler (1995) é a elaboração do problema de investigação. Para a sua formulação, de acordo com Fortin (2009), os investigadores necessitam de pesquisar os elementos da situação problemática e partir do concreto para o abstrato. Tendo isto em consideração, definiram-se as seguintes questões de investigação:

“Qual a perceção dos cuidadores informais sobre o planeamento da alta dos idosos internados no serviço de Medicina I do Centro Hospitalar do Algarve – Unidade de Faro?

Será que as variáveis sociodemográficas, contextuais e de funcionalidade estão associadas á perceção dos cuidadores?

Este problema surge na sequência de nos deparamos com a necessidade cada vez maior de preparação do regresso ao domicílio cingida aos ensinamentos e execução de técnicas, sem um programa estruturado e com avaliação, pois o nosso foco de atuação ainda é mais centrado no idoso internado que no cuidador. Assiste-se a cuidadores informais pró-ativos no seu papel, onde expressarem sentimentos de preocupação e insegurança e onde procuram colmatar o défice de informação, havendo assim, um direcionar do cuidado de encontro com as reais necessidades destes, contudo também estamos perante CI que têm dificuldade em demonstrar as suas reais necessidades e com maior dificuldade de tomarem consciência do exercício do seu papel.

De uma forma metódica e com o intuito de uma maior qualidade nos cuidados prestados temos que partir do pressuposto que a perceção das necessidades por parte dos enfermeiros pode ser diferente da perceção que os CI apresentam, sendo estas necessidades frequentemente não avaliadas de forma sistemática com vista à readaptação da pessoa e família.

2.3 – OBJETIVOS

Perante a formulação das questões de investigação, foi definido como objetivo central desta investigação, avaliar a perceção dos cuidadores informais sobre o planeamento da alta dos idosos internados e verificar a existência de associações entre esta perceção e as variáveis sociodemográficas, profissionais, familiares, clínicas e psicossociais.

A partir deste objetivo geral, foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- Caracterizar socio demograficamente os cuidadores informais dos idosos internados;
- Caracterizar o contexto profissional, familiar e psicossocial dos elementos amostrais;
- Identificar o perfil de saúde dos idosos internados;
- Quantificar os níveis de ansiedade e depressão dos cuidadores informais;
- Verificar se as variáveis sociodemográficas, profissionais, familiares, clínicas e psicossociais se relacionam com a perceção dos cuidadores informais sobre o planeamento da alta.

2.4 – TIPO DE ESTUDO

O presente estudo encontra-se enquadrado numa metodologia de investigação de paradigma quantitativo, uma vez que do ponto de vista conceptual “a pesquisa centra-se na análise de factos e fenómenos observáveis e na medição/avaliação em variáveis comportamentais e/ou socioafetivas passíveis de serem medidas” (Coutinho, 2014), evitando assim distorções de análise e interpretação. Trata-se de uma investigação cuja “finalidade é descrever, verificar relações entre variáveis e examinar as mudanças operadas na variável dependente após a manipulação da variável independente” (Fortin, 2009). A pesquisa quantitativa para Teixeira (2001) utiliza uma linguagem que permite descrever as causas de um fenómeno e as relações entre variáveis, com base nos princípios do positivismo.

Uma vez que tem como objetivo a não manipulação de variáveis e a ausência de controlo experimental, limitando-se apenas a uma observação da amostra adquire um carácter de trabalho não experimental (Fortin, 2009).

As investigações, de acordo com Fortin (2009) determinam a orientação e a designação do quadro conceptual ou teórico. Neste contexto considera-se que este estudo é um estudo explicativo/preditivo, de Nível III, estudo descritivo-correlacional, dado que numa primeira fase explorou-se e determinou-se as variáveis em estudo, e posteriormente procura-se identificar a forma como se relacionam. Pretende-se, sobretudo obter dados que permitam descrever a perceção dos cuidadores informais sobre o planeamento da alta dos idosos internados no Serviço de Medicina 1 do Centro Hospitalar do Algarve – Unidade de Faro e estabelecer relação entre variáveis que a podem influenciar, como o grau de dependência do idoso, o apoio recebido pela rede formal e a ansiedade e depressão do cuidador informal.

Este é um estudo efetuado num curto período de tempo, com a aplicação do instrumento de colheita de dados num dado momento (2 meses), pelo que é considerado um estudo transversal (Coutinho, 2014; Fortin, 2009).

2.5 – POPULAÇÃO E AMOSTRA

Um dos momentos cruciais no processo de investigação é definir a população a investigar e respetiva amostra. De acordo com Magalhães & Hill (1998), ao conjunto total dos casos que satisfazem os critérios de seleção definidos antecipadamente designa-se de população alvo, enquanto a amostra é um subconjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que

fazem parte de uma mesma população. Assim sendo, definiu-se como população alvo, os cuidadores informais de doentes idosos sendo a população acessível, os 79 cuidadores informais de idosos internados no serviço de Medicina I do Centro Hospitalar do Algarve – Unidade de Faro no período de 11 de Dezembro de 2015 a 22 de Fevereiro de 2016. A amostra engloba, 41 cuidadores informais.

O método de amostragem optado é o não probabilístico por conveniência, uma vez os sujeitos se encontram fisicamente acessíveis (indivíduos internados no serviço) e por outro lado, não se consegue garantir o acesso a todos os elementos da população, que a população acessível seja igual à população alvo (Fortin, 2009). A vantagem deste método é ser barato, acessível, rápido e fácil. Porém, não permite conhecer qual é a probabilidade de um elemento da população tem de pertencer à amostra, o que não permite que os resultados da amostra sejam estatisticamente generalizados para a população.

Foram estabelecidos critérios de inclusão e critérios de exclusão:

Critérios de inclusão:

- Indivíduos que sejam cuidadores informais de idosos com algum grau de dependência de ambos os sexos;
- Indivíduos que saibam ler e escrever;
- Indivíduos que assinem o Termo de Consentimento informado.

Critérios de exclusão:

- Cuidadores informais de idosos com internamento no serviço inferior a 5 dias e independentes.

2.6 – VARIÁVEIS

As variáveis são “qualidades, propriedades ou características de objetos, de pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação” (Fortin, 2009), que podem ser consideradas uma classificação ou medida. Para Marconi & Lakatos (2007) se alteram em cada caso particular e são totalmente abrangentes e mutuamente exclusivas, sendo classificadas quanto à relação entre elas como variáveis dependentes e variáveis independentes.

Deste modo torna-se importante definir variável dependente como “variável influenciada pela variável independente” e a variável independente é aquela que é “manipulada

pelo investigador com a finalidade de estudar os seus efeitos na variável dependente” (Fortin, 2009). Assim sendo, torna-se agora pertinente a identificação e operacionalização das variáveis em estudo, tendo esta investigação as seguintes variáveis:

Variável dependente: percepção dos cuidadores sobre o planeamento da alta

Variáveis independentes, agrupadas em cinco grandes grupos:

- *Variáveis sociodemográficas* (género, idade, estado civil, habilitações literárias);
- *Variáveis profissionais* (situação profissional, horário de trabalho, vínculo laboral);
- *Variáveis de contexto familiar* (agregado familiar, existência de filhos a cargo, parentesco com a pessoa a quem presta cuidados, distância geográfica, tempo de prestação de cuidados, tipo de cuidados prestados, ajuda regular na prestação de cuidados por outros familiares, apoio recebido pela rede formal, prestação de cuidados a mais alguém);
- *Variáveis de contexto clínico* (antecedentes pessoais, número de internamentos anteriores nos últimos 12 meses, número de dias do internamento atual, motivo do internamento atual, grau de dependência);
- *Variáveis psicossociais* (ansiedade e depressão do cuidador).

Como forma de sistematização, as variáveis do presente estudo são apresentadas na figura 1, que representa o modelo conceptual. Neste pretende-se perceber os diferentes domínios que integram a investigação, auxiliando numa visão integral das dimensões consideradas nesta problemática. São apresentados cinco grandes domínios, que se presume que estejam interrelacionados e que intervêm na percepção dos cuidadores informais sobre o planeamento da alta.

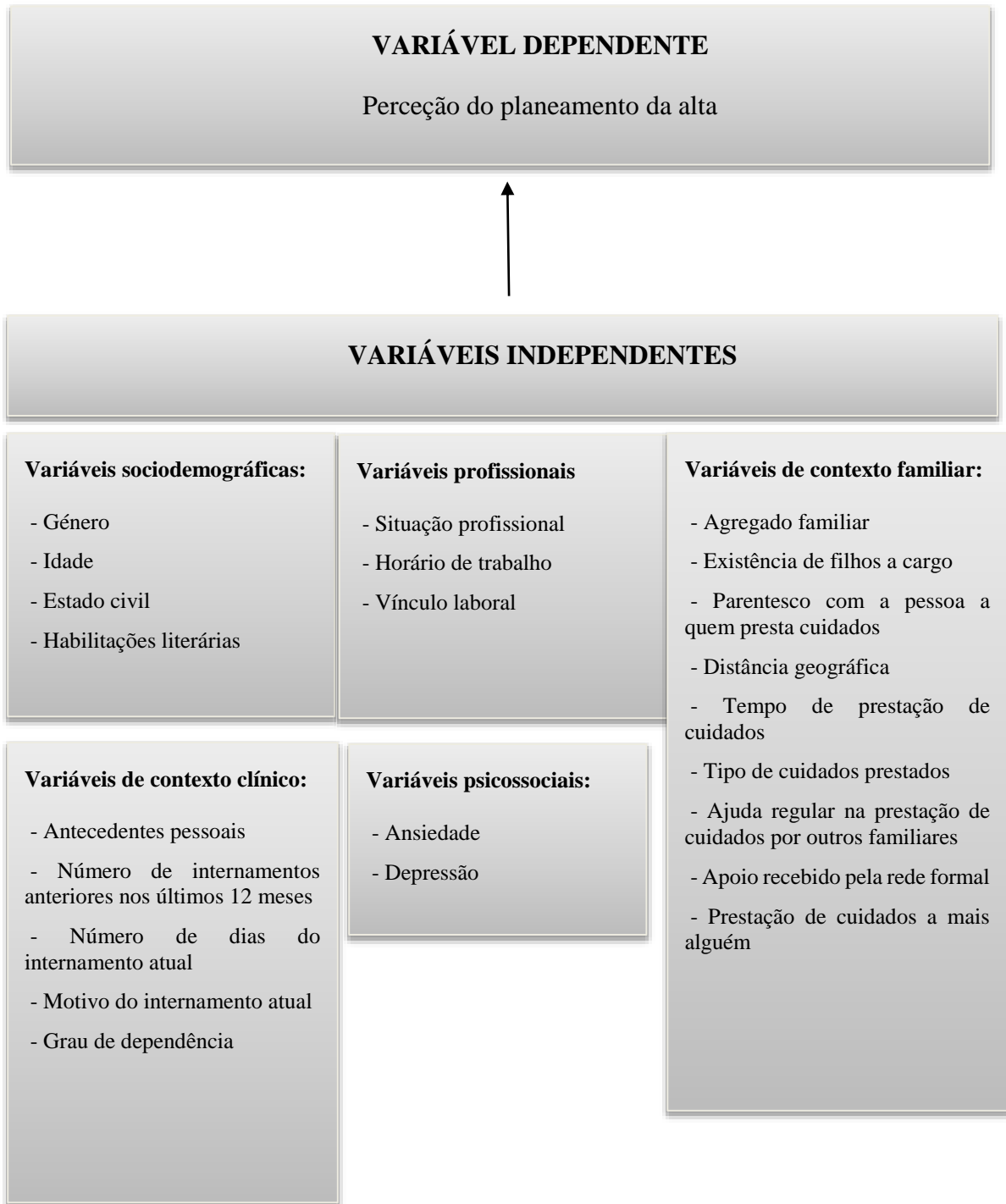


Figura 1 – Modelo Conceptual do Estudo

2.7 – HIPÓTESES

As hipóteses de investigação são as premissas sobre as quais se apoiam os resultados de investigação. Para Marconi & Lakatos (2007) estas são um enunciado geral de relações entre variáveis, “ formulado como solução provisória para determinado problema (...), compatível com o conhecimento científico (coerência externa) e revelando consistência lógica (coerência interna).

Estas decorrem diretamente do objetivo e especificam os aspetos a estudar. Neste sentido foram elaboradas cinco hipóteses:

Hipótese (H1) – Existe associação entre as variáveis sociodemográficas (género, idade, estado civil e habilitações académicas) e a perceção dos cuidadores informais sobre o planeamento da alta.

Hipótese (H2) – Existe associação entre as variáveis profissionais (situação profissional) e a perceção dos cuidadores informais sobre o planeamento da alta.

Hipótese (H3) - Existe associação entre as variáveis de caracterização do contexto familiar (agregado familiar, parentesco, tempo de prestação de cuidados e apoio da rede formal) e a perceção dos cuidadores informais sobre o planeamento da alta.

Hipótese (H4) - Existe associação entre o grau de dependência do idoso e a perceção dos cuidadores informais sobre o planeamento da alta.

Hipótese (H5) - Existe associação entre as variáveis psicossociais (ansiedade e depressão do cuidador informal) e a perceção dos cuidadores informais sobre o planeamento da alta.

2.8 – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

O procedimento de colheita de dados é um parâmetro da investigação que o investigador deve olhar com especial atenção, pois deverá questionar-se se a informação que pretende obter, através de um instrumento de dados específico, é exatamente a que responde aos objetivos da sua investigação. Para Fortin (2009) a colheita de dados é um “processo de observação, de medida e de consignação de dados, visando recolher informação sobre certas variáveis junto dos sujeitos que participam numa investigação”.

Perante os objetivos do estudo, o instrumento de colheita de dados consiste numa abordagem mista, com instrumentos construídos pelo investigador (caracterização sociodemográfica, caracterização familiar, contexto familiar e contexto clínico) e por escalas traduzidas e validadas por outros investigadores para a população portuguesa, como o Índice de Barthel (IB), o questionário de planeamento da alta (PREPARED) e a escala de ansiedade e depressão hospitalar (HADS). O presente instrumento é composto por questões fechadas e abertas, que serão codificadas posteriormente.

Seguidamente será feita uma abordagem aos instrumentos de colheita de dados escolhidos, sendo caracterizados por partes de apresentação.

Parte I – Dados do Cuidador Informal:

Caracterização sociodemográfica

Com este módulo pretende-se caracterizar o cuidador informal no que diz respeito ao género, à idade, ao estado civil e às habilitações literárias. É composto por três questões fechadas e uma questão aberta.

Caracterização profissional

Neste item pretende-se conhecer a situação profissional, com o respetivo horário de trabalho e o vínculo laboral e é composto por três questões fechadas com diversas opções de resposta.

Caracterização do contexto familiar

A elaboração desta parte permite obter informação sobre o agregado familiar, a dinâmica familiar, bem como o tempo de prestação de cuidados ao idoso, o tipo de cuidados que o cuidador informal presta ao idoso e o tipo de apoio recebido, quer a nível do seio familiar como a nível da rede formal. São nove questões, sendo oito do tipo fechado e uma de resposta aberta.

Parte II – Dados da pessoa a quem presta cuidados

Neste módulo surgem questões de **caracterização sociodemográfica** para definir o idoso e é composto por três questões, sendo apenas uma de resposta aberta.

Caracterização do Contexto Clínico

Com a construção deste item pretende-se um conhecimento alargado da situação de saúde, com os antecedentes pessoais, o número de internamentos anteriores a 12 meses, o

número de dias do internamento atual e o motivo do internamento atual. É composto por duas questões fechadas e duas questões abertas. Nesta parte surge também o Índice de Barthel como auxílio na caracterização do grau de dependência do idoso.

Índice de Barthel

O Índice de Barthel (IB) é um instrumento de avaliação da capacidade funcional através do nível de independência dos indivíduos para a realização das Atividades de Vida Diárias (AVD): comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo dos esfínteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas. A versão original foi desenvolvida por D. W. Barthel e F. I. Mahoney em 1965, em o score varia entre 0 a 100 pontos (com intervalos de 5 pontos), em que 0 (zero) representa a máxima dependência para todas as AVD avaliadas e 100 (cem) representa a independência total face às AVD avaliadas. Em 1988, D. T. Wade e C. Collin desenvolveram a versão modificada, que torna a escala mais simplificada, com um score que varia de 0 a 20 pontos (com uma pontuação de 0, 1, 2, ou 3 pontos), sendo que 0 (zero) representa o indivíduo totalmente dependente e 20 (vinte) o indivíduo que é totalmente independente (Araújo, Ribeiro, Oliveira & Pinto, 2007).

O Índice de Barthel foi validado através de um estudo desenvolvido por Araújo et al no ano de 2007, *Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados*, publicado na Revista de Saúde Pública, sendo amplamente utilizado em Portugal, sobretudo em contexto hospitalar, nomeadamente nas unidades de Acidente Vascular Cerebral (AVC), nas unidades de recobro e centros de reabilitação, onde a versão mais utilizada é a modificada por Wade e Collin.

O IB é considerado, por muitos autores, o instrumento mais adequado para avaliar a incapacidade para a realização das AVD, pois permite a partir da pontuação parcial para cada atividade avaliada, determinar as incapacidades específicas do indivíduo, facilitando a implementação e planeamento dos cuidados a prestar. Assume por isso, maior fidelidade e validade, sendo também de fácil aplicação e baixo custo, permitindo uma análise longitudinal.

ARAÚJO ET AL. (2007) salientam que alguns autores utilizam o valor que resulta da diferença entre o score no momento da alta e o score no momento da entrada para analisar o impacto da intervenção na capacidade funcional, em que um valor positivo corresponde a uma melhoria na capacidade funcional e um resultado negativo, a uma deterioração no estado

funcional do indivíduo, referindo ainda que, um desvio-padrão no valor de 0,2 corresponde a um efeito pequeno da intervenção, 0,5 corresponde a um efeito moderado e 0,8 a um efeito significativo. Quanto à duração da sua aplicação, esta escala demora, em média, cerca de dez minutos e não necessita de treino prévio, por parte do observador.

Parte III – Questionário de planeamento da alta (PREPARED)

O questionário de planeamento da alta é um questionário que pretende medir a perceção dos cuidadores relativamente à qualidade das atividades hospitalares no âmbito do planeamento da alta. O questionário PREPARED é da autoria de Karen Grimmer, professora na Universidade da Austrália do Sul e diretora do Centre for Allied Health Evidence (Ferreira et al., 2011) e foi construído com base em entrevistas a doentes, cuidadores informais e profissionais de saúde em 2001. É composto por quatro versões coerentes (doentes, cuidadores, clínicos gerais e gestores de organizações de cuidados continuados).

O instrumento é composto por 8 dimensões, cujas iniciais lhe dão o nome:

P – Prescriptions

R – Ready to enter community

E – Education

P – Placement

A – Assurance of safety

R – Realistic expectations

E – Empowerment

D – Directed to appropriate services.

Este questionário foi traduzido e validado para a população portuguesa por Ferreira, Mendes, Fernandes e Ferreira em 2011 e foi publicado na Revista de Enfermagem Referência em Dezembro de 2011. A tradução e validação apenas foi direcionada para as versões doente e cuidador, que traduzem “o grau de preparação do doente e seu cuidador para a alta, bem como as suas expectativas relativamente à organização e disponibilização de serviços e equipamentos na comunidade no período pós-alta” (Ferreira et al., 2011). No presente estudo apenas será direcionada para o cuidador.

A validação de conteúdo foi testada através das correlações entre indicadores de processo e de resultado referentes à alta, em que por análise fatorial, surgem das entrevistas semiestruturadas quatro **domínios de processo**: informação sobre a existência de estruturas de apoio; informação sobre a medicação e respetiva adesão terapêutica; preparação para a alta e preocupação com a reintegração na comunidade e controlo sobre as circunstâncias associadas à alta. A cada um destes domínios estão ligadas várias questões, onde através da soma das pontuações destas se obtém um indicador total de processo. No que diz respeito ao **indicador de resultado**, este é obtido pela soma das respostas a quatro questões.

Ferreira et al. (2011) na validação do questionário também inclui questões relacionadas com os custos associados ao internamento e aos serviços utilizados após a alta, bem como perguntas abertas relacionadas com alguns aspetos da preparação para a alta. A entrega dos questionários para o doente e respetivo cuidador foi efetuada no momento da alta e foi-lhes pedido que respondessem entre o sétimo e o décimo dia após a alta. O tempo de preenchimento da versão do PREPARED apresenta uma amplitude de dez a trinta e cinco minutos.

Parte IV – Escala de ansiedade e depressão hospitalar – HADS

A Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) foi construída por Zigmond & Snaith (1983) com o intuito de identificar sintomas de ansiedade e de depressão em pacientes de hospitais clínicos não psiquiátricos, sendo posteriormente utilizada em outros tipos de pacientes (Pais-Ribeiro et al., 2007). Um aspeto importante que distingue a HADS das outras escalas é na particularidade de prevenir a interferência de distúrbios somáticos na pontuação da escala, sendo excluídos todos os sintomas de ansiedade ou de depressão relacionados com doenças físicas, sendo um instrumento fiel e válido para avaliar a ansiedade e depressão em contextos médicos e em populações com doença (Marcolino et al., 2007).

A tradução e validação para a população portuguesa foi desenvolvida por Pais-Ribeiro et al em 2007 em doentes com cancro (mama, ovário, útero) e com patologias como acidente vascular cerebral, epilepsia, diabetes Mellitus tipo 2, doença cardíaca coronária, obesidade mórbida, depressão e apneia do sono, e um grupo de controlo sem doença (Pais-Ribeiro et al., 2007). A versão portuguesa apresenta propriedades métricas idênticas à versão original.

A escala possui 14 itens, divididos em duas subescalas, uma direcionada para a ansiedade e outra para a depressão, com sete itens para a avaliação da ansiedade (HADS-A) e sete para a depressão (HADS-D). Cada um dos seus itens pode ser pontuado de zero a três, somando uma pontuação máxima de 21 pontos para cada escala.

HAD-A: sem ansiedade de 0 a 8, com ansiedade ≥ 9 ;

HAD-D: sem depressão de 0 a 8, com depressão ≥ 9 .

Vários autores recomendam uma subdivisão dos valores normativos obtidos, indicando que entre 0 e 7 é normal, entre 8 e 10 é leve, entre 11 e 14 é moderada e entre 15 e 21 é grave (Marcolino et al., 2007; Pais-Ribeiro et al., 2007).

A escala é de fácil manuseio e de rápida execução (entre dois a cinco minutos), podendo ser realizada pelo paciente ou pelo entrevistador.

2.9 – PROCEDIMENTOS DE COLHEITA DE DADOS

Uma investigação implica, sempre, questões morais e éticas a partir do momento que é efetuada junto de seres humanos. Assim sendo, como objeto de avaliação ética da proposta de investigação foi realizado um pedido de autorização de colheita de dados, onde se descreve a natureza da pesquisa e seus objetivos ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Algarve – Unidade de Faro, na pessoa do Sr. Enfermeiro Diretor (Apêndice I).

Aos indivíduos intervenientes do estudo foi entregue um formulário de consentimento informado, por escrito, informando o indivíduo do objetivo do questionário, da sua confidencialidade e anonimato e da possibilidade de participar ou não no estudo. No sentido de nunca violar a privacidade e de manter a confidencialidade serão atribuídos números aos instrumentos de colheita de dados (Apêndice II).

Para a operacionalização do método de colheita de dados foram definidas estratégias para que todo o processo, desde o contacto com o cuidador informal até à fase final do preenchimento do instrumento de colheita de dados decorre-se de forma satisfatória. Assim, foi planeado o seguinte modo de abordagem:

No momento da alta foi efetuada a entrega dos questionários ao cuidador informal do idoso internado no serviço, onde foi explicado os procedimentos de investigação, garantindo a confidencialidade das informações recolhidas e onde o cuidador informal assinou o Termo de Consentimento informado.

Após a formalização destes itens, o investigador procedeu, junto com o cuidador informal ao preenchimento do instrumento de colheita de dados, Parte II – Dados da pessoa a quem presta cuidados, na caracterização do contexto clínico. Posteriormente, o questionário foi entregue ao cuidador informal em envelope com serviço de resposta sem franquia (RSF) e foi

pedido que respondesse entre o sétimo e o décimo dia após a alta. O preenchimento do questionário demorará entre os 15 e os 25 minutos. Foi pedido o contacto telefónico para recordar quando decorre os oito dias da data da alta. Este contacto teve como objetivo, como já foi mencionado o lembrar quando deverá ser preenchido o questionário e assim asseverar o mínimo de “vieses” da pesquisa.

2.10 – TRATAMENTO ESTATÍSTICO

Após a aplicação das escalas surgiram inúmeros dados que necessitaram de análise para que pudessem ser confirmadas ou não, as questões de investigação propostas, bem como dar resposta ao problema de investigação. Partindo desta evidência, torna-se pertinente mencionar a forma como os dados foram tratados estatisticamente.

Para a realização dos testes estatísticos necessários para este estudo foi utilizado o Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 23 para o Windows, sendo, a análise estatística dos dados efetuada através da análise descritiva e a análise inferencial.

Primeiramente recorreu-se à estatística descritiva, pois esta centra-se no estudo de características “não uniformes das unidades observadas ou experimentadas, descrevendo os dados através de tabelas de frequências e de indicadores” (Pestana & Gageiro, 2014). Assim, determinaram-se frequências absolutas e percentuais, com algumas medidas de localização de tendência central, como a média e mediana, medidas de dispersão, como o desvio-padrão, intervalo de variação e coeficiente de variação, de acordo com as características das variáveis em estudo.

As medidas de dispersão relativas têm a vantagem de serem medidas sem dimensões, permitindo assim fazer comparações entre diferentes grandezas e escalas e aqui enquadra-se o coeficiente de variação (cv) (Pestana & Gageiro, 2014). O coeficiente de variação “exprime o desvio padrão como percentagem da média aritmética, e obtém-se multiplicando por 100, o quociente entre o desvio padrão e a média amostral”, comparando a variabilidade de duas variáveis. Como indicador da dispersão usam-se os seguintes intervalos:

- Para $cv \leq 15\%$, indica uma dispersão fraca
- Para $15\% < cv \leq 30\%$, indica uma dispersão média
- Para $cv > 30\%$, indica uma dispersão elevada (Pestana & Gageiro, 2014).

Utilizou-se também medidas de simetria (Skewness) e de achatamento (Kurtosis) nas variáveis quantitativas. A avaliação da assimetria utilizada foi então o coeficiente de assimetria e para o nível de significância de 0,05 (utilizado neste estudo), os valores de referência para se dizer que a distribuição é simétrica varia entre -1,96 e 1,96 (Pestana & Gageiro, 2014). Ou seja:

- Distribuição assimétrica negativa, quando o quociente for $< -1,96$
- Distribuição simétrica, quociente entre -1,96 e 1,96
- Distribuição assimétrica positiva, quando o quociente for $> 1,96$.

Outra característica da distribuição é fornecida pelo achatamento ou curtose, que fornece o tipo de forma, mais achatada ou mais pontiaguda (Pestana & Gageiro, 2014). A distribuição pode ser:

- Distribuição mais achatada (do que o normal): Platicúrtica, quociente $< -1,96$
- Distribuição normal: Mesocúrtica, quociente entre -1,96 e 1,96
- Distribuição menos achatada (do que o normal): Leptocúrtica, quociente $> 1,96$.

De forma a sintetizar, “uma distribuição normal é simétrica e mesocúrtica, permitindo o cálculo da média e do desvio padrão respetivamente como estatísticas mais representativas da localização e da dispersão” (Pestana & Gageiro, 2014).

Já com a estatística indutiva ou inferencial, com base nos elementos observados consegue-se “tirar conclusões para um domínio mais vasto” (Pestana & Gageiro, 2014), uma vez que permite a “generalização de resultados obtidos junto de uma amostra à população da qual provém a amostra” (Fortin, 2009).

Com os resultados obtidos recorreu-se à verificação da aderência à normalidade, tendo-se constatado que as variáveis em estudo não permitem a utilização dos testes paramétricos, por não se estar na presença de uma distribuição normal e por as variáveis não serem homogéneas. Assim, foram aplicados testes não paramétricos (Fortin, 2009). Quando a distribuição não é normal, “sabe-se apenas que pelo menos 75% das observações se encontram a dois desvios padrões da média” (Pestana & Gageiro, 2014). Os testes não paramétricos de aderência à normalidade testam as hipóteses nula H_0 e alternativa H_a , cujo objetivo consiste em escolher com o menor erro possível, qual das hipóteses melhor se adequa aos dados (Pestana & Gageiro, 2014).

H_0 : A distribuição da variável aleatória Y_i é igual à normal.

H_a : A distribuição da variável aleatória não é igual à normal.

Deste modo, foram utilizados os seguintes testes estatísticos (Pestana & Gageiro, 2014):

Teste de U de Mann-Whitney, teste alternativo ao teste paramétrico t de Student para duas amostras independentes, onde se compara o centro de localização das duas amostras, permitindo detetar diferenças entre as duas populações.

Teste de Kruskal-Wallis, teste não paramétrico que compara a distribuição de duas ou mais variáveis de nível pelo menos ordinal em duas ou mais amostras independentes.

Teste de Qui Quadrado (χ^2), teste utilizado para o estudo de relações entre variáveis nominais, que permite verificar se uma dada característica da população segue uma distribuição especificada. Este teste compara as frequências observadas com as que se esperam obter no universo, onde se rejeita a hipótese H_0 : Y segue uma determinada distribuição; quando os valores observados se afastam significativamente dos esperados.

Utilizou-se os seguintes valores de significância: $p < 0,05$ – diferença estatística significativa e $p \geq 0,05$ – diferença estatística não significativa, com um correspondente intervalo de confiança de 95%.

CAPÍTULO 3 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Este capítulo tem como objetivo apresentar a temática em estudo através da descrição, análise e interpretação dos resultados obtidos.

Após a colheita de dados procedeu-se a uma primeira análise aos questionários, tendo sido excluídos os que estavam incompletos e mal preenchidos. Posteriormente foi efetuada uma codificação desses dados de forma a prosseguir com a análise estatística.

Para facilitar a leitura, a apresentação dos resultados, com a análise estatística dos dados encontra-se dividida numa primeira parte com a análise descritiva e uma segunda parte com a análise inferencial, testando a existência de associações entre a perceção dos cuidadores informais sobre o planeamento da alta e as variáveis sociodemográficas, profissionais, contexto familiar, contexto clínico e psicossociais. De ressaltar que a ordem de apresentação dos resultados seguirá a sequência do próprio instrumento de colheita de dados.

3.1 – ANÁLISE DESCRITIVA

Com a análise descritiva pretende-se estudar as características dos indivíduos que participaram no estudo, descrevendo os dados através de tabelas de frequências, e consoante as variáveis em estudo, a utilização de medidas de localização, dispersão, simetria e concentração.

Dados do Cuidador Informal:

3.1.1 – Variáveis da Caracterização Sociodemográfica

Género/Idade

Pela análise da tabela 1 verifica-se que a amostra do estudo é composta por 41 cuidadores informais, maioritariamente do género feminino (73,17%) e uma percentagem de 26,83% do género masculino. Verifica-se também que a idade da amostra total oscila entre um valor mínimo de 37 anos e um máximo de 86 anos, correspondendo uma idade média total de 59,18 anos e um desvio padrão de 11,81. Ao se analisar o coeficiente de variação, este indica a

existência de uma dispersão média. Já no que consiste à simetria (Sk) e achatamento (K) constata-se para a distribuição das idades, em ambos os géneros, é simétrica e mesocúrtica.

Tabela 1- Estatísticas descritivas da idade/género dos participantes

Idade	n	%	Min	Máx	\bar{x}	Dp	CV (%)	Sk	K
Masculino	11	26,83	37	79	61,36	13,69	22,31	-0,78	-0,45
Feminino	30	73,17	38	86	58,36	11,19	19,17	0,02	0,45
Total	41	100	37	86	59,18	11,81	19,96	-1,90	-1,96

Estado Civil

Como se pode visualizar na Tabela 2, os dados relativos ao estado civil indicam que os participantes, na sua maioria são casados /união de facto (78%), seguindo-se os divorciados (12,2%), estando os viúvos e solteiros com a mesma proporção (4,9%).

Habilitações Literárias

Relativamente a esta variável, verifica-se que a distribuição está centrada até 2º ciclo escolar, perfazendo mais de 68%, onde se destaca o 1º ciclo escolar, com uma percentagem de 36,6%, sendo mais prevalente nas mulheres.

Tabela 2 – Caracterização sociodemográfica da amostra em função do género

Variáveis	Género	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
		n	%	n	%	n	%
		11	26,8	30	73,2	41	100
Estado Civil							
Casado (a)/ União de facto		8	19,5	24	58,5	32	78,0
Divorciado (a)/ Separado (a)		2	4,9	3	7,3	5	12,2
Viúvo (a)		0	0,0	2	4,9	2	4,9
Solteiro (a)		1	2,4	1	2,4	2	4,9
Habilitações Literárias							
Saber ler e escrever		1	2,4	2	4,9	3	7,3
1º Ciclo Escolar (4ª Classe)		3	7,3	12	29,3	15	36,6
2º Ciclo Escolar (9º ano ou antigo 5º ano)		2	4,9	8	19,5	10	24,4
3º Ciclo Escolar (11º ano ou antigo 7º ano)		2	4,9	5	12,2	7	17,1
12º ano ou equivalente		2	4,9	1	2,4	3	7,3
Curso Superior		1	2,4	2	4,9	3	7,3

3.1.2 - Variáveis da Caracterização Profissional

Situação Profissional

A tabela 3 permite perceber que a distribuição dos participantes por situação profissional com maior representatividade é diferente quando se analisa por género. Constatou-se que o género feminino se encontra ativo profissionalmente, com uma percentagem de 31,5% de empregados comparativamente ao género masculino, com apenas 7,3% do total. Contudo analisando a situação profissional da amostra total, constatou-se que a percentagem é semelhante para empregados (39,0%) e para reformados (36,6%).

Horário de Trabalho/ Vínculo Laboral

Em relação ao horário de trabalho, os participantes que mantêm uma situação profissional ativa, 36,6% encontram-se a desempenhar as suas funções a tempo inteiro, em horário de trabalho diurno (34,1%), onde se destacam apenas 4,9% em horário flexível e 2,4% no horário rotativo/turnos.

No que diz respeito ao vínculo laboral verifica-se que 39,0% possui contrato por conta de outrem, dependente. Quer na variável horário de trabalho, quer no vínculo laboral pode-se observar que a maior percentagem encontra-se na opção de resposta, não aplicável, com uma percentagem de 58,5%, que corresponde aos participantes que já não se encontram ativos profissionalmente.

Tabela 3 – Caracterização profissional da amostra em função do género

Variáveis	Género		MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%
	11	26,8	30	73,2	41	100		
Situação Profissional								
Empregado	3	7,3	13	31,7	16	39,0		
Empregado a tempo parcial	1	2,4	0	0,0	1	2,4		
Reformado (a)	7	17,1	8	19,5	15	36,6		
Desempregado (a)	0	0,0	1	2,4	1	2,4		
Doméstica	0	0,0	8	19,5	8	19,5		
Horário de Trabalho								
Tempo Inteiro	3	7,3	12	29,3	15	36,6		
Tempo Parcial	1	2,4	1	2,4	2	4,9		
Não aplicável	7	17,1	17	41,5	24	58,5		
TIPO DE HORÁRIO								
Horário de Trabalho diurno	3	7,3	11	26,8	14	34,1		
Horário rotativo/ por turnos	1	2,4	0	0,0	1	2,4		
Horário flexível	0	0,0	2	4,9	2	4,9		
Não aplicável	7	17,1	17	41,5	24	58,5		
Vínculo Laboral								
Dependente	4	9,8	12	29,3	16	39,0		
Tempo Parcial	0	0,0	1	2,4	1	2,4		
Não aplicável	7	17,1	17	41,5	24	58,5		

3.1.3 - Variáveis da Caracterização do contexto Familiar

Agregado Familiar

O agregado familiar da amostra, definido com o conjunto de pessoas pertencentes à mesma família que vivem na mesma casa varia entre um e seis elementos, sendo para o género feminino diferente da do género masculino, com um valor de mediana de 3 e 2, respetivamente (Tabela 4). Ao se analisar o gráfico 1 verifica-se que existe uma percentagem igual (36,6%) cujo agregado familiar é composto por dois e três elementos, sendo menos frequente os agregados de um (4,9%) e seis elementos (2,4%).

Tabela 4 – Estatísticas descritivas do agregado familiar/género dos participantes

Idade	n	%	Min	Máx	Mediana
Masculino	11	26,83	1	5	2
Feminino	30	73,17	1	6	3
Total	41	100	1	6	3

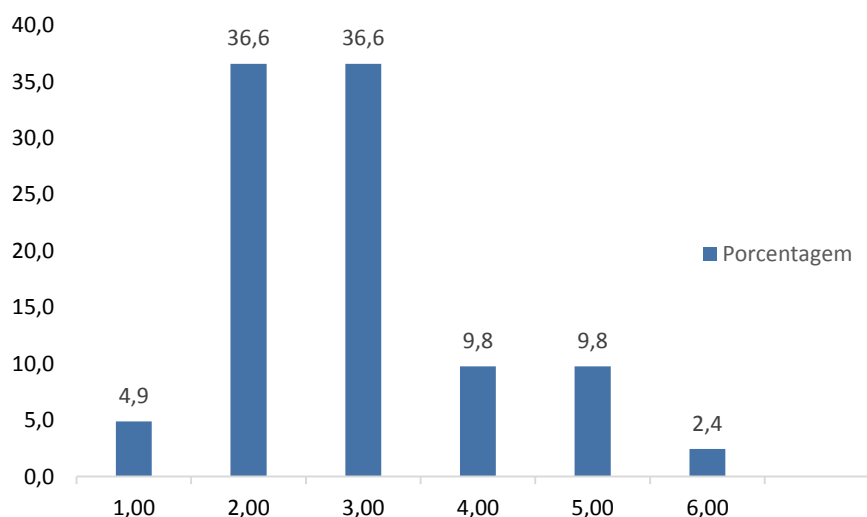


Gráfico 1 – Representação do agregado familiar

Existência de filhos a cargo

Analisando esta variável constata-se que apenas o género feminino, com uma percentagem de 14,6% mencionou a existência de filhos a cargo, sendo a maioria de 85,4% da amostra total sem estes a cargo (Tabela 5).

Parentesco com a pessoa a quem presta cuidados

Os resultados obtidos ao parentesco com a pessoa a quem presta cuidados permite verificar que maioritariamente são os filhos quem assumem a responsabilidade do cuidar do idoso, com uma percentagem de 51,2%, sendo esta percentagem maior para as filhas (36,6%) comparativamente aos filhos (14,6%). Constata-se que também é o cônjuge/companheiro que

assumem uma parte do cuidar com uma percentagem de 24,4%, seguido das noras com 12,2%, não se observando o familiar, genro a desempenhar esta função.

Distância geográfica em relação à pessoa

A distribuição dos participantes por distância geográfica em relação à pessoa mostra que a grande maioria, 82,9% vivem na mesma residência com o idoso a quem prestam cuidados, seguindo de 12,2% que residem na mesma localidade e uma pequena percentagem (2,4%) de cuidadores que residem na mesma rua/bairro e outra localidade.

Tempo de prestação de cuidados à pessoa

Já no que diz respeito ao tempo de prestação de cuidados ao idoso verifica-se que os participantes são cuidadores há um curto período de tempo, menos de três meses com uma percentagem de 58,5%, seguindo de um período de três a seis meses, com 17,1%. Os cuidadores de longa duração, com mais de seis anos assumem apenas uma percentagem de 4,9%.

Ajuda regular na prestação de cuidados por outros familiares/ Prestação de cuidados a mais alguém

Quis-se saber se o cuidador possui ajuda regular na prestação de cuidados por outros familiares e os dados revelam que quase metade, 48,8% mencionam que têm ajuda quase sempre, sendo que apenas 7,3% referem que quase nunca têm ajuda de familiares no processo de cuidar. Na variável da prestação de cuidados a mais alguém, a grande maioria, 97,6% revela que não prestam cuidados a mais ninguém.

Apoio recebido pela rede formal

Analisando o apoio recebido pela rede formal, 24,4% dos participantes mencionam que recebem este apoio, sendo a sua maioria (22,0%) recebida pelo apoio domiciliário, em detrimento do apoio do centro de dia, com apenas 2,4%, contudo a maior percentagem (75,6%) referem que não possuem qualquer apoio da rede formal.

Tabela 5 – Caracterização do contexto familiar da amostra em função do género

Género Variáveis	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
	11	26,8	30	73,2	41	100
Existência de filhos a cargo						
Sim	0	0,0	6	14,6	6	14,6
Não	11	26,8	24	58,5	35	85,4
Parentesco com a pessoa a quem presta cuidados						
Cônjuge/Companheiro (a)	4	9,8	6	14,6	10	24,4
Filho (a)	6	14,6	15	36,6	21	51,2
Irmã (o)	0	0,0	2	4,9	2	4,9
Nora/Genro	0	0,0	5	12,2	5	12,2
Outro (primos/netos)	1	2,4	2	4,9	3	7,3
Distância geográfica em relação à pessoa						
Mesma residência	9	22,0	25	61,0	34	82,9
Mesma rua/ bairro	0	0,0	1	2,4	1	2,4
Mesma localidade	2	4,9	3	7,3	5	12,2
Outra localidade	0	0,0	1	2,4	1	2,4
Tempo de prestação de cuidados à pessoa						
Menos de 3 meses	8	19,5	16	39,0	24	58,5
Entre 3 meses a 6 meses	0	0,0	7	17,1	7	17,1
Entre 6 meses a 1 ano	2	4,9	1	2,4	3	7,3
Entre 1 ano a 3 anos	1	2,4	3	7,3	4	9,8
Entre 3 a 6 anos	0	0,0	1	2,4	1	2,4
Mais de 6 anos	0	0,0	2	4,9	2	4,9
Ajuda regular na prestação de cuidados por outros familiares						
Quase nunca	3	7,3	0	0,0	3	7,3
Algumas vezes	1	2,4	17	41,5	18	43,9
Quase sempre	7	17,1	13	31,7	20	48,8
Apoio recebido pela rede formal						
Sim	2	4,9	8	19,5	10	24,4
Apoio domiciliário	2	4,9	7	17,1	9	22,0
Centro de dia	0	0,0	1	2,4	1	2,4
Não	9	22,0	22	53,7	31	75,6
Prestação de cuidados a mais alguém						
Sim	0	0,0	1	2,4	1	2,4
Não	11	26,8	29	70,7	40	97,6

Dados da Pessoa a quem presta cuidados:

3.1.4 – Variáveis da Caracterização Sociodemográfica

Género/Idade

Pela análise da tabela 6 verifica-se que os idosos cuidados pelos participantes da investigação são maioritariamente do género feminino (61,0%) e uma percentagem de 39,0% do género masculino. Verifica-se também que a idade da amostra total oscila entre um valor mínimo de 65 anos e um máximo de 92 anos, correspondendo uma idade média total de 78,78 anos e um desvio padrão de 8,54. Ao se analisar o coeficiente de variação, este indica a existência de uma dispersão fraca. Já no que consiste à simetria (Sk) e achatamento (K) constata-se para a distribuição das idades, em ambos os géneros, é simétrica e mesocúrtica.

Tabela 6 - Estatísticas descritivas da idade/género dos idosos internados

Idade	n	%	Mín	Máx	\bar{x}	Dp	CV (%)	Sk	K
Masculino	16	39,0	65	92	79,44	9,55	12,02	-0,44	-1,06
Feminino	25	61,0	66	91	78,36	7,99	10,20	0,04	-1,21
Total	41	100	65	92	78,78	8,54	10,84	-0,16	-1,15

Estado Civil

Relativamente à distribuição dos elementos que constituem o estado civil verifica-se que o maior valor percentual pertence ao estado civil viúvo, com 63,4% seguindo os casados/união de facto com uma percentagem de 36,6%. Na análise por género não demonstra diferenças no estado civil (tabela 7).

Tabela 7 – Caracterização sociodemográfica dos idosos internados em função do género

Variáveis	Género	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
		n	%	n	%	n	%
		16	39,0	25	61,0	41	100
Estado Civil							
Casado (a)/ União de facto		9	22,0	6	14,6	15	36,6
Viúvo (a)		7	17,1	19	46,3	26	63,4

3.1.5 – Variáveis da Caracterização do Contexto Clínico

Antecedentes Pessoais

Tal como se pode verificar na gráfico 2, os idosos que são cuidados pelos participantes do estudo apresentam várias co morbilidades, constatando-se que o antecedente pessoal com maior incidência se encontra associado a doenças cardiovasculares, com uma percentagem de 17,1%, contudo se observarmos a junção com outras doenças verifica-se que esta percentagem aumenta. Constata-se também que o antecedente pessoa com menos percentagem (2,4%), sem outras associações diz respeito às doenças respiratórias.

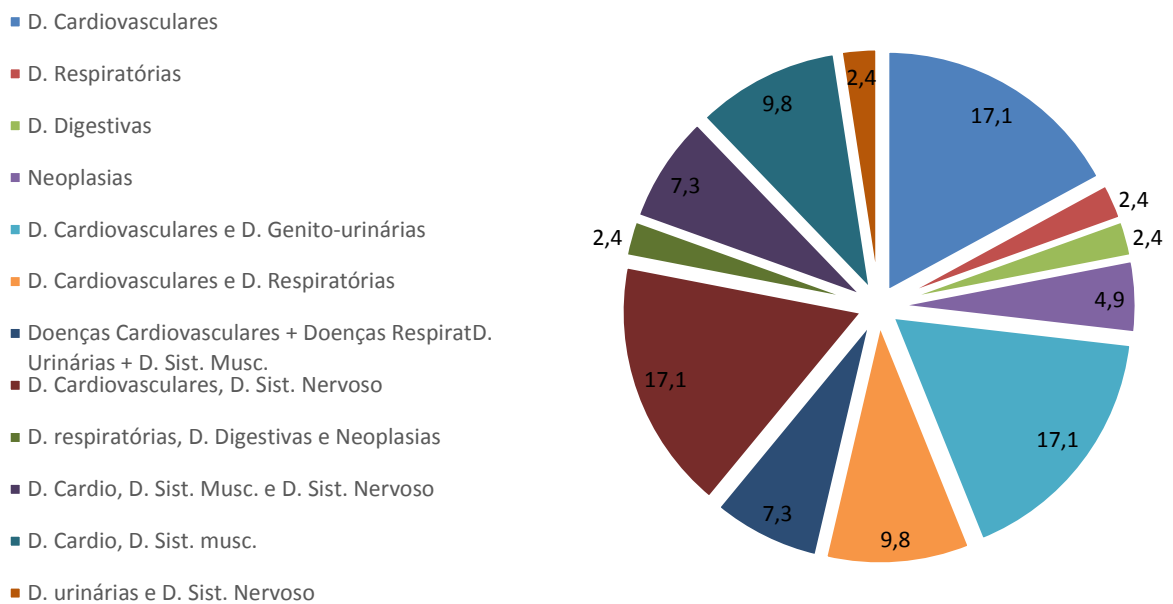


Gráfico 2 – Representação dos antecedentes pessoais do idoso

Número de internamentos anteriores nos últimos 12 meses/ Motivo do internamento

Com estas variáveis procurou-se perceber se os idosos, nos últimos 12 meses tinham sido sujeitos a um internamento hospitalar e o seu motivo. Como indicam os gráficos 3 e 4, observa-se que maioritariamente os idosos não estiveram internados (85,4%) e quando o

tiveram, constata-se que foram devido a necessidade de serem submetidos a uma intervenção cirúrgica (7,3%), seguido de patologia cardíaca e respiratória (2,4%), sendo verificado em 12,2% apenas um episódio de internamento no intervalo de um ano.

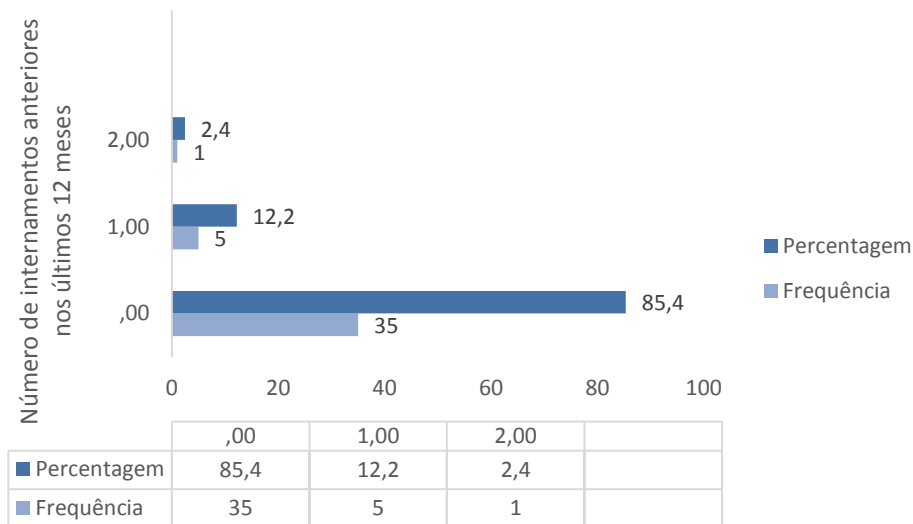


Gráfico 3 – Representação do número de internamentos anteriores nos últimos 12 meses

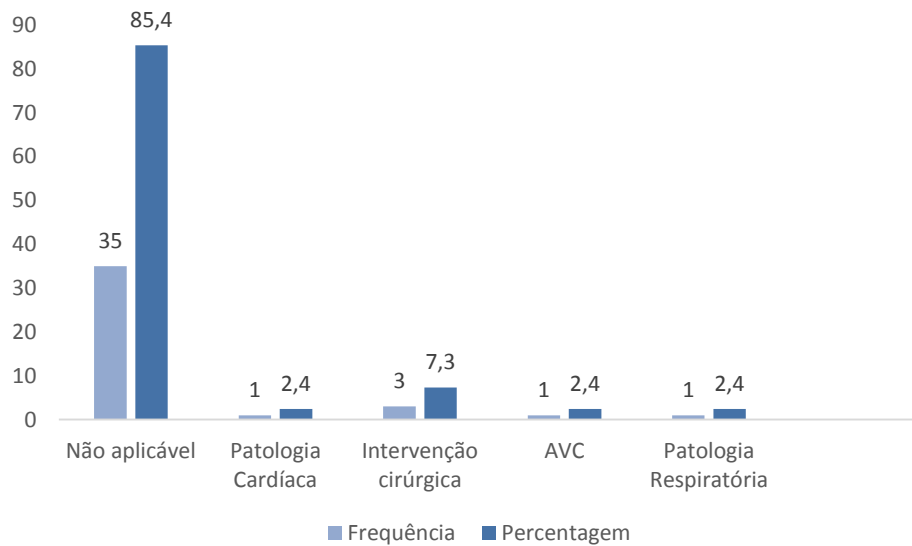


Gráfico 4 – Representação do motivo de internamentos anteriores nos últimos 12 meses

Número de dias do internamento e Motivo do internamento atual

A tabela 8 revela que os dias de internamento oscilam entre os cinco e os 45 dias, sendo a média de 13,61 dias, com desvio padrão de 9,84. Contudo, constata-se também que a média

dos dias de internamento no serviço é ligeiramente superior no género masculino ($\bar{x}=16$; $dp=11,15$) comparativamente ao género feminino ($\bar{x}=12,07$; $dp=8,79$). Ao se analisar o coeficiente de variação, este indica a existência de uma dispersão elevada, sendo a distribuição da amostra, uma distribuição simétrica e leptocúrtica, pois é mais achatada.

Tabela 8 - Estatísticas descritivas do número de dias de internamento atual/género dos idosos internados

Número de dias de internamento atual	n	%	Min	Máx	\bar{x}	Dp	CV (%)	Sk	K
Masculino	16	39,0	5	45	16	11,15	69,69	1,72	2,59
Feminino	25	61,0	5	41	12,07	8,79	72,83	1,87	3,73
Total	41	100	5	45	13,61	9,84	72,99	1,78	2,94

Relativamente ao motivo que conduziu ao internamento atual, verifica-se que a maior percentagem foi devido ao diagnóstico de patologia respiratória (26,8%), seguido do diagnóstico de patologia cardíaca (19,5%), havendo um percentual (31,7%) cujo internamento se deveu à conjugação de múltiplos diagnósticos médicos.

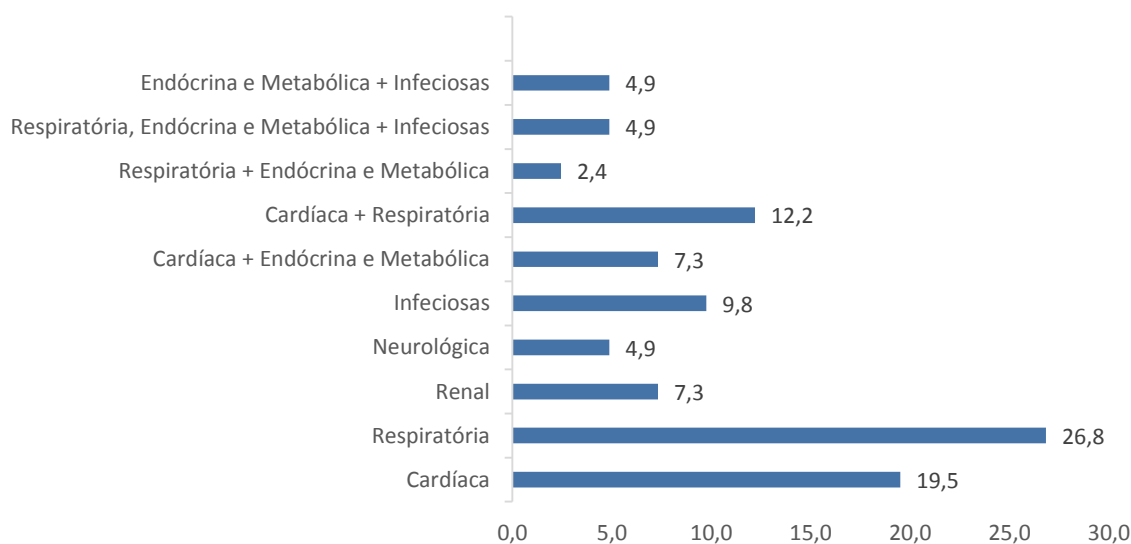


Gráfico 5 – Representação do motivo de internamento atual

Grau de Dependência

No que diz respeito ao grau de dependência dos idosos internados (tabela 9) constata-se que a maioria destes apresenta uma dependência ligeira, com um percentual total de 58,5%, seguido de uma dependência moderada (17,1%). Verifica-se também, que tanto o género masculino como o género feminino, a percentagem é igual para a dependência grave, com uma percentagem de 4,9%, havendo apenas um caso de um idoso independente (género masculino).

Tabela 9 – Caracterização do grau de dependência dos idosos internados em função do género

Variáveis	Género	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
		n	%	n	%	n	%
		16	39,0	25	61,0	41	100
Dependência muito grave (0 – 4)		3	7,3	2	4,9	5	12,2
Dependência grave (5 – 9)		2	4,9	2	4,9	4	9,8
Dependência moderada (10 – 14)		4	9,8	3	7,3	7	17,1
Dependência ligeira (15 – 19)		6	14,6	18	43,9	24	58,5
Independente (20)		1	2,4	0	0,0	1	2,4

3.1.6 – Variáveis do questionário de Planeamento da Alta (PREPARED)

Os resultados que se irão analisar na tabela 10 referem-se à perceção do cuidador informal sobre aspetos relacionados com o planeamento da alta.

Informação sobre estruturas de apoio

Verifica-se que relativamente à variável “informação sobre como conseguir fazer AVD”, 61,0% dos participantes da amostra consideram que estas foram as necessárias, contudo observa-se também que existe uma percentagem considerável (23,6%) que têm a perceção que foram fornecidas algumas informações, mas não as suficientes.

Relativamente à “informação sobre existência de serviços comunitários” constata-se que em 19,5% não foram fornecidas nenhuma informação, seguidos de 22,0% dos participantes

que consideram que as informações dadas foram as necessárias e 31,7% consideraram que o idoso não necessita de apoio dos serviços comunitários.

Já no que diz respeito à variável “alguém arranjou serviços comunitários” observa-se que na grande maioria, 51,2% ninguém facultou esses serviços comparativamente a 12,2% em que foi no internamento hospitalar que foi adquirido o apoio comunitário.

Relativamente ao equipamento verifica-se que em 41,5% dos participantes não foi fornecida nenhuma informação sobre equipamento, havendo apenas uma percentagem de 2,4%, em que foi fornecido equipamento para o regresso ao domicílio.

Informação sobre medicação

No que diz respeito à variável “informação sobre medicação a levar para casa” constata-se que para a grande maioria dos participantes, 70,7% considera que as informações disponibilizadas foram as necessárias, contrariando os 2,4% que consideram que não foram dadas nenhuma informação sobre este indicador. No entanto quando se observa a questão da informação sobre efeitos secundários da medicação verifica-se que 39,0% consideram que as informações disponibilizadas foram insuficientes e 36,6% consideram que não foram fornecidas nenhuma informação, havendo apenas 9,8% que consideram as informações as necessárias.

Para a questão sobre a perceção da informação sobre como conseguir prestar cuidados observa-se que ligeiramente mais da metade (56,1%) dos participantes têm a perceção que as informações dentro deste âmbito foram fornecidas, mas não as suficientes, seguido da percentagem de 34,1% que consideram que estas foram as necessárias.

Preparação para a reintegração

Com as duas questões do domínio da preparação para a reintegração constata-se que, maioritariamente os cuidadores (87,8%) têm a perceção que houve preocupação com os cuidados a prestar ao doente, contudo 63,4% destes consideram que não houve informação para preparar o dia-a-dia em casa.

Tabela 10 – Caracterização da percepção do cuidador sobre o planeamento da alta através dos domínios de processo

Domínio	Indicadores	Opções de resposta	Cuidador	
			n	%
Informação sobre estruturas de apoio	Informação sobre como conseguir fazer AVD	Nenhumas	1	2,4
		Algumas, não suficientes	15	36,6
		As necessárias	25	61,0
	Informação sobre existência de serviços comunitários	Nenhumas	8	19,5
		Algumas, não suficientes	11	26,8
		As necessárias	9	22,0
		O doente não necessita	13	31,7
	Alguém arranjou serviços comunitários	Sim	5	12,2
		Não	21	51,2
		Serviços já existiam	7	17,1
		Serviços não necessários	8	19,5
	Informação sobre Equipamento	Nenhuma	17	41,5
		Algumas, não suficientes	5	12,2
		As necessárias	6	14,6
		Serviços não necessários	13	31,7
	Alguém arranjou equipamento	Sim	1	2,4
Não		31	75,6	
Serviços já existiam		2	4,9	
Serviços não necessários		7	17,1	
Informação sobre medicação	Informação sobre medicação a levar para casa	Nenhumas	1	2,4
		Algumas, não suficientes	5	12,2
		As necessárias	29	70,7
		Não tomou medicação	6	14,7
	Informação sobre efeitos secundários da medicação	Nenhuma	15	36,6
		Algumas, não suficientes	16	39,0
		As necessárias	4	9,8
		Não tomou medicação	6	14,6
Informação sobre como conseguir prestar cuidados	Nenhumas	4	9,8	
	Algumas, não suficientes	23	56,1	
Preparação para a reintegração	Informação para preparar o dia-a-dia em casa	As necessárias	14	34,1
		Sim	15	36,6
	Preocupação com os cuidados a prestar ao doente	Não	26	63,4
		Sim	36	87,8
Controlo sobre as circunstâncias	Confiança para executar as tarefas diárias em casa	Não	5	12,2
		Não sei bem	20	48,8
		Sim	18	43,9
	Atraso no dia da alta do hospital	Não	3	7,3
		Sim	7	17,1
	Não	34	82,9	

Controlo sobre as circunstâncias

Já no que diz respeito à confiança para executar as tarefas diárias em casa, 43,9% dos participantes demonstram confiança, porém 48,8% mencionam que não sabem bem e apenas

7,3% consideram que não possuem confiança para esta tarefa. No que diz respeito ao atraso no dia da alta do hospital, a grande maioria, 82,9% consideram que não houve atraso.

Indicadores de resultados sobre o planeamento da alta

Como indica a tabela 11, 65,0% dos participantes respondem que se sentem preparados para regressar a casa, contudo 26,8% afirmam que se sentem sem preparação. No que diz respeito à questão sobre se foi feita alguma coisa para lidar com as suas preocupação, os participantes na sua grande maioria (82,9%) respondem afirmativamente.

Relativamente aos indicadores relacionados com os serviços comunitários e o equipamento em termos de terem ido ao encontro das necessidades dos participantes, a grande percentagem respondeu que não receberam (68,3% e 92,7%, respetivamente).

Tabela 11 – Caracterização da perceção do cuidador sobre o planeamento da alta através dos indicadores de resultados em função do género

Variáveis	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
	11	26,8	30	73,2	41	100
Em geral, até que ponto se sentiu preparado para regressar a casa						
Sem preparação	1	2,4	10	24,4	11	26,8
Preparado	9	22,0	18	43,9	27	65,9
Muito preparado	1	2,4	2	4,9	3	7,3
Foi feita alguma coisa para lidar com as suas preocupações						
Sim	11	26,8	23	56,1	24	82,9
Não	0	0,0	7	17,1	7	17,1
Se já recebeu serviços comunitários, foram ao encontro das suas necessidades						
Não recebeu	8	19,5	20	48,8	28	68,3
Satisfeito	3	7,3	10	24,4	13	31,7
Se o equipamento já foi fornecido, foi ao encontro das suas necessidades						
Não recebeu	10	24,4	28	68,3	38	92,7
Satisfeito	1	2,4	2	4,9	3	7,3

3.1.7 – Variáveis da escala de ansiedade e depressão hospitalar – HADS

De acordo com os valores sugeridos pelos autores e referidos no capítulo da metodologia, quis-se avaliar os níveis de ansiedade e depressão apresentados pelos nossos cuidadores.

Pela análise da tabela 12 pode-se constatar que os níveis de ansiedade são superiores no género feminino, oscilando entre o valor de score mínimo de três e o máximo de 19, com uma média de 11,10, com desvio padrão de 5,07, sendo a média no género masculino de 7,64, com desvio padrão de 2,34. Os coeficientes de variação apresentam na subescala da ansiedade, uma elevada dispersão (>30%). As medidas de assimetria ou enviesamento (Skewness) e de achatamento ou curtose (Kurtosis) remetem para uma distribuição assimétrica positiva e platicúrtica.

Tabela 12- Estatísticas descritivas da ansiedade/género dos participantes

ANSIEDADE	n	%	Min	Máx	\bar{x}	Dp	CV (%)	Sk	K
Masculino	11	26,83	3	11	7,64	2,34	30,63	-0,556	0,196
Feminino	30	73,17	3	19	11,10	5,07	45,78	0,074	-1,310
Total	41	100	3	19	10,17	4,73	46,51	0,424	-0,910

($\chi^2=19,27$; $p=0,202$)

Na subescala da depressão verifica que na amostra total o score varia entre o mínimo de quatro e o máximo de 17, com uma média de 8,37, e um desvio padrão de 4,06. Verifica-se também, que tal como acontece com a subescala da ansiedade, o género feminino apresenta uma média superior ao género masculino ($\bar{x}=9,43$; $dp=3,97$). Constata-se também, pelos coeficientes de variação que existe uma elevada dispersão (tabela 13).

A distribuição por género para a subescala da ansiedade e da depressão mostram a mesma tendência distributiva dos diferentes itens, e o teste qui-quadrado demonstra que não existem diferenças estatisticamente significativas entre o género feminino e o género masculino para ambas as subescalas (ansiedade, $\chi^2=19,27$; $p=0,202$ e depressão $\chi^2=21,89$; $p=0,111$).

Tabela 13- Estatísticas descritivas da depressão/género dos participantes

DEPRESSÃO	n	%	Min	Máx	\bar{x}	Dp	CV (%)	Sk	K
Masculino	11	26,83	1	8	5,45	2,69	49,36	-0,631	-1,212
Feminino	30	73,17	4	17	9,43	3,97	42,09	0,222	-0,980
Total	41	100	1	17	8,37	4,06	48,51	0,345	-0,540

($\chi^2=21,89$; $p=0,111$)

Os dados da tabela 14 mostram que relativamente à ansiedade o maior grupo percentual (36,6%) dos cuidadores não apresentam ansiedade, 22,0% apresenta ansiedade do tipo leve, 19,5% moderada e apenas 22,0% manifesta ansiedade grave.

Centrando-se nos níveis de depressão, verificou-se que 41,5% dos cuidadores não têm depressão, 26,8% apresentam depressão leve, 19,5% depressão moderada e 12,2% apresentam depressão grave.

Pode-se constatar que os níveis de ansiedade dos participantes no estudo são mais elevados do que os níveis de depressão.

Tabela 14 – Níveis de ansiedade e depressão dos cuidadores em função do género

Variáveis	Género	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
		n	%	n	%	n	%
		11	26,8	30	73,2	41	100
Sem Ansiedade (Normal) (0 – 7)		4	9,9	11	26,8	15	36,6
Ansiedade Leve (8 – 10)		6	14,6	3	7,3	9	22,0
Ansiedade Moderada (11 – 14)		1	2,4	7	17,1	8	19,5
Ansiedade Grave (15 – 21)		-	-	9	22,0	9	22,0
Normal (sem depressão) (0 – 7)		7	17,1	10	24,4	17	41,5
Depressão Leve (8 – 10)		4	9,8	7	17,1	11	26,8
Depressão Moderada (11 – 14)		-	-	8	19,5	8	19,5
Depressão Grave (15 – 21)		-	-	5	12,2	5	12,2

3.2 – ANÁLISE INFERENCIAL

Após a análise descritiva e perante o tipo de investigação que se pretende, torna-se relevante prosseguir com a estatística inferencial, onde por meio de testes estatísticos (comparação de médias, comparação de proporções) se vai inferir da aceitação ou rejeição das hipóteses, uma vez que um dos principais objetivos da inferência estatística é a verificação de hipóteses e a generalização das suas relações.

Assim, baseado nos critérios de decisão confirma-se a hipótese se a probabilidade for inferior a 0,05 ($p < 0,05$) e rejeita-se se for superior a este valor.

Previamente à aplicação dos testes não paramétricos (Kruskal-Wallis e de Mann-Whitney) foi verificada a igualdade da forma das distribuições das variáveis (sendo no caso uma distribuição não normal), pois corrobora-se com Pestana & Gageiro (2014) ao afirmarem que se trata de um requisito fundamental prévio à aplicação destes dois testes não paramétricos.

Também nas distribuições caracterizadas por grande heterogeneidade de forma e com um número baixo de casos em algumas categorias, optou-se pela recodificação de algumas variáveis independentes, o que aumentou, substancialmente, a homogeneidade das distribuições e a viabilização dos testes não paramétricos referidos. As variáveis recodificadas foram: estado civil, habilitações literárias, situação profissional, agregado familiar, parentesco, tempo de prestação de cuidados, níveis de dependência de ansiedade e depressão.

Como referido na metodologia, a escala (PREPARED) é constituída por dois indicadores: o primeiro designado por indicador de processo e o segundo indicador de resultado. O indicador de processo engloba quatro domínios que são: informação sobre a existência de estruturas de apoio; informação sobre a medicação e respetiva adesão terapêutica; preparação para a alta e preocupação com a reintegração na comunidade e por último o controlo sobre as circunstâncias associadas à alta. A cada um destes domínios estão ligadas várias questões, onde através da soma das pontuações destas se obtém um indicador total de processo. No que diz respeito ao indicador de resultado, este é obtido pela soma das respostas a quatro questões a saber: *(Em geral, até que ponto se sentiu preparado para regressar a casa; Foi feita alguma coisa para lidar com as suas preocupações; Se já recebeu serviços comunitários, foram ao encontro das suas necessidades; Se o equipamento já foi fornecido, foi ao encontro das suas necessidades).*

Deste modo, as hipóteses foram testadas em função dos dois indicadores referenciados, que resultam da soma total das questões que os constituem, sendo que quanto maior for o valor, maior será a perceção do planeamento da alta hospitalar.

H1- Existe associação entre as variáveis sociodemográficas (género, idade, estado civil e as habilitações académicas) e a perceção dos cuidadores informais sobre o planeamento da alta.

Género

Para se perceber a associação do género na perceção dos cuidadores informais sobre o planeamento da alta utilizou-se o Teste U de Mann-Whitney. Ao observar a tabela 15 verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas ($p= 0,269$) entre as variáveis em estudo e o indicador de resultado, mas sim para o indicador de processo ($p= 0,026$) sendo neste caso os homens ($M=27,82$) os que tem perceções mais favoráveis sobre a preparação efetuada.

Assim, é se levado a aceitar parcialmente a hipótese formulada apenas para o indicador de processo.

Tabela 15- Teste U de Mann-Whitney entre o género e perceção dos cuidadores sobre o planeamento da alta

INDICADORES \ GRUPOS	MASCULINO	FEMININO	U	P
	ORD-MEDIA	ORD-MEDIA		
Indicador de Processo	27,82	18,50	90,000	0,026*
Indicador de Resultado	24,32	19,78	128,500	0,269

Idade

Para testar esta hipótese foi aplicado o teste de Kruskal-Wallis, que indica que são os cuidadores com idades entre os 35 e os 50 anos os que apresentam médias mais elevadas, logo perceções de melhor planeamento para a alta. Verifica-se contudo e apesar das diferenças nas médias, que não existem diferenças estatísticas significativas ($p > 0,05$) entre estas variáveis (tabela 16).

Face aos resultados é se levado a rejeitar a hipótese formulada afirmando que a idade dos participantes não está associada à percepção que têm sobre os domínios do planeamento da alta.

Tabela 16 – Teste Kruskal-Wallis entre idade e funcionalidade dos participantes

INDICADORES \ GRUPOS	35-50	51-65	≥ 66	χ^2	P
	ORD-MEDIA	ORD-MEDIA	ORD-MEDIA		
Indicador de Processo	29,00	17,50	22,18	5,670	0,059
Indicador de Resultado	22,75	20,50	20,18	0,158	0,924

Estado civil

Para analisar a influência do estado civil na percepção dos participantes sobre o planeamento da alta começou-se por recodificar a variável em dois grupos, os que vivem acompanhados (casados e em união de facto) e os não acompanhados (viúvos, solteiros e divorciados).

Seguidamente efetuou-se um Teste U de Mann-Whitney (tabela 17), que mostra não existirem diferenças estatísticas significativas ($p > 0,05$) entre as variáveis descritas, apesar dos valores ordenados das médias indicarem ser os indivíduos não acompanhados aqueles que possuem melhores percepções quando comparados com os acompanhados.

Deste modo, é se levado a rejeitar a hipótese enunciada, dizendo que o estado civil dos cuidadores não está associado à percepção que têm sobre os domínios da preparação para a alta.

Tabela 17- Teste U de Mann-Whitney entre o estado civil e percepção dos cuidadores sobre o planeamento da alta

INDICADORES \ GRUPOS	ACOMPANHADO	NÃO ACOMPANHADO	U	P
	ORD-MEDIA	ORD-MEDIA		
Indicador de Processo	20,22	23,78	119,000	0,426
Indicador de Resultado	20,53	22,67	129,00	0,627

Habilitações académicas

Para testar esta hipótese foi aplicado mais uma vez o teste de Kruskal-Wallis (tabela 18) que indica que são os participantes com maiores habilitações os que apresentam médias mais elevadas, logo perceções de melhor preparação para a alta. Apesar disso, verifica-se pelos valores de ($p > 0,05$) que não existem diferenças estatísticas significativas entre estas variáveis.

Face aos resultados é se levado a rejeitar a hipótese formulada, afirmando que as habilitações académicas dos cuidadores não estão associadas à perceção que têm sobre os domínios da preparação para a alta.

Tabela 18 – Teste Kruskal-Wallis entre habilitações académicas e perceção dos cuidadores sobre o planeamento da alta

INDICADORES \ GRUPOS	1º CICLO	2º / 3º	≥ 12º	χ^2	P
	ORD-MEDIA	ORD-MEDIA	ORD-MEDIA		
Indicador de Processo	19,92	19,44	28,67	2,954	0,228
Indicador de Resultado	21,39	18,94	25,67	1,518	0,468

H2- Existe associação entre as variáveis profissionais (situação profissional) e a perceção dos cuidadores informais sobre o planeamento da alta

Situação profissional

Para se verificar se existe associação entre a situação profissional e a perceção dos cuidadores informais sobre o planeamento da alta começou-se por recodificar esta variável entre empregados (a tempo inteiro e tempo parcial) e desempregados (desempregados, reformados e domesticas). Seguidamente utilizou-se o Teste U de Mann-Whitney e ao observar-se a tabela 19 verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas ($p > 0,05$) entre as variáveis em estudo. Contudo, os valores das médias indicam que são os cuidadores

empregados aqueles ($M=22,65$; $M=21,09$) os que tem percepções mais favoráveis sobre o planejamento da alta.

Assim, é se levado a rejeitar a hipótese formulada.

Tabela 19- Teste U de Mann-Whitney entre situação profissional e a percepção dos cuidadores sobre o planejamento da alta

INDICADORES \ SITUAÇÃO	EMPREGADO	DESEMPREGADO	U	P
	ORD-MEDIA	ORD-MEDIA		
Indicador de Processo	22,65	19,83	176,000	0,454
Indicador de Resultado	21,09	20,94	202,500	0,967

H3- Existe associação entre as variáveis de contexto familiar (agregado familiar, parentesco, tempo de prestação de cuidados e apoio da rede formal) e a percepção dos cuidadores informais sobre o planejamento da alta

Agregado Familiar

Para testar esta hipótese foi aplicado mais uma vez o teste de Kruskal-Wallis. Os valores ordenados das médias mostram que no caso do indicador de processo os agregados com um a dois elementos são os que percebem melhor preparação para a alta, quando comparados com agregados com mais elementos, sendo esta diferença significativa ($p = 0,038$). Porém no caso do indicador de resultado os agregados com melhores percepções são os constituídos por três e quatro elementos, contudo as diferenças estatísticas não são significativas ($p = 0,623$) (tabela 20).

Assim, é se levado a aceitar parcialmente a hipótese formulada.

Tabela 20 – Teste Kruskal-Wallis entre agregado familiar e a perceção dos cuidadores sobre o planeamento da alta

INDICADORES \ AGREGADO	1-2 ELEMENTOS	3-4 ELEMENTOS	5-6 ELEMENTOS	χ^2	P
	ORD-MEDIA	ORD-MEDIA	ORD-MEDIA		
Indicador de Processo	24,26	19,92	17,40	1,239	0,038*
Indicador de Resultado	19,47	22,89	19,00	0,946	0,623

Parentesco com o Cuidado

Para testar esta hipótese foi aplicado mais uma vez o teste de Kruskal-Wallis. Recodificou-se a variável em cônjuge, filho/filha e outros, que engloba irmão/irmã, nora/genro, amigos e vizinhos.

Os cuidadores filhos são os que apresentam médias mais elevadas (M=21,83; M=21,74), logo perceções de melhor preparação para a alta, porém verificou-se pelos valores de ($p > 0,05$) que não existem diferenças estatísticas significativas entre estas variáveis (tabela 21).

Face aos resultados é se levado a rejeitar a hipótese formulada afirmando que o parentesco entre cuidadores e pessoa cuidada não interferem na perceção que têm sobre a preparação para a alta.

Tabela 21 – Teste Kruskal-Wallis entre parentesco e perceção dos cuidadores sobre o planeamento da alta

INDICADORES \ GRUPOS	CONJUGE	FILHO/A	OUTROS	χ^2	P
	ORD-MEDIA	ORD-MEDIA	ORD-MEDIA		
Indicador de Processo	18,65	21,83	19,44	0,608	0,738
Indicador de Resultado	17,20	21,74	21,28	1,139	0,566

Tempo de prestação de cuidados

Para se perceber a associação entre o tempo de prestação de cuidados ao idoso e a percepção dos cuidadores informais sobre o planeamento da alta recodificou-se esta variável entre dois grupos: os que prestam cuidados há menos de um ano e que prestam há mais de um ano. Utilizou-se mais uma vez o Teste U de Mann-Whitney e ao observar a tabela 22 verificou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas ($p > 0,05$) entre as variáveis em estudo. Contudo, os valores das médias indicam que são os que cuidam há menos de um ano aqueles ($M=20,21$; $M=20,12$) que tem percepções mais favoráveis sobre o planeamento da alta.

Face aos resultados é se levado a rejeitar a hipótese formulada.

Tabela 22- Teste U de Mann-Whitney entre o tempo de prestação de cuidados e percepção dos cuidadores sobre o planeamento da alta

INDICADORES	TEMPO	<1 ANO	≥ 1 ANO	U	P
		ORD-MEDIA	ORD-MEDIA		
Indicador de Processo		20,21	18,60	78,000	0,766
Indicador de Resultado		20,12	19,20	81,000	0,862

Apoio da rede formal

Para analisar a associação entre as duas variáveis descritas utilizou-se o Teste U de Mann-Whitney. Ao observar a tabela 23 verificou-se que esta associação existe, uma vez que há diferenças estatisticamente significativas ($p=0,031$) no indicador de processo e altamente significativas ($p=0,000$) no indicador de resultado.

Os valores ordenados das médias indicam que os cuidadores que recebem apoio da rede formal são ($M=24,30$; $M=23,70$) os que tem percepções mais favoráveis sobre o planeamento da alta.

Assim, é se levado a aceitar a hipótese formulada, afirmando que os cuidadores com apoio formal sentem-se mais preparados para a alta do seu familiar.

Tabela 23- Teste U de Mann-Whitney entre o apoio da rede formal e a perceção dos cuidadores sobre o planeamento da alta

INDICADORES \ GRUPOS	SIM	NÃO	U	P
	ORD-MEDIA	ORD-MEDIA		
Indicador de Processo	24,30	18,94	122,000	0,031
Indicador de Resultado	23,70	16,90	28,000	0,000

H4- Existe associação entre o grau de dependência do idoso e a perceção dos cuidadores informais sobre o planeamento da alta

Níveis de dependência

Para testar esta hipótese foi aplicado mais uma vez o teste de Kruskal-Wallis. Os valores ordenados das médias mostram que no caso do indicador de resultado, os cuidadores que percecionam melhor preparação para a alta são os que tem familiares com dependência grave (M=29,78) quando comparados com a dependência moderada e independente, sendo esta diferença significativa ($p = 0,027$) (tabela 24). Porém no caso do indicador de processo os cuidadores de as melhores perceções correspondem aos que tem familiares mais independentes não sendo as diferenças estatísticas significativas ($p = 0,524$).

Assim, é se levado a aceitar parcialmente a hipótese formulada.

Tabela 24 – Teste Kruskal-Wallis entre grau de dependência do idoso cuidado e perceção dos cuidadores sobre o planeamento da alta

INDICADORES \ GRUPOS	GRAVE	MODERADA	INDEPENDENTE	χ^2	P
	ORD-MEDIA	ORD-MEDIA	ORD-MEDIA		
Indicador de Processo	19,33	21,08	33,50	1,291	0,524
Indicador de Resultado	29,78	18,23	28,00	7,250	0,027

H5- Existe associação entre os níveis de ansiedade e depressão dos cuidadores informais e a sua perceção sobre o planeamento da alta

Ansiedade

Para testar esta hipótese foi aplicado o teste de Kruskal-Wallis (tabela 25). Os valores ordenados das médias mostram que os cuidadores que percecionam melhor planeamento da alta são os que apresentam ansiedade moderada (M=25,56; M=23,56) quando comparados com os que apresentam ansiedade grave ou sem ansiedade, porém as diferenças estatísticas não são significativas ($p > 0,05$).

Face aos resultados, é se levado a rejeitar a hipótese formulada, inferindo que os níveis de ansiedade encontrados na amostra não interferem na perceção que têm sobre o planeamento da alta.

Tabela 25 – Teste Kruskal-Wallis entre ansiedade e perceção dos cuidadores sobre o planeamento da alta

INDICADORES \ GRUPOS	SEM ANSIEDADE	ANSIEDADE MODERADA	ANSIEDADE GRAVE	χ^2	P
	ORD-MEDIA	ORD-MEDIA	ORD-MEDIA		
Indicador de Processo	18,87	25,56	15,94	4,637	0,098
Indicador de Resultado	20,60	23,56	16,83	1,995	0,369

Depressão

Para verificar se há associação entre estados depressivos e a perceção do planeamento da alta foi aplicado novamente o teste de Kruskal-Wallis. Os valores ordenados das médias mostram que os cuidadores que percecionam melhor preparação para a alta são os que não apresentam depressão (M=22,09; M=21,57) quando comparados com os que apresentam depressão grave ou moderada, porém as diferenças estatísticas também aqui não são significativas ($p = 0,456$; $p = 0,961$) (tabela 26).

Face aos resultados, é se levado a rejeitar a hipótese formulada, inferindo que os níveis de depressão encontrados nos cuidadores não interferem na sua perceção sobre a preparação que lhes foi feita para a alta.

Tabela 26 – Teste Kruskal-Wallis entre níveis de depressão e a perceção dos cuidadores sobre o planeamento da alta

INDICADORES \ GRUPOS	SEM DEPRESSÃO	DEPRESSÃO MODERADA	DEPRESSÃO GRAVE	χ^2	P
	ORD-MEDIA	ORD-MEDIA	ORD-MEDIA		
Indicador de Processo	22,09	21,66	14,80	1,569	0,456
Indicador de Resultado	21,57	20,45	21,50	0,080	0,961

Síntese:

Como síntese dos resultados obtidos, pode-se afirmar que na perceção dos cuidadores informais sobre o planeamento da alta dos idosos internados, as variáveis associadas encontradas foram o género, agregado familiar, apoio da rede formal e o grau de dependência do idoso. Contudo há a salientar que em todas as variáveis, a associação foi parcial (apenas significativa para um dos indicadores), com a exceção da variável apoio da rede formal, que se demonstra preditiva para o indicador de processo e indicador de resultado.

A figura 2 evidencia as variáveis que têm peso preditivo sob a perceção dos cuidadores informais sobre o planeamento da alta.

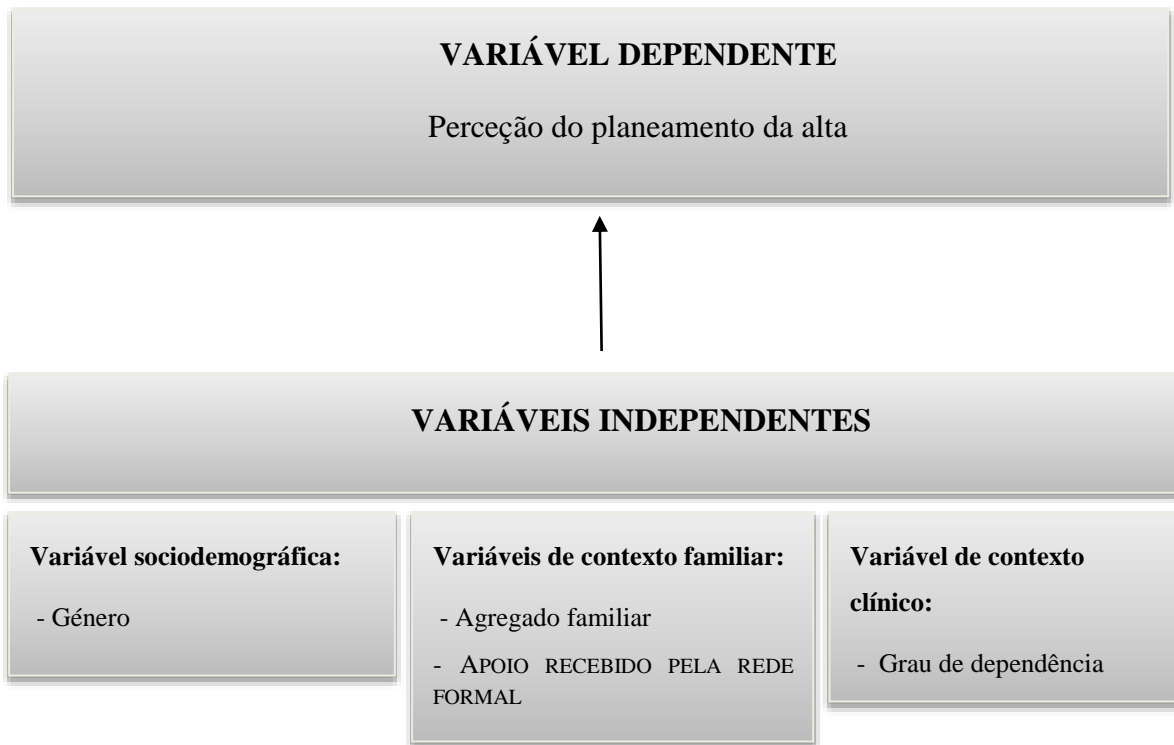


Figura 2 – Variáveis preditivas sob a perceção dos cuidadores informais sobre o planeamento da alta

4 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A interpretação dos resultados é uma etapa fundamental, onde se analisa o conjunto de resultados, confrontando-os com evidência científica já publicada, tendo por base o quadro conceptual do presente estudo, e onde se inclui também a discussão metodológica adotada.

Constata-se, que perante os objetivos da presente investigação, os procedimentos metodológicos se enquadraram e permitem responder às questões de investigação e respetivas hipóteses, no entanto apresentaram algumas limitações e transtornos na colheita de dados.

Visto o questionário do planeamento da alta (PREPARED) ser preenchido após sete dias da data da alta hospitalar, condicionou que todo o instrumento de colheita de dados, à exceção das variáveis de contexto clínico fosse preenchido no domicílio, fazendo com que alguns dos participantes acabassem por não enviar o respetivo questionário preenchido pelo correio. Comparando com os investigadores que procederam à tradução e validação do questionário de planeamento da alta, que obterem uma taxa de resposta de 59,0%, conseguiu-se uma taxa de resposta de 63,3%, pois dos 79 questionários entregues foram devolvidos 50, contudo nove desses questionários tiveram que ser excluídos da investigação por estarem mal preenchidos e/ou incompletos.

Por outro lado, esta logística na receção do instrumento de colheita de dados exigiu o aluguer de um apartado numa loja CTT (Correios, Telégrafos e Telefones) condicionado o levantamento da correspondência ao horário de funcionamento da respetiva loja.

Sendo este estudo do tipo transversal, uma das desvantagens prende-se com a impossibilidade de estabelecer relações causais por não provarem a existência de uma sequência temporal.

Posto isto, prosseguiu-se com a discussão e interpretação dos resultados.

Os resultados do presente estudo mostram que a amostra é constituída por 41 cuidadores informais, sendo maioritariamente do género feminino (73,17%), filhos (51,2%), com uma média de idade de 59,18 anos (desvio-padrão de 11,81) e casados/união de facto (78%). Estes dados estão em consonância com os resultados apontados por outras investigações (Gratão et

al., 2013; Marin & Angerami, 2000; Santos & Pavarini, 2012; Fuhrmann, Bierhals, Santos & Paskulin, 2015) no que dizem respeito à caracterização dos cuidadores informais de idosos.

Numa revisão sistemática da literatura efetuada por Andrade (2009), este salienta a média de idade do cuidador informal de 66 anos, sendo este predominantemente do género feminino, a maioria cônjuge ou filhas. Devido ao aumento da esperança média de vida, há tendência a que idosos cuidem de idosos, que são os seus cônjuges ou filhos (Tomomitsu, Perracini & Neri, 2014). De evidenciar, que apesar dos filhos surgirem com maior percentagem como cuidadores informais, segue-se o cônjuge/companheiro(a), com 24,4%.

No que diz respeito à associação das variáveis sociodemográficas na perceção dos cuidadores informais sobre o planeamento da alta verifica-se que, na variável género são os homens que têm melhor perceção sobre a preparação da alta, havendo diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,026$) para o indicador de processo, assumindo-se assim, de forma parcial que o género é preditor da perceção do planeamento da alta. Contudo, o presente estudo vem evidenciar que a relação existente entre a idade, estado civil e a perceção sobre o planeamento da alta não é estatisticamente significativa ($p > 0,05$), embora os valores das ordenações médias dos cuidadores com idades entre os 35 e os 50 anos ($M=29,00$; $M=22,75$) e os cuidadores não acompanhados (viúvos, solteiros e divorciados) ($M=23,78$; $M=22,67$) sejam aqueles que possuem melhores perceções da alta.

Relativamente às habilitações literárias constata-se que quase metade da amostra possui apenas até ao 2º ciclo escolar, podendo este dado ser promotor de níveis mais elevados de ansiedade e stresse, uma vez que o aumento da ansiedade e depressão associado ao cuidar de alguém com determinado grau de dependência encontra-se relacionado, e tem sido evidenciado em diversos estudos, ao baixo nível de escolaridade e à falta de apoio social (Loureiro, Fernandes, Marques, Nóbrega & Rodrigues, 2013). Quanto menor o grau de escolaridade mais significativas alterações emocionais pode apresentar na execução do seu papel de cuidador (Fernandes & Garcia, 2009), por apresentar dificuldades na compreensão do processo normal do envelhecimento e dos respetivos cuidados. Este conceito surge noutra vertente com o presente estudo quando se verifica que são os cuidadores com maiores habilitações que apresentam médias mais elevadas, ou seja perceção de um melhor planeamento da alta hospitalar, embora não haja evidência de diferenças estatisticamente significativas ($p=0,228$; $p=0,468$).

A família moderna tem-se deparado com dificuldades no que diz respeito ao processo de cuidar de um idoso por se encontrar menos numerosa e pela mulher ter integrado o mercado

de trabalho, onde a funcionalidade familiar tende a ser melhor, quanto maior for o número de pessoas que residem na mesma casa com o idoso dependente (Santos & Pavarini, 2012). Situação corroborada pelos resultados obtidos, onde se verifica que o agregado familiar do cuidador informal com maior percentagem é de dois a três elementos, contudo observa-se que, para o indicador de processo, são os agregados com um a dois elementos os que possuem diferenças estatisticamente significativas ($p=0,038$) no que dizem respeito à perceção do planeamento da alta, assumindo assim, que mesmo de forma parcial, o agregado familiar encontra-se associado a uma melhor perceção da preparação da alta para o domicílio.

O exercício simultâneo de papéis constitui um elemento gerador de tensão (Fernandes & Garcia, 2009). Neste enquadramento e pela caracterização da amostra da presente investigação poder-se-á explicar um dos motivos pelo qual os níveis de ansiedade se situam entre a ansiedade leve a moderada, embora como se demonstre na apresentação dos dados, não existam diferenças estatisticamente significativas entre o género e os níveis de ansiedade ($p=0,202$) e depressão ($p=0,111$). Um estudo levado a cabo por Monteiro (2010) procurou conhecer a forma como vivem as famílias o processo de dependência em meio hospitalar, por um dos membros da família e evidenciou que todo este processo é vivenciado com diferentes sentimentos por parte do cuidador, que se depara com mudanças significativas na sua própria vida, no seu significado de papel na sociedade. Esta (2010) verificou que a capacidade do cuidador depende da capacidade de mobilizar recursos internos e/ou externos, de forma a adaptar-se a esta fase de transição.

Verifica-se que são as mulheres (31,5%) num total de 39,0% que se mantêm ativas profissionalmente, normalmente a tempo interior, adquirindo assim, múltiplos papéis na sociedade, desde esposas, mães, cuidadoras, profissionais e é neste grupo (empregados) que se observam valores das ordenações médias ($M=22,65$; $M=21,09$) mais elevados, indicando uma melhor perceção sobre o planeamento da alta, embora estatisticamente, as diferenças não sejam significativas. Exercer o papel de cuidador informal e a atividade profissional, por vezes tornam-se um acréscimo aos sentimentos de ansiedade e de preocupação, sendo um dos fatores que conduzem a alguns CI a anteciparem a reforma (I. Pereira & Paiva e Silva, 2012).

Contudo, pensa-se que toda esta conjuntura pode ter sido minimizada por dois motivos. Um deles por se ter verificado que a maioria (85,4%) dos cuidadores menciona que não existe filhos a cargos, podendo ser explicada pela média de idades rondar perto dos 60 anos de idade e os filhos já terem constituído o seu próprio agregado familiar. E o outro, por se constatar que o cuidador possui ajuda regular na prestação de cuidados por outros familiares (48,8%), não

sendo assim designado de cuidador principal, ao contrário de um estudo realizado por Vilela onde verificou que grande parte dos cuidadores idosos são cuidadores principais e que para além desta função, têm sob seus cuidados, muitas vezes, filhos (as), netos (as) ou outros familiares com necessidade de cuidados especiais (Júnior & Corrente, 2011). Receber ajuda de outra pessoa nos cuidados ao idoso é então, um fator positivo e promotor da manutenção da vida social do cuidador informal.

Em síntese, há a ressaltar que cuidadores informais mais jovens têm sido associados a uma maior suscetibilidade ao stress e ansiedade, pois são confrontados com a necessidade de encontrar um equilíbrio com as outras funções, quer em casa quer a nível profissional. Por outro lado, cuidadores com mais idade estão mais predispostos ao impacto negativo do cuidar devido a mudanças decorrentes do seu próprio envelhecimento (Fernandes & Garcia, 2009).

No que diz respeito à distância geográfica observa-se que a grande maioria (82,9%) vivem na mesma residência com o idoso a quem prestam cuidados, sendo este constituinte do agregado familiar, havendo uma pequena percentagem (2,4%) cujo cuidador informal reside noutra localidade. O fato de residirem com o idoso permite o controlo da situação e as necessidades deste serem logo atendidas, contudo também pode servir como causador de sobrecarga, pois estão diariamente exposto aos efeitos do processo de cuidar (Fuhrmann et al., 2015). Viver na mesma residência que o idoso a quem se presta cuidados pode ser vista como favorável para o idoso neste prisma, contudo pode servir como um aspeto negativo para o cuidador.

Reportando-se ao tempo que o cuidador informal presta cuidados ao idoso constatou-se que são cuidadores a um curto período de tempo, mais de metade da amostra (58,5%) prestam cuidados a menos de três meses, o que pode indicar que os participantes deste estudo ainda estarão numa fase de adaptação ao processo de cuidar. A perceção do exercício do papel por parte dos cuidadores informais altera-se ao longo do tempo da prestação dos cuidados, não havendo, como verificam Pereira & Paiva e Silva (2012) um padrão semelhante para todos os cuidadores informais, contudo parece ser unânime que esta perceção encontra-se associada à prática e hábito, no sentido em que com o tempo ocorre um período de ajuste para a adaptação de uma nova situação e a prática dos cuidados tornam-se mais fáceis. Este estudo mostrou, embora sem diferenças estatisticamente significativas ($p=0,766$; $p=0,862$), que são os que cuidam dos idosos há menos de um ano aqueles que possuem perceções mais favoráveis sobre o planeamento da alta.

Relativamente ao apoio recebido pela rede formal, os dados encontrados neste estudo vão ao encontro de outros estudos que apontam que cerca de 80% das famílias que cuidam de idosos não recebem apoio formal, porém quando questionados sobre a possibilidade de o receber, 30% dessas famílias afirmam que ficariam satisfeitas (Júnior & Corrente, 2011). Aqui há a evidenciar a relação existente entre o apoio da rede formal e a perceção dos cuidadores sobre o planeamento da alta, pois constata-se que existem diferenças estatisticamente significativas ($p=0,031$; $p=0,000$), demonstrando que os cuidadores que recebem apoio da rede formal têm uma perceção mais favorável sobre a preparação para a alta, sendo o apoio domiciliário, o apoio presente. O Decreto-Lei nº 101/2006, de 6 de junho criou a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) dirigido a pessoas dependentes, com necessidades de “cuidados continuados de saúde e de apoio social, de natureza preventiva, reabilitadora ou paliativa, prestados por unidades de internamento, unidades de ambulatório, equipas hospitalares e equipas domiciliárias prestadoras de cuidados continuados integrados” (Portaria nº 38/2013 (30 de janeiro). Com esta rede, no âmbito das equipas domiciliárias, é exigido uma avaliação multidisciplinar das necessidades da pessoa, implicando a elaboração de um plano individual de intervenção, onde se presta cuidados de saúde, reabilitação, manutenção, natureza paliativa e de apoio psicossocial adequados, “promovendo o envolvimento dos familiares ou dos cuidadores informais”. Um dos objetivos destas equipas enquadra-se na participação, ensino e treino dos familiares ou dos cuidadores informais.

O estudo de Louro (2009) sobre os cuidados continuados no domicílio revela que estes constituem uma resposta organizada às necessidades das pessoas com dependência, apoiando os cuidadores informais, onde procurou, entre outros conceitos, conhecer a dinâmica do planeamento da alta para o regresso a casa da pessoa dependente. Constatou, contudo que a família não foi envolvida, durante o internamento hospitalar, na prestação de cuidados e no planeamento da alta, sendo que as dificuldades do cuidador na prestação de cuidados se centravam na falta de informação e de ajudas técnicas nos cuidados diretos à pessoa dependente e na deslocação aos serviços de apoio/transporte. Verificou que, não é apenas o grau de dependência que aumenta a sobrecarga física, emocional e social dos cuidadores, mas também a falta de apoio da rede formal.

Já em relação à caracterização dos idosos verifica-se que são maioritariamente do género feminino (61%), com idades que oscilam entre os 65 anos e os 92 anos de idade, viúvos (63,4) e cujos antecedentes pessoais se encontram relacionados com doenças cardíacas, genito-urinárias e do sistema nervoso. A idade do idoso, por si só não constitui um problema, contudo

é um fator de risco relevante pela maior probabilidade de aquisição de doenças próprias do envelhecimento e consequentemente puder conduzir a um estado de dependência.

Respetivamente ao grau de dependência observou-se que 58,5% dos idosos apresentam uma dependência ligeira, sendo que existe uma percentagem preocupante quando se considera que 17,1% dos idosos são moderadamente dependentes, e que podem com muita facilidade agravar essa dependência, com uma maior probabilidade de virem a necessitar de cuidados mais direcionados e específicos. Pesquisas sobre a satisfação dos membros da família têm vindo a demonstrar que a dependência dos idosos causa impacto sobre a dinâmica familiar, onde a avaliação funcional da família tem apresentado valores mais baixos para famílias que cuidavam de idosos dependentes (Santos & Pavarini, 2012). Na análise dos resultados deste estudo verificou-se que são os cuidadores de idosos com dependência grave os que percecionam melhor preparação para o regresso ao domicílio, sendo a diferença estatisticamente significativa ($p=0,027$), para o indicador de resultado. Este dado poderá ser explicado empiricamente por, durante o internamento hospitalar, e tendo em conta um nível de dependência mais elevado do idoso, a prestação de cuidados tenha incidido nos cuidados a ter no domicílio e as necessidades dos cuidadores. Monteiro (2010) refere que torna-se fundamental avaliar a dependência da pessoa internada, uma vez que permite determinar as necessidades de cuidado, quer em contexto hospitalar, quer posteriormente pelos cuidados domiciliários (quando existem), definindo um modelo de intervenção adequado (cuidados de saúde e apoio social). Já no estudo realizado por Cesar & Santos (2005), que analisou a perceção do cuidador familiar de idosos com AVC perante um programa de preparação da alta hospitalar evidenciou que ser cuidador de uma pessoa dependente desencadeia sentimentos despoletados pelo declínio da qualidade de vida/saúde do idoso, com alteração do grau de dependência, mas também pelas dificuldades financeiras. Estes apontam que qualquer programa de intervenção na preparação da alta deve contemplar a implementação e/ou reforço dos serviços sociais, com uma rede social que consiga dar respostas às necessidades da cuidador no desempenho do seu cuidar.

Por outro lado, os cuidadores informais têm reconhecido que durante o internamento tende a haver um agravamento da situação do familiar, antecipando maior necessidade de apoio nos cuidados instrumentais após o regresso da pessoa a casa (I. Pereira & Paiva e Silva, 2012). A assistência oferecida em contexto hospitalar cria dependências que dificultam o regresso a casa (Marin & Angerami, 2002). Esta opinião apesar de constituir um tema polémico pela sua essência, desperta a quem é profissional de saúde, nomeadamente enfermeiro, um carácter crítico na vertente reflexiva, pois analisando as realidades de alguns serviços de internamento

hospitalar, constata-se pela conjuntura atual dos serviços que se torna mais “fácil e rápido” executar em substituição do instruir ou treinar.

O cuidador informal necessita de ajuda para planear e restabelecer as rotinas e para possuir consciência das suas próprias necessidades, como forma, entre outros aspetos, de evitar o isolamento social, uma vez que os idosos com determinado grau de dependência necessitam de cuidados frequentes, e frequentemente o cuidador permanece a maior parte do tempo no domicílio, sem se ausentar por preocupação e/ou não ter outra pessoa com quem dividir a tarefa do cuidar do idoso. A satisfação com a vida favorece a saúde física, psicológica e as relações sociais dos cuidadores. Um estudo relacionado com o autocuidado do cuidador familiar a idosos dependentes após a alta hospitalar evidenciou que este conceito englobava diversas categorias conceitualmente interligadas entre si, que passam pelo conceito do assumir ser cuidador familiar, estímulos ao autocuidado do cuidador quando o contexto de cuidado é a família e aspetos relacionados aos cuidados de saúde e de enfermagem. Neste âmbito, surgiram diretrizes que indicaram que as principais estratégias foram a crença religiosa, apoio na prestação de cuidados e recursos da comunidade (Costa & Castro, 2014).

Pela análise das questões sobre a perceção que os cuidados informais possuem sobre o planeamento da alta hospitalar verifica-se que nos domínios referentes a informações fornecidas, uma grande parte dos cuidadores informais considera que apenas nas informações sobre como conseguir fazer AVD e sobre a medicação a levar para casa, essas foram as necessárias (61,0% e 70,7%, respetivamente). Pois, quando se entra nas áreas que dizem respeito à existência de serviços comunitários, equipamento e efeitos secundários da medicação, estes classificam como sendo insuficientes ou ausentes.

Os cuidadores informais no regresso a casa, para além de necessitarem de organizar a sua rotina quotidiana, necessitam de conhecer e identificar as referências de apoio na comunidade. De acordo com Melo, Rua & Santos (2014) a rede de cuidados continuados surge como facilitador deste seguimento, quando se articula devidamente com os diferentes serviços de saúde.

Estes dados asseveram outras investigações que referem existir privilégio no âmbito formativo ao CI sobre aspetos relacionados com as AVD, onde as metodologias utilizadas incidem na exploração de conteúdos em sessões expositivo-participativas com temáticas desde treino de habilidades relativas a prevenção de úlceras por pressão, controlo de esfíncteres, nutrição, posicionamento, transferências, mobilidade e comunicação, contudo não incluem a medição do conhecimento adquirido pelo CI (Andrade, 2009). Numa análise efetuada à

informação respeitante ao diagnóstico de enfermagem e suas dimensões relativas ao papel de prestador de cuidados, Azevedo & Manuel (2012) verificaram que, em muitas situações é reduzida ou inexistente, sendo que no momento da alta, os enunciados dos diagnósticos de enfermagem se centram maioritariamente no desenvolvimento de competências cognitivas e menos no desenvolvimento de aprendizagem de habilidades. Importa destacar que pelo conceito de papel de prestador de cuidados se considera segundo ICN (2006) como “aquele que assiste na identificação, prevenção ou tratamento da doença ou incapacidade de um membro da família” p. 176.

Aqui há a destacar um dado relevante relativamente à informação sobre a medicação a levar para casa, pois a informação disponibilizada não foi facultada na sua plenitude. Foram fornecidas informações sobre a medicação, mas não sobre os seus efeitos secundários. O estudo de Pompeo & Pinto (2007) que analisou as orientações dadas aos cuidadores informais sobre a medicação a tomar no domicílio demonstrou que as informações inadequadas e/ou deficientes sobre a medicação contribuem para a falta de adesão à terapêutica no domicílio.

No que diz respeito ao domínio da preparação para a reintegração verifica-se que para os cuidadores houve efetivamente preocupação com os cuidados a prestar ao idoso (87,8%), que também é evidenciado nos indicadores de resultados (82,9%), contudo não foram fornecidas informações para o cuidador preparar o dia-a-dia em casa (63,4%). Sabe-se que o regresso a casa após a alta hospitalar desencadeia sentimentos de preocupação e que a perceção do cuidar de um familiar idoso é individual, no entanto o cuidador informal, muitas vezes assume este papel sem as orientações adequadas, com alteração das rotinas, afetando a sua qualidade de vida. Vários autores têm apontado que os cuidadores informais apresentam um conjunto de necessidades, que vão desde necessidades de formação e informação, ajudas práticas, económicas, fisiológicas e emocionais. (Marques, 2011; Andrade, 2009). O tipo de orientações irá depender da individualidade do cuidador e do idoso.

Verificou-se também que, mais de metade (56,1%) dos cuidadores informais, não sabe ou consideram que não possuem confiança para executar as tarefas diárias em casa. Estes resultados podem ser fruto de, por vezes, as orientações da alta serem fornecidas no momento da saída do idoso do serviço de internamento, não havendo um planeamento desde a admissão. Estas situações estão associadas a que num curto período de tempo, seja fornecido, quer ao idoso quer ao cuidador informal um aglomerado de informações, sem validação e sem se perceber se realmente vão de encontro às reais necessidades, com vista à continuidade do cuidar no domicílio.

Num estudo semelhante com o presente, cujo objetivo foi descrever a perceção do papel do enfermeiro, de cuidados diferenciados e de cuidados primários, pelo familiar cuidador de um indivíduo dependente por AVC, os investigadores chegaram à conclusão que apesar de terem sido orientados, informados e treinados em várias áreas de intervenção durante o internamento hospitalar, os cuidadores consideram que os enfermeiros dos cuidados diferenciados poderiam ter ajudado mais na preparação para a continuidade de cuidados (Araújo, Paúl & Martins, 2008).

Apesar de alguns dos aspetos relacionados com o planeamento da alta não se encontrarem, na perceção do cuidador informal o mais adequado às suas necessidades, quando questionados sobre o nível de preparação para regressar a casa, 65,9% destes assumem estarem preparados. Em suma, nota-se que para os cuidadores informais, no planeamento da alta hospitalar deverá se incidir com mais ênfase no âmbito físico, com informações relacionadas com os cuidados a prestar e preparação do dia-a-dia. Esta linha de pensamento pode ser explicada pelo fato de serem cuidadores a um curto período de tempo, e estarem mais preocupados com o “saber fazer”. Contudo, cabe aos enfermeiros avaliar as reais necessidade deste grupo e em conjunto estabelecer objetivos de cuidados, mas sempre tendo em mente que as dificuldades sentidas pelo cuidador informal no domicílio têm sido apontadas como uma das causas de readmissão dos doentes dependentes nos serviços de urgência após um período de internamento, devendo cada vez mais a fatores relacionados com as atitudes e o bem-estar do cuidador em detrimento do seu grau de incapacidade no processo de cuidar (Marques, 2011).

5 – CONCLUSÕES

Conhecer a perceção do cuidador informal sobre o planeamento da alta hospitalar, bem como a perceção do processo de transição do cuidar do contexto hospitalar para o domicílio permite aos enfermeiros dimensionar as reais necessidades deste grupo, refletindo-se assim, na qualidade de vida do cuidador. Um planeamento da alta adequado pode, por outro lado ter repercussões positivas no sistema de saúde, no sentido de contribuir para a prevenção da readmissão hospitalar visto haver estudos que referem que um dos fatores predisponentes das readmissões deve-se a problemas sociais ou perda de apoios dos serviços da comunidade, num total de 40 a 50% desses reinternamentos. O cuidador deve assim, ser um dos principais focos de atenção dos enfermeiros. Assim, o planeamento da alta sistemático e estruturado, de acordo com as necessidades do cuidador informal e do idoso poderá se tornar uma mais-valia em diferentes áreas, desde a gestão hospitalar, o afirmar a importância do papel do enfermeiro na continuidade dos cuidados, mas acima de tudo na satisfação dos utilizadores dos serviços de saúde.

O presente estudo teve então como objetivo estudar a perceção dos cuidadores informais sobre o planeamento da alta hospital dos idosos, tendo em conta variáveis sociodemográficas, profissionais, familiares, clínicas e psicossociais.

Deste modo, realizou-se um estudo empírico, com uma amostra de 41 cuidadores informais, a maioria são do género feminino, casados, com média de idade de 59 anos (desvio-padrão 11,81), com escolaridade abaixo do 2º ciclo escolar e, que, na maior parte das vezes vivem na mesma residência com o idoso.

Quanto às variáveis profissionais e familiares constatou-se que são as mulheres que apresentam atividade profissional, a tempo inteiro, contudo não apresentam filhos a cargo. Verificou-se que são, maioritariamente filhos, seguido de cônjuges a prestarem cuidados ao idoso, sendo cuidadores informais há um curto período de tempo (menos de 3 meses), não prestando cuidados a mais ninguém, maioritariamente sem apoio da rede formal, mas recebem frequentemente a ajuda regular por outros familiares.

Relativamente ao perfil do idoso internado verificou-se que são maioritariamente mulheres, com idade que oscilam entre os 65 anos e os 92 anos de idade, sendo a média de idade igual a 78,78 anos (desvio-padrão 8,54), viúvos, cujos antecedentes pessoais se centram maioritariamente nas doenças cardiovasculares e com uma média de dias de internamento de 13, 61 dias (desvio-padrão 9,84) devido sobretudo ao diagnóstico de patologia respiratória e cardíaca. A salientar que mais de metade dos idosos apresenta um grau de dependência ligeira.

Quando se avalia os níveis de ansiedade e depressão dos cuidadores informais constata-se que a amostra apresenta ansiedade leve a moderada, mas sem depressão associada, não havendo diferenças estatisticamente significativas entre os géneros, embora as mulheres tenham tendência a apresentarem níveis mais elevados.

Neste enquadramento surge a perceção dos cuidadores informais sobre o planeamento da alta hospital, onde se reconheceu que, para estes são privilegiadas as informações relacionadas como conseguir fazer AVD, tendo havido preocupação com os cuidados a prestar ao idoso, bem como a gestão dos seus sentimentos e preocupações, onde mais de metade mencionam sentirem-se preparados para regressar a casa como cuidadores. Contudo, também mais de metade destes referem que não sabem ou não têm confiança para executar as tarefas diárias em casa. Indicadores relacionados com os serviços comunitários e equipamentos, na perceção destes foram descurados, sendo as informações fornecidas insuficientes ou nulas. Constata-se também, que houve uma pequena percentagem que recebeu os serviços comunitários, mas todos eles se encontram satisfeitos com este tipo de serviço.

Relativamente à análise de associação entre as variáveis do presente estudo, constatou-se a existência de relações significativas entre:

- O género e a perceção do planeamento da alta, em que o género masculino está associado a uma melhor perceção do planeamento, embora que de forma parcial, visto apresentar diferenças estatisticamente significativas apenas para o indicador de processo.

- O agregado familiar e a perceção do planeamento da alta, em que a um menor número de elementos a residir na mesma casa corresponde uma melhor perceção sobre a preparação da alta (indicador de processo).

- A presença de apoio da rede formal quando o idoso regressa a casa encontra-se associada a uma melhor perceção sobre o planeamento da alta hospitalar.

- O grau de dependência do idoso e a perceção da preparação da alta, em que a um nível maior de dependência corresponde a uma melhor perceção dos cuidadores sobre o planeamento da alta.

O número reduzido da amostra coloca algumas limitações na avaliação dos resultados, visto se considerar que em termos correlacionais, os testes estatísticos podem perder poder.

Na revisão da literatura ainda se observam poucas investigações sobre o planeamento da alta hospitalar, sob a perspetiva do cuidador informal, existindo um amplo investimento na importância do papel do enfermeiro na adaptação do idoso e seu cuidador no processo de cuidar no domicílio e na sobrecarga dos cuidadores informais que cuidam de idosos dependentes, com ênfase nos efeitos negativos do processo de cuidar. E apesar de se constatar que existem resultados a favor da presença de um modelo de intervenção, nomeadamente nos focos direcionados para o aconselhamento, apoio, treino de habilidades técnicas para a prestação de cuidados e no desenvolvimento de habilidades de coping, parece não estar validado qual o modelo de intervenção que melhor se adequa à preparação do cuidador informal para o cuidar do idoso no domicílio. Assim, torna-se necessário continuar a procura pela clarificação do impacto produzido pelas diversas intervenções implementadas no planeamento da alta, bem como o esclarecimento do modelo de intervenção que melhor responda ao processo de cuidar do idoso da transição de um internamento hospitalar para o domicílio. Mais estudos com diferentes metodologias terão que ser efetuados, com abordagem das diferentes dimensões, de modo a reforçar os ganhos em saúde provenientes da atuação do enfermeiro neste processo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde, I. (2015). *Manual de Articulação Saúde e Segurança Social (S+SS) para o Planeamento das Altas Hospitalares*.
- Andrade, C. (2009). Transição para prestador de cuidados: Sensibilidade aos cuidados de enfermagem. *Pensar Enfermagem*, 13, 61 –71.
- André, S.; Cunha, M. & Rodrigues, V. (2010). Família enquanto entidade cuidadora... *Millenium*, 39, 131 – 134.
- Araújo, F., Ribeiro, J., Oliveira, A. & Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25(2), 59 – 66.
- Araújo, I., Paúl, C. & Martins, M. (2008). Cuidar das famílias com um idoso dependente por AVC : Do hospital à comunidade – Um desafio. *Revista Referência*, 2(7), 43–52.
- Azevedo, S. & Manuel, P. (2012). Partilha de informação de enfermagem : dimensões do Papel de Prestador de Cuidados. *Revista de Enfermagem de Referência*, III(7), 113–122.
- Benner, P. (1982). From Novice to Expert. *American Journal of Nursing*, 82 (3), 402–407.
- Cesar, A. & Santos, B. (2005). Percepção de cuidadores familiares sobre um programa de alta hospitalar. *REBEn*, 58(6), 647–652.
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2003). *CIPE versão B2 2ª edição - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Costa, S. & Castro, E. (2014). Autocuidado do cuidador familiar de adultos ou idosos dependentes após a alta hospitalar: revisão integrativa. *Rev Bras Enferm*, 67 (6), 979–986. doi:10.1590/RIII1034
- Coutinho, C. (2014). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática* (2ª ed.). Coimbra: Edições Almedina, S. A.
- Portugal, Direção Geral da Saúde. (2009). *Principais indicadores de Saúde para Portugal Continente, Açores e Madeira*. Lisboa.
- Portugal, Direção Geral da Saúde. (2012). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016 3.3 eixo estratégico - Qualidade em saúde*.
- Decreto-Lei nº 101/2006 (206, junho 6). Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados, [Portugal]. *Diário da República*, 1 Série - A, pp. 3856 - 3865. Acedido em http://www.adse.pt/document/Decreto_Lei_101_2006.pdf

- Fernandes, M. & Garcia, T. (2009). Determinantes da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(2), 393 – 399.
- Ferreira, P., Mendes, A., Fernandes, I. & Ferreira, R. (2011). Tradução e validação para a língua portuguesa do questionário de planeamento da alta (PREPARED). *Revista de Enfermagem Referência, III Série*(nº 5), 121–133. doi:10.12707/RIII1032
- Fortin, M. (2009). *O processo de Investigação: da concepção à realização* (5ª ed.). Loures: Lusociência.
- Fuhrmann, A., Bierhals, C., Santos, N. & Paskulin, L. (2015). Associação entre a capacidade funcional de idosos dependentes e a sobrecarga do cuidador familiar, 36(1), 14–20.
- Gratão, A., Talmelli, L., Figueiredo, L., Rosset, I., Freitas, C. & Rodrigues, R. (2013). Dependência funcional de idosos e a sobrecarga do cuidador. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 47(1), 137–144. doi:10.1590/S0080-62342013000100017
- Grimmer, K. & Moss, J. (2001). The development, validity and application of a new instrument to assess the quality of discharge planning activities from the community perspective. *Journal for Quality in Health Care*, 13(2), 109 – 116.
- Guimarães, R. (2010). *Envelhecer com qualidade*. Vialongo: Coisas de Ler.
- Hendrix, C., Tepfer, S., Forest, S., Ziegler, K., Fox, V., Stein, J., Colon-Emeric, C. (2013). Transitional Care Partners: a hospital-to-home support for older adults and their caregivers. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 25(8), 407–14. doi:10.1111/j.1745-7599.2012.00803.x
- ICN. (2006). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: versão 1.0*. Ordem dos Enfermeiros.
- Jeangsawang, N., Malathum, P., Panpakdee, O., Brooten, D. & Nityasuddhi, D. (2012). Comparison of Outcomes of Discharge Planning and Post-Discharge Follow-up Care, provided by Advanced Practice, Expert-by-experience, and Novice Nurses, to Hospitalized Elders with Chronic Healthcare Conditions. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 16(4), 343–360.
- Joolae, S., Hajibabae, F., Jafar Jalal, E. & Bahrani, N. (2011). Assessment of patient satisfaction from nursing care in hospitals of iran university of medical sciences. *Hayat*, 17(1), 81.
- Júnior, P. & Corrente, J. (2011). Efeito da capacitação dos cuidadores informais sobre a qualidade de vida de idosos com déficit de autocuidado The results of training of informal caregivers on. *Ciência & Saúde*, 3131–3138. doi:10.1590/S1413-81232011000800013
- Loureiro, L., Fernandes, M., Marques, S., Nóbrega, M. & Rodrigues, R. (2013). Burden in family caregivers of the elderly: prevalence and association with characteristics of the elderly and the caregivers. *Revista Da Escola de Enfermagem Da U S P*, 47(5), 1133–40. doi:10.1590/S0080-623420130000500017

- Louro, M. (2009). *Cuidados Continuados no Domicílio*. (Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem) Universidade do Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Magalhães, M. & Hill, A. (1998). *Investigação Empírica em Ciências Sociais: Um guia introdutório*. Dinâmia.
- Marcolino, J., Mathias, L., Piccinini Filho, L., Guaratini, A., Suzuki, F. & Alli, L. (2007). Escala hospitalar de ansiedade e depressão: estudo da validade de critério e da confiabilidade com pacientes no pré-operatório. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 57(1), 52–62. doi:10.1590/S0034-70942007000100006
- Marconi, M. & Lakatos, E. (2007). *Metodologia do Trabalho Científico* (5ª ed.). São Paulo: Editora Atlas SA.
- Marin, M. & Angerami, E. (2002). Caracterização de um grupo de idosas hospitalizadas e seus cuidadores visando o cuidado para alta hospitalar. *Revista Da Escola de Enfermagem Da U S P*, 36(1), 33–41. doi:10.1590/S0080-62342002000100006
- Marques, R. (2011). Readmissão dos doentes dependentes no serviço de urgência: estudo de alguns factores. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(3), 95 – 104.
- Martins, R. & Mestre, M. (2014). Esperança e Qualidade de Vida em Idosos. *Millenium*, 47 (jun/dez), 153 – 162.
- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Messias, D. & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12 – 28.
- Melo, R., Rua, M. & Santos, C. (2014). Necessidades do cuidador familiar no cuidado à pessoa dependente. *Revista de Enfermagem Referência*, 2(4), 143 –151.
- Monteiro, M.(2010). *Vivências dos cuidadores familiares em internamento hospitalar – o início da dependência*. (Disertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem) Universidade de Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar
- Morris, D. (2006). A Prática de Enfermagem junto de Idosos. In Lusociência (Ed.), *Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica* (6ª ed., pp. 81 – 100). Loures.
- Oliveira, D. & Elboux, M. (2012). Estudos nacionais sobre cuidadores familiares de idosos: revisão integrativa. *Rev Bras Enferm*, 65 (5), 829–838.
- Oliveira, M., Campos, M., Padilha, J., Pereira, F. & Sousa, P. (2011). Exploring the family caregiving phenomenon in nursing documentation. *Online J Nursing Informatics*, 15.
- Oosterveer, D., Mishre, R., Van Oort, A., Bodde, K. & Aerden, L. (2014). Anxiety and low life satisfaction associate with high caregiver strain early after stroke. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 46(2), 139–143. doi:10.2340/16501977-1250

- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual, enunciados descritivos*. Lisboa
- Ordem dos Enfermeiros. (2010a). Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista. Acedido em <http://www.ordemenfermeiros.pt>
- Ordem dos Enfermeiros. (2010b). Regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Acedido em <http://www.ordemdosenfermeiros.pt>
- Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R. & Baltar, M. (2007). Validation study of a Portuguese version of the hospital anxiety and depression scale. *Psychology, Health & Medicine*, 12(2), 225 – 237.
- Park, H., Branch, L., Bulat, T., Vyas, B. & Roevers, C. (2013). Influence of a transitional care clinic on subsequent 30-day hospitalizations and emergency department visits in individuals discharged from a skilled nursing facility. *Journal of the American Geriatrics Society*, 61(1), 137–42. doi:10.1111/jgs.12051
- Pereira, H. (2011). *Subitamente cuidadores informais*. (Tese de Doutoramento em Enfermagem) Universidade de Lisboa.
- Pereira, I. & Paiva e Silva, A. (2012). Ser cuidador familiar: A perceção do exercício do papel. *Pensar Enfermagem*, 1(16), 42 – 54.
- Pestana, M. & Gageiro, J. (2014). *Análise de dados para Ciências Sociais: A complementariedade do SPSS* (6.^a ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Petronilho, F. (2007). *A preparação para voltar para casa: a evolução do estado de saúde de dependentes clientes e do nível de conhecimento e capacidades do cuidador familiar*. Coimbra: Formasau.
- Polit, D. & Hungler, B. (1995). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Pompeo, D. & Pinto, M. (2007). Atuação do enfermeiro na alta hospitalar: reflexões a partir dos relatos de pacientes. *Acta Paul Enferm*, 20(3).
- PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde. Divisão de Saúde no Ciclo de Vida e em Ambientes Específicos. (Portugal. Directorate-General of Health. Department of Health along the life cycle and in specific environments). (2006). *National Programme for the Elimination of*. Lisbon.
- Portaria n.º 38/2013 (30 de janeiro). Estabelece condições de instalação e funcionamento do serviço de apoio domiciliário, [Portugal]. *Diário da República*, 1.ª Série, pp. 605 - 608. Acedido em <http://www.seg-social.pt/document>
- Santos, A. & Pavarini, S. (2012). Funcionalidade familiar de idosos com alterações cognitivas: a perceção do cuidador. *Rev Esc Enferm USP*, 46 (5), 1141–1147. doi:10.1590/S0080-62342012000500015

- Suzana, A; Cunha, M. & Rodrigues, V. (2011). O Cuidado como Realidade Cultural que Emerge na Família. *Millenium*, 41 (julho/dezembro), 149 – 151.
- Stone, K. (2013). Enhancing preparedness and satisfaction of caregivers of patients discharged from an inpatient rehabilitation facility using an interactive website. *Rehabilitation Nursing : The Official Journal of the Association of Rehabilitation Nurses*, 39(2), 76–85. doi:10.1002/rnj.123
- Teixeira, E. (2001). *As três metodologias: Acadêmica, da Ciência e da Pesquisa* (5ª ed.). Belém: Unama.
- Tomomitsu, M., Perracini, M. & Neri, A. (2014). Fatores associados à satisfação com a vida em idosos cuidadores e não cuidadores. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(8), 3429–3440. doi:10.1590/1413-81232014198.13952013

APÊNDICES

Apêndice I – Pedido de autorização de colheita de dados

Direcção de Enfermagem
11 DEZ. 2015
303/2015

Exmo. Sr. Enfermeiro Diretor do Centro Hospitalar do Algarve,
Enf.º José Vieira dos Santos,

CHAlgarve
SGP
N.º 52569-10-11/2015

Assunto: Pedido de Autorização para efetuar um estudo no Centro Hospitalar do Algarve (CHA), no âmbito de uma dissertação de mestrado.

Eu, Ana Sofia Marques Rodrigues, Mestranda em Enfermagem de Reabilitação na Escola Superior de Saúde de Viseu, e a exercer funções como Enfermeira no Serviço de Medicina I do Centro Hospitalar do Algarve (nº mec. 4360), sob orientação científica da Professora Doutora Rosa Martins, venho por este meio solicitar a sua anuência para realizar dentro da mesma instituição um estudo subordinado ao tema:

"Perceção dos cuidadores informais sobre o planeamento da alta"

O presente estudo tem como objetivo principal avaliar a perceção dos cuidadores informais sobre o planeamento da alta dos idosos internados. Pretende-se assim, medir a perceção dos cuidadores relativamente à qualidade das atividades hospitalares no âmbito do planeamento da alta no serviço de Medicina I do Centro Hospitalar do Algarve – Unidade de Faro e concomitantemente analisar a relação com indicadores do contexto familiar, clínico e psicossociais.

De ressaltar, que em todas as fases do processo será mantida a confidencialidade dos dados recolhidos e que não implicará qualquer tipo de encargos financeiros à instituição.

Em anexo junto especificações refere ao estudo supramencionado, bem como o instrumento de colheita de dados.

Com os melhores cumprimentos
10 de Novembro de 2015

AUTORIZADO
11/12/2015
Vieira dos Santos
Enfermeiro, Diretor
Centro Hospitalar do Algarve, E.P.E.

Ana Rodrigues
Mestranda Ana Rodrigues
Contactos: ana.s.rodrigues@gmail.com | Tel. 918913722

INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU
Escola Superior de Saúde de Viseu
R. D. João Crisostomo Gomes de Almeida, nº 102 3500 – 843 VISEU

VI
450-2015

HOSPITAL DE FARO, E.P.E.
Centro de Formação,
Investigação e Desenvolvimento
Entrada 11/12/2015

Conselho de Administração
Entrada nº 3037
Data 11/10/2015

Apêndice II – Formulário de Consentimento



FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO

Perceção dos cuidadores informais sobre o planeamento da alta



Reconheço que os procedimentos de investigação me foram explicados e que me responderam de forma satisfatória a todas as minhas questões. Advertiram-me das outras possibilidades quanto à participação neste estudo. Compreendo igualmente as vantagens da participação neste estudo. Compreendo que tenho direito de colocar, agora e durante o desenvolvimento do estudo, qualquer questão sobre o estudo, a investigação ou os métodos utilizados. Asseguraram-me que os processos que me dizem respeito serão guardados de forma confidencial, sendo a minha identidade preservada.

Aceito participar de livre vontade no presente estudo. Compreendo que sou livre de a qualquer momento desistir da participação neste estudo.

Concordo que sejam efetuados os inquéritos e que sejam trabalhados os dados daí obtidos. Também autorizo a divulgação dos resultados obtidos no meio científico, garantido o anonimato.

Nome: _____

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Autora: Enf.^a Ana Rodrigues, Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação do serviço de Medicina 1 do Centro Hospitalar do Algarve – Unidade de Faro e estudante do 5º Curso do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde de Viseu

ANEXOS

Anexo I – Instrumento de colheita de dados

PARTE I – DADOS DO CUIDADOR INFORMAL

CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICAS

1. **Género:**
Masculino Feminino
2. **Idade:** _____ anos
3. **Estado Civil:**
Casado(a)/ União de facto Divorciado(a)/ Separado(a) Viúvo(a) Solteiro(a)
4. **Habilitações Literárias:**
- | | |
|---|--------------------------|
| Saber ler e escrever | <input type="checkbox"/> |
| 1º Ciclo Escolar (4ª Classe) | <input type="checkbox"/> |
| 2º Ciclo Escolar (9º ano ou antigo 5º ano) | <input type="checkbox"/> |
| 3º Ciclo Escolar (11º ano ou antigo 7º ano) | <input type="checkbox"/> |
| 12º ano ou equivalente | <input type="checkbox"/> |
| Curso Superior | <input type="checkbox"/> |

CARACTERIZAÇÃO PROFISSIONAL

5. **Situação Profissional:**
- | | |
|---------------------------|--------------------------|
| Empregado | <input type="checkbox"/> |
| Empregado a tempo parcial | <input type="checkbox"/> |
| Reformado(a) | <input type="checkbox"/> |
| Desempregado(a) | <input type="checkbox"/> |
| Doméstica | <input type="checkbox"/> |
| Estudante | <input type="checkbox"/> |
6. **Horário de Trabalho:**
- | | | |
|--|--|--|
| Tempo Inteiro <input type="checkbox"/> | Tempo Parcial <input type="checkbox"/> | Não aplicável <input type="checkbox"/> |
|--|--|--|
- Em que tipo de horário?
- | | |
|------------------------------|--------------------------|
| Horário de Trabalho diurno | <input type="checkbox"/> |
| Horário rotativo/ por turnos | <input type="checkbox"/> |
| Horário flexível | <input type="checkbox"/> |
| Isenção de horário | <input type="checkbox"/> |

7. Vínculo Laboral:Dependente (Contrato por conta de outrem) Qual o tipo?Efetivo Contrato a termo certo Contrato a prazo Contrato a termo parcial (Part-time) Sem Contrato Independente Tempo Parcial **CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO FAMILIAR****8. Agregado Familiar:**

Número de membros: _____

9. Existência de filhos a cargo:Sim Não **10. Parentesco com a pessoa a quem presta cuidados:**Cônjuge/Companheiro(a) Filho(a) Irmã(o) Nora/Genro Outro

Quem: _____

11. Distância geográfica em relação à pessoa:Mesma residência Mesma rua/bairro Mesma localidade Outra localidade **12. Tempo de prestação de cuidados à pessoa:**Menos de 3 meses Entre 3 meses a 6 meses Entre 6 meses a 1 ano Entre 1 ano a 3 anos Entre 3 a 6 anos Mais de 6 anos **13. Tipo de cuidados prestados à pessoa:**Higiene Vestir/Despir Alimentação Mobilização Ir à casa de banho Outros Qual: _____

14. Ajuda regular na prestação de cuidados por outros familiares:

Quase sempre Algumas vezes Quase nunca

15. Apoio recebido pela rede formal:

Sim

Qual:

Apoio domiciliário

Centro de Dia

Outro

Não

16. Presta cuidados a mais alguém?

Sim Quem: _____

Não

PARTE II – DADOS DA PESSOA A QUEM PRESTA CUIDADOS

CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICAS

17. Género:

Masculino

Feminino

18. Idade: _____ anos

19. Estado Civil:

Casado(a)/ União de facto

Divorciado(a)/

Viúvo(a)

Solteiro(a)

Separado(a)

CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO CLÍNICO

20. Antecedentes Pessoais:

Doenças Cardiovasculares

Doenças Respiratórias

Doenças Digestivas

Doenças Genito-urinárias

Doenças do Sistema Músculo-esquelético

Doenças do Sistema Nervoso

Neoplasias

21. Número de internamentos anteriores nos últimos 12 meses: _____

Motivo: _____

22. Número de dias do internamento atual: _____

23. Motivo do internamento atual:

Patologia Cardíaca

Patologia Respiratória

Patologia Renal

- Patologia Neurológica
- Patologia Endócrina e Metabólica
- Doenças infecciosas

Grau de Dependência (Índice de Barthel)

Evacuar: () 0 – Incontinente (ou precisa que lhe façam um enema) () 1 – Acidente Ocasional (uma vez por semana) () 2 – Contínente	Deslocações: () 0 – Incapaz (não tem equilíbrio ao sentar-se) () 1 – Grande ajuda física (uma ou duas pessoas), mas consegue sentar-se () 2 – Pequena ajuda (verbal ou física) () 3 – Independente
Urinar: () 0 – Incontinente ou cateterizado e incapacitado para o fazer () 1 – Acidente Ocasional (máximo uma vez em 24 horas) () 2 – Contínente (por mais de 7 dias)	Mobilidade: () 0 – Imobilizado () 1 – Independente na cadeira de rodas incluindo cantos, etc. () 2 – Anda com ajuda de uma pessoa (verbal ou física) () 3 – Independente (alguns tem a ajuda de uma bengala)
Higiene Pessoal: () 0 – Necessita de ajuda com o cuidado pessoal () 1 – Independente no barbear, dentes, rosto e cabelos (utensílios fornecidos)	Vestir-se: () 0 – Dependente () 1 – Precisa de ajuda, mas faz cerca de metade sem ajuda () 2 – Independente (incluindo botões, fechos e atacadores)
Ir à casa de banho: () 0 – Dependente () 1 – Precisa de ajuda mas consegue fazer algumas coisas sozinho () 2 – Independente	Escadas: () 0 – Incapaz () 1 – Precisa de ajuda (verbal, física, ajuda carregando) () 2 – Independente para subir e descer
Alimentar-se: () 0 – Incapaz () 1 – Precisa de ajuda para cortar, barrar a manteiga, etc. () 2 – Independente (a comida é providenciada)	Tomar banho: () 0 – Dependente () 1 – Independente (ou chuveiro)

Dependência muito grave: 0 – 4; Dependência grave: 5 – 9; Dependência moderada: 10 – 14; Dependência ligeira: 15 – 19; Independente: 20

PARTE III – QUESTIONÁRIO DE PLANEAMENTO DA ALTA (PREPARED)

(Questionário criado em 2001 por Grimmer, validado para a população portuguesa por Ferreira, P.; Mendes, A; Fernandes, I. e Ferreira, R. (2011))

Nesta secção pretende-se apenas conhecer a sua perceção sobre a qualidade das atividades hospitalares no âmbito do planeamento da alta. Por favor, para cada uma das questões, escolha a resposta, que melhor representa a sua opinião.

INFORMAÇÃO SOBRE ESTRUTURAS DE APOIO

24. **Informação sobre como conseguir AVD:**
As necessárias Algumas, não suficientes Nenhumas
25. **Informação sobre existência de serviços comunitários:**
As necessárias Algumas, não suficientes Nenhumas
O doente não necessita
26. **Alguém arranjou serviços comunitários:**
Sim Não Serviços já existiam Serviços não necessários
27. **Informação sobre Equipamento:**
As necessárias Algumas, não suficientes Nenhumas
Serviços não necessários
28. **Alguém arranjou Equipamento:**
Sim Não Serviços já existiam Serviços não necessários

INFORMAÇÃO SOBRE MEDICAÇÃO

29. **Informação sobre medicação a levar para casa:**
As necessárias Algumas, não suficientes Nenhumas
Não tomou medicação
30. **Informação sobre efeitos secundários da medicação:**
As necessárias Algumas, não suficientes Nenhumas
Não tomou medicação
31. **Informação sobre como conseguir prestar cuidados:**
As necessárias Algumas, não suficientes Nenhumas

PREPARAÇÃO PARA A REINTEGRAÇÃO

32. **Informação para preparar o dia-a-dia em casa:**
Sim Não
33. **Preocupação com os cuidados a prestar ao doente:**
Sim Não

CONTROLO SOBRE AS CIRCUNSTÂNCIAS

34. **Confiança para executar as tarefas diárias em casa:**
Sim Não sei bem Não
35. **Atraso no dia da alta do hospital:**
Sim Não
36. **Em geral, até que ponto se sentiu preparado para regressar a casa:**
Muito preparado Preparado Sem preparação

37. Foi feita alguma coisa para lidar com as suas preocupações:

Sim Não

38. Se já recebeu serviços comunitários, foram ao encontro das suas necessidades:

Não recebeu Satisfeito Não Satisfeito

39. Se o equipamento já foi fornecido, foi ao encontro das suas necessidades:

Não recebeu Satisfeito Não Satisfeito

CARACTERIZAÇÃO PSICOSSOCIAL

PARTE IV – ESCALA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO HOSPITALAR - HADS

(Escala criada em 1983 por Zigmond & Snaith, traduzida e adaptada para a língua portuguesa por Pais-Ribeiro et al, 2007)

Com este questionário pretende-se conhecer o seu estado emotivo, como se sente. Por favor, para cada uma das questões, escolha a resposta, que melhor descreve a forma como se tem sentido na última semana, assinalando apenas uma cruz em cada pergunta.

40. Sinto-me tenso/a ou nervoso/a:

Quase sempre Muitas vezes Por vezes Nunca

41. Ainda sinto prazer nas coisas de que costumava gostar:

Tanto como antes Não tanto agora Só um pouco Quase nada

42. Tenho uma sensação de medo, como se algo terrível estivesse para acontecer:

Sim e muito forte Sim, mas não muito forte Um pouco, mas não me aflige
De modo algum

43. Sou capaz de rir e ver o lado divertido das coisas:

Tanto como antes Não tanto como antes Muito menos agora Nunca

44. Tenho a cabeça cheia de preocupações:

A maior parte do tempo Muitas vezes Por vezes Quase nunca

45. Sinto-me animado/a:

Nunca Poucas vezes De vez em quando Quase sempre

46. Sou capaz de estar descontraidamente sentado/a e sentir-me relaxado/a:

Quase sempre Muitas vezes Por vezes Nunca

47. Sinto-me mais lento/a, como se fizesse as coisas mais devagar:

Quase sempre Muitas vezes Por vezes Nunca

48. Fico de tal forma apreensivo/a (com medo), que até sinto um aperto no estomago:

Nunca Por vezes Muitas vezes Quase sempre

49. Perdi o interesse em cuidar do meu aspeto físico:

Completamente Não dou atenção que devia Talvez cuide menos que antes

Tenho o mesmo interesse de sempre

50. Sinto-me de tal forma inquieto/a que não consigo estar parado/a:

Muito Bastante Não muito Nada

51. Penso com prazer nas coisas que podem acontecer no futuro:

Tanto como antes Não tanto agora Bastante menos agora Quase nunca

52. De repente, tenho sensações de pânico:

Muitas vezes Bastantes vezes Por vezes Quase nunca

53. Sou capaz de apreciar um bom livro ou um programa de rádio ou televisão:

Muitas vezes De vez em quando Poucas vezes Quase nunca