



Revista INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM

Nº22 SÉRIE 2 - FEVEREIRO 2018

SUMÁRIO / SUMMARY

EDITORIAL	7
EFICÁCIA DO BIOFEEDBACK NA REDUÇÃO DA ANSIEDADE – SUA POTENCIALIDADE COMO INTERVENÇÃO DO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA <i>EFFICACY OF BIOFEEDBACK IN REDUCING ANXIETY – ITS POTENTIAL AS A NURSING INTERVENTION SPECIALIST IN MENTAL AND PSYCHIATRIC HEALTH NURSING</i> <i>LA EFICACIA DE BIOFEEDBACK EN LA REDUCCIÓN DE LA ANSIEDAD – SU POTENCIAL COMO INTERVENCIÓN DE LO ENFERMERO ESPECIALISTA EN SALUD MENTAL Y PSIQUIATRÍA</i> <i>Hélia Morais; Marco Correia; Sara Vicente; Rosa Lopes</i>	9
OXIGENOTERAPIA POR CÂNULA NASAL DE ALTO FLUXO: EFICÁCIA NO DOENTE CRÍTICO <i>HIGH FLOW NASAL CANNULA OXYGEN THERAPY: CRITICAL PATIENT EFFICACY</i> <i>OXIGENOTERAPIA POR CÁNULA NASAL DE ALTO FLUJO: EFICACIA EN EL PACIENTE CRÍTICO</i> <i>Silana Ferreira Lopes; Isabel Maria Batista de Araújo</i>	21
EVENTOS ADVERSOS DURANTE O TRANSPORTE DA PESSOA COM SÍNDROME CORONÁRIA AGUDA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA <i>ADVERSE EVENTS DURING TRANSPORTATION OF ACUTE CORONARY SYNDROMES: AN INTEGRATIVE REVIEW OF LITERATURE</i> <i>EVENTOS ADVERSOS DURANTE EL TRANSPORTE DE LA PERSONA CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO: UNA REVISIÓN INTEGRATIVA DE LA LITERATURA</i> <i>Rita Silva; Florinda Galinha de Sá</i>	31
SATISFAÇÃO DO FAMILIAR CUIDADOR SOBRE O PLANEAMENTO DA ALTA HOSPITALAR <i>SATISFACTION OF THE FAMILY CAREGIVER ABOUT THE HOSPITAL DISCHARGE PLANNING</i> <i>SATISFACCIÓN DEL FAMILIAR CUIDADOR SOBRE LA PLANIFICACIÓN DEL ALTA HOSPITALARIA</i> <i>Joana Filipa Silva Pereira; Fernando Alberto Soares Petronilho</i>	42



Revista

INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM

REVISTA INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM

Publicação /Periodicity

Trimestral/quarterly

DIRECTOR/MANAGING DIRECTOR

Arménio Guardado Cruz

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

CONSELHO EDITORIAL/EDITORIAL BOARD

Luís Miguel Nunes de Oliveira (Escola Superior de Enfermagem de Coimbra);

Vanda Marques Pinto (Escola Superior de Enfermagem de Lisboa);

Maria do Céu Aguiar Barbiéri Figueiredo (Escola Superior de Enfermagem do Porto);

António Fernando Salgueiro Amaral (Escola Superior de Enfermagem de Coimbra);

Nídia Salgueiro (Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, aposentada);

Rui Manuel Jarró Margato (Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra)

CONSELHO CIENTÍFICO/SCIENTIFIC BOARD / CORPO DE REVISORES/PEER REVIEWES

Aida Cruz Mendes, PhD, *Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*

António Marcos Tosoli Gomes, PhD, *Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil*

Arménio Guardado Cruz, PhD, *Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*

Célia Samarina Vilaça Brito Santos, PhD, *Escola Superior de Enfermagem do Porto*

Clara de Assis Coelho de Araújo, PhD, *Instituto Politécnico de Viana do Castelo*

Élvio Henrique de Jesus, PhD, *Centro Hospitalar do Funchal*

Fernando Alberto Soares Petronilho, PhD, *Universidade do Minho, Braga*

José Carlos Pereira dos Santos, PhD, *Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*

Manuel José Lopes, PhD, *Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus, Universidade de Évora*

Manuela Frederico, PhD, *Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*

Margarida da Silva Neves de Abreu, PhD, *Escola Superior de Enfermagem do Porto*

Maria Antónia Rebelo Botelho, PhD, *Escola Superior de Enfermagem de Lisboa*

Maria Arminda da Silva Mendes Costa, PhD, *Escola Superior de Enfermagem do Porto, ICBAS.*

Maria de Fátima Montovani, PhD, *Universidade Federal do Paraná - Brasil*

Maria dos Anjos Pereira Lopes, PhD, *Escola Superior de Enfermagem de Lisboa*

Maria Manuela Ferreira Pereira da Silva Martins, PhD, *Escola Superior de Enfermagem do Porto*

Marta Lima Basto, PhD, *Unidade de Investigação e Desenvolvimento em Enfermagem*

Paulino Artur Ferreira de Sousa, PhD, *Escola Superior de Enfermagem do Porto*

Paulo Joaquim Pina Queirós, PhD, *Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*

Pedro Miguel Dinis Parreira, PhD, *Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*

Teresa Martins, PhD, *Escola Superior de Enfermagem do Porto*

Zuila Maria Figueiredo Carvalho, PhD, *Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia Odontologia e Enfermagem, Departamento de Enfermagem, Fortaleza, Brasil.*

Wilson Jorge Correia de Abreu, PhD, *Escola Superior de Enfermagem do Porto*

Propriedade e Administração/Ownership

Formasau, Formação e Saúde, Lda. | Parque Empresarial de Eiras, lote 19 | 3020-265 Coimbra | Telef. 239 801020 Fax. 239 801029

NIF 503 231 533 | Soc. por Quotas - Cap. Social 21 947,09€

Internet - www.sinaisvitais.pt/ E-mail - suporte@sinaisvitais.pt

Grafismo/Graphic Design - Formasau, Formação e Saúde, Lda.

Registo ICS: 123 486

ISSN: 2182-9764

Depósito Legal/Legal Deposit: 145933 /2000

SATISFAÇÃO DO FAMILIAR CUIDADOR SOBRE O PLANEAMENTO DA ALTA HOSPITALAR

Joana Filipa Silva Pereira⁽¹⁾; Fernando Alberto Soares Petronilho⁽²⁾



Resumo

Introdução: A preparação do regresso a casa após a alta hospitalar é um processo complexo e multidimensional que deve ser iniciado no dia da admissão do doente. Deste modo, é permitida a organização das respostas dos serviços de saúde e de apoio social necessárias à sua reintegração na comunidade. Nesta perspetiva, na ausência de profissionais de saúde, emerge a necessidade de capacitar os membros da família – familiares cuidadores – como recurso essencial nas respostas adequadas às necessidades dos dependentes. **Objetivos:** Conhecer o nível de satisfação dos familiares cuidadores relativamente à preparação do regresso a casa do doente dependente para o autocuidado. **Metodologia:** Estudo descritivo-exploratório constituído por uma amostra de 30 familiares cuidadores identificados num Hospital da região Norte de Portugal, através de um processo de amostragem não probabilística acidental. Como instrumento de colheita de dados foi utilizado o Questionário PREPARED (versão cuidador). Ao longo do desenvolvimento deste estudo foram garantidos os princípios éticos inerentes aos participantes (aceitação voluntária e informada de participação no estudo e confidencialidade dos dados), bem como os pedidos às entidades envolvidas e respectivas comissões de ética. **Resultados:** Na avaliação dos vários itens do questionário verificou-se que no domínio das informações sobre medicação foram fornecidas as informações necessárias, em contraponto com as informações sobre como prestar cuidados pessoais ao doente. Quanto à gestão das tarefas habituais do familiar cuidador estas foram avaliadas como insuficientes. Estes fatores conduziram à perceção dos familiares cuidadores de que a preparação da alta podia, globalmente, ter sido mais bem implementada. **Conclusões:** O presente estudo revelou que os familiares cuidadores apresentam carências específicas em alguns domínios inerentes ao processo de cuidar, mais especificamente nas actividades de tomar conta. O desenvolvimento integrado de um programa de formação personalizado e baseado na evidência deve apresentar-se como um recurso à tomada de decisão dos profissionais de enfermagem, permitindo ir ao encontro das necessidades não satisfeitas dos familiares cuidadores, com o intuito de aumentar o seu nível de confiança e segurança para o desenvolvimento das atividades de tomar conta

Palavras-chave: Satisfação; familiar cuidador; alta hospitalar; enfermagem

Abstract

SATISFACTION OF THE FAMILY CAREGIVER ABOUT THE HOSPITAL DISCHARGE PLANNING

Introduction: The preparation of the back home process after hospital discharge is a complex and multidimensional process that should begin in the day of the patient admission. Given this, it is allowed the adequate planning of all the responses from the health and social services needed for the reintegration of the patient in the community. In this perspective, and in the absence of health professionals, it emerges the need to give competences to the family members – family caregivers – as an essential resource in the adequate responses through the necessities of the dependents. **Objectives:** Know the level of satisfaction of the family caregivers about the preparation of the back home of patients dependent for the self-care. **Methodology:** Descriptive-exploratory study based on 30 family caregivers identified in an Hospital of the North region of Portugal, using a non-probabilistic accidental sampling. As the instrument of data collection it was applied the Questionnaire PREPARED (caregiver version). During the study it were assured all the ethical principles related with participants (voluntary and informed acceptance of participation in the study and confidentiality of data), as also the needed requests of authorization to all the involved entities and respective ethical committees. **Results:** In the evaluation of several items of the questionnaire it was verified that in the domain of information about medication it were given all the needed information, while the information about how to give personal care to the patients were not. Considering the management of daily activities of the family caregiver it was evaluated as insufficient. These factors lead to the perception of the family caregivers that the preparation of the patient back home would be better implemented. **Conclusion:** The presente study revealed that familiar caregivers presente some needs regarding the domain related with care, more specifically in the activities of taking care. The development of an integrated program of personalized education based on evidency should be presented as an important resource for the decision making of nursing professionals, allowing to solve the identified needs of the family caregivers, in order to increase their level of confidence and security for the development of the activities of taking care.

Keywords: Satisfaction; family caregiver; hospital discharge; nursing

Resumen

SATISFACCIÓN DEL FAMILIAR CUIDADOR SOBRE LA PLANIFICACIÓN DEL ALTA HOSPITALARIA

Introducción: La preparación del regreso a casa después del alta hospitalaria es un proceso complejo y multidimensional que debe iniciarse el día de la admisión del paciente. De este modo, se permite la organización de las respuestas de los servicios de salud y de apoyo social necesarias para su reintegración en la comunidad. En esta perspectiva, en ausencia de profesionales de salud, emerge la necesidad de capacitar a los miembros de la familia – familiares que cuidan del enfermo - como recurso esencial en las respuestas adecuadas a las necesidades de los dependientes. **Objetivos:** Conocer el nivel de satisfacción de los familiares cuidadores en lo concerniente a la preparación del regreso del paciente a su hogar, con el fin de que se a autosuficiente. **Metodología:** Estudio descriptivo-exploratorio constituído por una muestra de 30 familiares identificados en un Hospital de la región Norte de Portugal, utilizando un muestreo accidental no probabilístico. Como instrumento de recolección de datos se utilizó el Cuestionario PREPARED (versión cuidador). Durante el estudio se aseguraron todos los principios éticos relacionados con los participantes (aceptación voluntaria e informada de participación en el estudio y confidencialidad de los datos), así como las solicitudes de autorización necesarias para todas las entidades involucradas y los respectivos comités de ética. **Resultados:** En la evaluación de los diversos elementos del cuestionario se verificó que la información dada en lo referente a la descripción de los medicamentos fue la necesaria, en contraposición a que se refiere a la cómo prestar cuidados personales a uno de los pacientes. En cuanto a la gestión de las tareas habituales del familiar cuidador, estas fueron evaluadas como insuficientes. Estos factores condujeron a la percepción de los familiares cuidadores de que la preparación del alta podía, globalmente, haber sido mejor implementada. **Conclusión:** El presente estudio reveló que los familiares cuidadores presentan algunas necesidades con respecto al dominio relacionado con la atención, más específicamente en las actividades de atención. El desarrollo de un programa integrado de educación personalizada basada en evidencias debe ser presentado como un recurso importante para la toma de decisiones de profesionales de enfermería, permitiendo ir al encuentro de las necesidades no satisfechas de los familiares cuidadores, con el fin de aumentar su nivel de confianza y seguridad para el desarrollo las actividades de cuidar. **Palabras clave:** Satisfacción; familiar cuidador; alta hospitalaria; enfermería

Rececionado em novembro 2017. Aceite em janeiro 2018

⁽¹⁾Licenciatura em Enfermagem pela Universidade do Minho, Mestre em Ciências da Enfermagem no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar no Porto. Enfermeira no Serviço de Medicina Interna do Hospital de Braga

⁽²⁾Doutor em Enfermagem, Mestre em Ciências de Enfermagem e Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Professor na Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho

FUNDAMENTAÇÃO

Atualmente, em Portugal, tem-se vindo a assistir a um aumento da esperança média de vida, à diminuição das taxas de mortalidade e diminuição da taxa de fertilidade que traduzem o fenómeno do envelhecimento da população (Petronilho et al., 2017) sendo já estimado que entre 2012 e 2060 o índice de envelhecimento aumente de 131 para 307 idosos por cada 100 jovens (Instituto Nacional de Estatística, 2014).

Esta realidade torna evidente a necessidade na assistência a pessoas idosas e dependentes no autocuidado, uma vez que os hospitais ao preconizarem uma abordagem centrada no tratamento da doença e em períodos de internamentos cada vez mais curtos, dificultam a aquisição das condições necessárias para a recuperação total do indivíduo (Grimmer & Moss, 2001).

Perante esta problemática, a família vê-se “obrigada” a definir estratégias que garantam a continuidade de cuidados para o seu familiar, sendo, na sua maioria, a própria a assumir o desempenho deste papel.

Estudos realizados na última década em território português no âmbito de programas de doutoramento em enfermagem revelam que das cerca de quatro milhões de famílias clássicas existentes, aproximadamente 2,9% integram, pelo menos, um familiar dependente. Destes, uma parte substantiva são «acamados», contabilizando cerca de 48 mil casos (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2015).

Deste modo, é inegável que a aquisição do papel de familiar cuidador (FC) é um processo complexo que decorre no seio de uma família devido a alterações na saúde dos seus elementos e que exige mudanças nos padrões de comportamento, bem como a aquisição de conhecimentos e competências do FC para a prestação informal de cuidados (Schumacher, Stewart, Archbold, Dodd, & Dibble, 2000).

A figura do membro da família que presta cuidados, denominado no presente artigo

como “familiar cuidador”, representa um elemento da rede social da pessoa dependente que assume a prestação de cuidados de forma informal e não remunerada (Lage, 2007).

A decisão de quem assumirá o papel de cuidador é, geralmente, um momento gerador de stress na família. Contudo, esta escolha tende a recair sobre o elemento que tem menos a perder com o desempenho deste papel e que apresenta disponibilidade durante todo o processo de preparação da alta (Tavares, 2011).

A literatura apresenta como perfil de cuidador a mulher, habitualmente com o grau de parentesco esposa, filha e/ou nora da pessoa dependente, com idade compreendida entre os 45 e os 60 anos, casada, doméstica e/ou desempregada, com baixa escolaridade e a coabitar com o familiar dependente (Martins, Ribeiro, & Garret, 2004; Petronilho, 2007).

A transição associada ao exercício do papel de prestador de cuidados é um processo moldado pela interação das pessoas envolvidas, na tentativa de dar resposta às necessidades específicas da pessoa dependente e exigências individuais do próprio FC (Schumacher et al., 2000), obrigando o prestador de cuidados a uma procura de novos conhecimentos sobre cuidados de saúde e respetivos apoios.

Neste sentido, este processo de transição deve apresentar-se como um foco central no exercício dos profissionais de Enfermagem, reforçando o seu papel como um recurso de saúde fundamental para a aquisição de conhecimentos e aptidões dos FC para prestarem cuidados ao dependente, bem como a elaboração de um plano de alta eficaz (Schumacher et al., 2000; Shuy, 2000).

O planeamento da alta hospitalar deve ser considerado um processo contínuo que deve ser iniciado no momento da admissão do doente e que permite identificar e organizar os serviços de saúde e de apoio na assistência aos indivíduos e seus familiares, visando sobretudo que estes sejam bem-sucedidos em termos de reintegração na comunidade no

período de pós-alta (Grimmer et al., 2006).

Nesta lógica de continuidade de cuidados e assumindo a necessidade de envolver e apoiar a família no processo de planeamento da alta hospitalar, surgiu a curiosidade de conhecer o estado da arte acerca da satisfação dos prestadores informais de cuidados sobre o processo de planeamento da alta hospitalar, bem como a existência de instrumentos que permitissem realizar essa avaliação.

Dessa pesquisa, foi notória a existência de diversos estudos que identificam as necessidades dos FC tendo por base a avaliação da sua qualidade de vida (Costa, 2013; Duggleby, Swindle, Peacock, & Ghosh, 2011; Petronilho, 2013; Whittingham, Barnes, & Gardiner, 2013), contudo são escassos os estudos que realizam uma avaliação de todo este processo, sendo este o fenómeno central deste estudo de investigação.

Este artigo é parte integrante da dissertação de mestrado em ciências da enfermagem com o título “O regresso a casa da pessoa dependente no autocuidado: satisfação do familiar cuidador sobre o planeamento da alta hospitalar”, concluída no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar-Universidade do Porto (2015).

MATERIAL E MÉTODOS

Tipo de Estudo

Foi desenvolvido um estudo de natureza descritiva-exploratória e de perfil quantitativo, pretendendo-se, assim, descrever o comportamento das variáveis que integram o instrumento de recolha de dados a utilizar – PREPARED (versão do cuidador) (Grimmer, Gill, Moss, & Hedges, 1998).

Amostra

A amostra é constituída por 30 FC de doentes internados nas unidades de Neurologia e Medicina Interna de um hospital do Norte do País.

Foram definidos os seguintes critérios de inclusão:

- Apresentar dependência em pelo menos

um domínio do autocuidado;

- Regresso direto ao domicílio no período pós-alta;
- Período de internamento igual ou superior a 5 dias;
- Idade do dependente e FC igual ou superior a 18 anos;

Instrumentos de colheita de dados

Para a recolha dos dados foi aplicado o Questionário PREPARED (versão do cuidador) (Grimmer, Gill, Moss, & Hedges, 1998) traduzido e validado para Língua Portuguesa (Ferreira, 2011).

Para além deste questionário foram recolhidas informações sociodemográficas do FC, informações relativas ao exercício do papel de cuidador, informações clínicas do doente, número de dias de internamento, informações sobre a necessidade de recorrer ao Serviço de Urgência após a alta e a necessidade de reinternamento, bem como a avaliação do nível de dependência no Autocuidado do doente.

A recolha de dados foi realizada através de contacto telefónico, entre o 7º e 10º dia após a alta hospitalar.

Embora o questionário apresente questões referentes a momentos distintos do processo de planeamento da alta hospitalar, nesta investigação, aptou-se por um contacto único, reportando sempre o participante para os diferentes momentos.

Procedimento de análise de dados

Para a análise e tratamento dos dados foi utilizada a aplicação informática Statistical Package for Social Sciences® (SPSS®) versão 23, sendo que todos os dados resultantes da análise inferencial evidenciam significado estatístico para $p < 0,05$.

Considerações Éticas

Com o intuito de garantir o cumprimento das normas éticas e deontológicas deste estudo, foi solicitada à Comissão de Ética do Hospital a autorização para o desenvolvimento desta investigação, as autorizações aos autores do instrumento de colheita de dados-

Questionário PREPARED- (versão original e versão traduzida para Língua Portuguesa), bem como a realização de um consentimento livre e esclarecido a todos os participantes.

RESULTADOS

Os resultados do presente estudo tiveram por base os dados de caracterização da amostra dos doentes e FC, bem como a estrutura global do instrumento de colheita de dados - Questionário PREPARED (versão cuidador).

Caracterização clínica e do nível de dependência para o autocuidado

A avaliação do nível de dependência (n=30) evidenciou um perfil de saúde caracterizado por “grandes dependentes”, isto é, 56,7% (n=17) dos doentes já eram dependentes no período anterior ao episódio de internamento, sendo que o período atual de internamento hospitalar foi, em média, de $23,8 \pm 18,2$ dias

Caracterização sociodemográfica dos familiares cuidadores

Dos 30 FC que integraram o estudo, verificou-se que eram maioritariamente do género feminino, com 90,0% (n=27) dos indivíduos estudados, com uma idade média de $46,3 \pm 12,4$ anos.

Verificou-se ainda que os FC são maioritariamente casados (76,7%), com o nível de instrução de ensino primário completo (56,7%), com uma relação de parentesco relativamente ao FC de filha/o (60,0%) ou por afinidade (20,0%) e em coabitação com o doente (80,0%).

No que diz respeito à experiência anterior no exercício do papel de cuidador, verifica-se que uma percentagem considerável já assumia o papel (53,3%). Denotou-se ainda que a assunção deste papel exigiu a necessidade de apoio de outros familiares e/ou amigos em 66,7% dos casos.

Satisfação do Familiar Cuidador com o planeamento da alta - Aplicação do Questionário PREPARED

Na análise das variáveis do Questionário PREPARED optou-se por realizar uma

descrição de acordo com os cinco momentos principais do processo de planeamento da alta: i) Durante o internamento hospitalar; ii) No momento da alta hospitalar; iii) Após o regresso a casa (período inferior a 7 dias); iv) Na primeira semana após o regresso a casa; v) Recordando o momento da alta hospitalar.

Durante o internamento hospitalar

É inegável que durante o período de internamento hospitalar há necessidade de informação, educação, encorajamento e suporte aos FC nas diversas dimensões do cuidar, e que estes devem ser focos de atenção por parte da equipa de enfermagem, dado que os enfermeiros se encontram numa posição privilegiada para identificar e satisfazer as necessidades dos FC independentemente do seu tipo, sejam ao nível das informações sobre a medicação, como do apoio comunitário e equipamentos ou da gestão de tarefas.

Os resultados das questões sobre as diversas informações fornecidas aos FC apresentam-se descritos na Tabela 1.

Tabela 1- Distribuição da amostra de acordo com as questões referentes às informações sobre medicação, efeitos secundários da medicação, prestação de cuidados ao utente, serviços comunitários, equipamentos, gestão de tarefas habituais e serviços disponíveis para familiares cuidadores

Informações sobre medicação	n	%
As necessárias	20	66,7
Algumas, mas não foram suficientes	7	23,3
Nenhumas	2	6,7
O doente não está a tomar nenhuma medicação	1	3,3
Informações sobre efeitos secundários da medicação	n	%
As necessárias	4	13,3
Algumas, mas não foram suficientes	6	20,0
Nenhumas	19	63,3
O doente não está a tomar nenhuma medicação	1	3,3
Informações sobre prestação de cuidados ao doente	n	%
As necessárias	8	26,7
Algumas, mas não foram suficientes	7	23,3
Nenhumas	15	50,0
Informações sobre Serviços Comunitários	n	%
As necessárias	3	10,0
Algumas, mas não foram suficientes	6	20,0
Nenhumas	9	30,0
O doente não necessita	12	40,0
Informações sobre Serviços Equipamentos	n	%
As necessárias	4	13,3
Algumas, mas não foram suficientes	3	10,0
Nenhumas	9	30,0
O doente não necessita	14	46,7
Informações sobre gestão das tarefas habituais do cuidador	n	%
Sim	3	10,0
Não	27	90,0
Informações sobre serviços disponíveis para cuidadores	n	%
Sim	3	10,0
Não	27	90,0

No momento da alta hospitalar

Reportando o momento da alta hospitalar, foi colocada a questão ao FC “Até que ponto se sentiu confiante para prestar cuidados em casa?”, obtendo-se o assumir do sentimento

de confiança para prestar cuidados em 76,7% dos casos e o reconhecimento da insegurança em 23,3% (ver tabela 2).

Tabela 2-Distribuição da amostra relativamente à confiança para prestar cuidados em casa.

Confiança nos cuidados antes da alta	n	%
Com confiança	23	76,7
Inseguro	7	23,3
Sem confiança	0	0

Após o regresso a casa (período inferior a 7 dias)

Passado o episódio de internamento da pessoa dependente, o processo de adaptação do FC ao seu papel torna-se inevitável. É neste momento que o FC enfrenta as primeiras dificuldades e manifesta as suas dúvidas, percecionando a falta de recursos disponíveis e as alterações significativas no contexto do cuidado – do hospital para casa (Petronilho, 2013; Schumacher et al., 2000; Shuy, 2000).

Assim, a tabela 3 analisa as respostas às questões “Anda preocupado, com alguma coisa que diga respeito aos cuidados que tem de prestar ao/ a doente em casa?” e “Foi feita alguma coisa para lidar com essa preocupação?”.

Tabela 3 - Distribuição da amostra relativamente à presença de preocupações do familiar cuidador e à sua resolução.

Presença de Preocupações		
	n	%
Sim	20	66,7
Não	10	33,3
Resolução das Preocupações		
	n	%
Sim	1	5,0%
Não	29	95,0%

Por seu lado, foi avaliada a adequação dos serviços comunitários e equipamentos disponibilizados para o FC (ver tabela 4):

Tabela 4- Distribuição da amostra segundo a adequação e tipo de serviços comunitários e equipamentos

Serviços Comunitários Adequados		
	n	%
Não recebeu qualquer serviço Comunitário	20	66,7
Recebeu e foi ao encontro das necessidades	9	30,0
Recebeu e não foi ao encontro das necessidades	1	3,3
Tipos de Serviços Comunitários		
	n	%
Serviço de Apoio Domiciliário (SAD)	7	23,3
Equipa de Cuidados Continuados e Integrados (ECCI)	6	20,0
Equipamento adequados		
	n	%
Não foi fornecido qualquer equipamento	26	86,7
Recebeu e facilitou-me a vida	4	13,3
Recebeu e não facilitou a vida	0	0

Na primeira semana após o regresso a casa

Na primeira semana após o doente ter tido alta, questionou-se o cuidador sobre o seu estado de saúde, mais especificamente “A sua saúde ressentiu-se de modo a ter de recorrer a alguma destas pessoas mais vezes que o habitual?”. Aqui verificou-se que 10,0%

dos FC (n=3) assumiu ter sentido alterações no seu estado de saúde, tendo um dos casos a necessidade de recorrer a um médico especialista, e os outros 2 casos ao médico de família (ver Tabela 5).

Tabela 5-- Distribuição da amostra segundo a resposta à questão "A sua saúde ressentiu-se de modo a ter de recorrer a alguma destas pessoas mais vezes que o habitual?"

Repercussões na saúde do cuidador		
	n	%
Sim	3	10,0
Não	27	90,0
Profissionais consultados		
	n	%
Médico de Família	2	6,7
Médico Especialista	1	3,3

A sobrecarga deste papel vai-se manifestando não apenas no estado de saúde do FC, mas também no aumento dos encargos económicos e financeiros decorrentes das necessidades do doente. Na avaliação desta dimensão constatou-se que mais de metade

dos participantes (66,7%) assumiu ter mais gastos económicos, enquanto que nos restantes 33,3% esta necessidade não foi assumida.

Tabela 6- Distribuição da amostra segundo a resposta à questão “Na sequência do internamento do/a doente teve que gastar mais dinheiro?”

Aumento de gastos económicos	n	%
Sim	20	66,7
Não	9	33,3

Recordando o momento da alta hospitalar
Avaliando globalmente o processo de planeamento da alta hospitalar, foi colocada a seguinte questão ao FC: “Em geral, até que ponto se sentiu preparado para cuidar do/a doente em casa?”. Aqui verificou-se que

46,7% dos inquiridos assumiu que podia ter sido mais bem preparado, 23,3% considerou que foi completamente preparado e, ainda, que 30,0% da amostra afirmou que não houve preparação (ver tabela 7).

Tabela 7- Distribuição da amostra relativamente ao nível de preparação do FC.

Nível de preparação do cuidador	n	%
Completamente Preparado	7	23,3
Podia ter sido mais bem preparado	14	46,7
Não houve preparação	9	30,0

Correlação entre variáveis

Em primeiro lugar, a natureza muito reduzida do número de casos da amostra deste estudo limitou de forma significativa a realização de testes de análise inferencial, com implicações na possibilidade de extrapolação dos resultados para a população com as mesmas características deste estudo. Assim verificaram-se apenas as seguintes correlações:

- Maior nível de confiança do FC para prestar cuidados em casa está associado com a experiência de cuidar anterior ($p=0,018$) – Teste Qui-Quadrado (X^2);
- A perceção do FC sobre o nível de preparação para cuidar do doente em casa está positivamente correlacionada com as informações fornecidas ao FC sobre como conseguir prestar cuidados pessoais ao doente ($r_s = 0,493$, $p = 0,006$), isto é, o nível de preparação para cuidar do doente em casa é maior quanto maior a perceção sobre as informações recebidas sobre como prestar cuidados pessoais ao doente (Coeficiente de

correlação de Spearman (r_s));

- A perceção do FC sobre o nível de preparação para cuidar do doente em casa está positivamente correlacionada com o nível de dependência global para o autocuidado ($r_s = 0,493$, $p = 0,006$), isto é, a perceção do nível de preparação dos FC é maior quanto mais independentes são os doentes (Coeficiente de correlação de Spearman (r_s));
- A presença de problemas de saúde que dificultam o FC a cuidar do doente está negativamente correlacionado com a idade do FC ($r_{pb} = -0,470$, $p = 0,009$), isto é, os FC mais velhos são aqueles que apresentam mais problemas de saúde que os dificultam a cuidar do familiar dependente (Coeficiente Correlação Ponto-Bisserial (r_{pb}));

DISCUSSÃO

Os resultados apresentados neste estudo traçam um perfil do FC coincidente com os estudos da literatura existente, que afirmam que os cuidados ao doente normalmente recaem sobre o elemento do sexo feminino mais próximo, representado maioritariamente pelas filhas e noras com o ensino primário completo e que vivem na mesma residência com o familiar (Costa, 2013; Gonçalves, 2013; Petronilho, 2013; Petronilho, 2016). Um outro dado que se destaca é o facto de o FC já assumir este papel há mais de um ano em relação a este internamento (53,3% dos casos), tal como descrito previamente por outros autores (Brito, 2002; Imaginário, 2004).

No que concerne aos dados recolhidos através do Questionário PREPARED, de modo a avaliar-se os diversos processos do planeamento da alta, verificou-se que no domínio das “informações sobre a medicação” 66,7% da amostra considera ter recebido as informações necessárias, contudo 63,3% afirma que não foi dada qualquer informação sobre os efeitos secundários da medicação. Estes dados alertam para a necessidade de uma orientação correta e segura do regime medicamentoso, especificamente através das informações acerca dos efeitos secundários da medicação. Tendo em conta que o regime medicamentoso sofre, na maioria das vezes, várias alterações, pode verificar-se uma diminuição de adesão ao regime terapêutico, tal como previamente reportado. Apesar da importância de tais informações, tem sido verificada uma preocupação tardia com esta dimensão (apenas nos últimos momentos do internamento) por parte da equipa de saúde (Tan, Mulo, & Skinner, 2014), facto que pode contribuir para as dúvidas percecionadas pelos FC no momento pós-alta.

Por seu lado, importa referir que cuidar de um familiar dependente é, só por si, um momento gerador de stress, que requer a transmissão de um conjunto de informações

essenciais para a execução das tarefas de cuidar. Nesse contexto, este estudo apurou que 50,0% dos FC inquiridos assumem não ter sido dada nenhuma informação sobre como prestar cuidados pessoais ao doente. Esta realidade deve assumir-se como foco de atenção uma vez que as maiores dificuldades do FC estão relacionadas com a exigência inerente ao ato de cuidar, mais especificamente nas atividades de alimentação, higiene, vestir/despir e transferências, uma vez que estas constituem o tipo de cuidados mais prestados pelos FC.

Este estudo verificou também lacunas na transmissão de informação sobre os serviços comunitários (30,0% da amostra assumiu não ter recebido nenhuma informação) e sobre equipamentos (apenas 13,3% dos FC assumiram ter recebido as informações necessárias). Estes dados são concordantes com o estudo de Melo, Rua, and Santos (2014), onde são referidas as necessidades ao nível dos recursos da comunidade, colocando em causa o reforço do relacionamento interpessoal, tanto no seio familiar como comunitário, bem como o desenvolvimento de estratégias individuais, fortalecimento da identidade e autoestima no FC.

Ainda antes do doente ter alta hospitalar é fundamental que haja informações ao FC acerca da gestão das suas tarefas habituais a par das tarefas do cuidar. O processo de cuidar de uma pessoa dependente é, de facto, uma tarefa complexa e contínua que exige a necessidade de definir estratégias de apoio e de redefinir as relações e papéis no seio familiar e social, minimizando o sentimento de sobrecarga por parte do FC. Neste estudo verificou-se que 90,0% dos FC considerou que ao longo do processo de planeamento da alta não foram dadas informações sobre como gerir as suas tarefas habituais e cuidar do doente, não tendo sido fornecida qualquer informação sobre os serviços disponíveis para os próprios FC. Estes dados reforçam a ideia acerca da necessidade de sensibilizar

os enfermeiros para esta problemática, permitindo ao FC usufruir de mais tempo para si mesmo e para as suas tarefas, uma vez que este se vê, frequentemente, privado das suas atividades sociais, ficando socialmente isolado (Kaye & Applegate, 1990).

Um planeamento eficaz da alta hospitalar deve ter por base a transmissão de conhecimentos e competências (mestria) para o processo de cuidar, bem como a promoção do bem-estar e confiança do FC (Costa, 2013; Petronilho, 2013). Tal confiança deve estar presente logo no momento da alta hospitalar, fase em que se inicia o processo de cuidar de um modo mais autónomo. Neste contexto, 76,7% da amostra de FC estudados revelou sentir confiança para tal tarefa. Por seu turno, 23,3% dos FC assumiram sentir-se inseguros (23,3%), numa percentagem que está de acordo com literatura, que vem assumindo como muito frequente que os FC sintam dúvidas e incertezas acerca do estado de saúde do seu familiar e dos cuidados a prestar (Merkley, 1997). Contudo, esta confiança é revelada pela “mestria na execução das tarefas” que, neste estudo, evidenciou uma correlação negativa das variáveis de confiança do FC para prestar cuidados em casa e a condição do exercício do papel pela primeira vez, dado que o alcance de uma perceção elevada da autoeficácia é conseguido através das experiências prévias das tarefas a realizar (Bandura, 1997).

Independentemente da existência ou não de sentimento de confiança aquando da alta hospitalar, 66,7% da amostra de FC em estudo assumiu ter sentido preocupações relativamente aos cuidados a prestar ao utente em casa. O surgimento destas preocupações encontra-se, muitas vezes, associado ao aparecimento de problemas inesperados na condição de saúde do doente, que torna o FC menos confiante na execução das suas tarefas (30,0%, no caso específico deste estudo).

A vivência destas situações de “crise” é frequente neste processo de transição e exige dos FC o desenvolvimento de estratégias de

coping adequadas e dos recursos que cada indivíduo dispõe, como a saúde e a condição física, as crenças positivas, as competências para solucionar os problemas, os recursos sociais e as competências sociais (Santos, 2004).

Deste modo, e tal como afirmado anteriormente, a mobilização de estratégias e apoios familiares e/ou comunitários, são ações encaradas, na maioria das vezes, como facilitadoras do papel de cuidar e consequentemente favorecedoras deste processo de transição (Petronilho, Pereira & Silva, 2017). Avaliando-se a perceção do FC face aos recursos comunitários mobilizados, verificou-se neste estudo que 66,7% não recebeu qualquer apoio, enquanto que 30,0% afirmou ter recebido e este ter ido ao encontro das suas necessidades. Em apenas 1 caso (3,3%) foi recebido apoio não adequado. Mais especificamente, os apoios disponibilizados foram: Serviço de Apoio Domiciliário (23,3%) e Equipa de Cuidados Continuados Integrados (20,0%).

Relativamente aos equipamentos, verificou-se que 13,3% dos participantes no estudo consideraram que estes foram úteis e facilitadores das atividades de vida. Estudos publicados por Costa (2013), (Goncalves, 2013) e Petronilho (2013) mostraram que as taxas de utilização de equipamentos/ajudas técnicas pelas famílias para dar resposta às necessidades associadas aos diferentes domínios do autocuidado são manifestamente baixas. Estes estudos revelaram, ainda, uma associação positiva, estatisticamente significativa, entre a taxa de utilização de equipamentos/ajudas técnicas utilizadas e a perceção de autoeficácia dos FC.

Reportando-se à primeira semana após o doente ter tido alta, e onde a função de cuidar se torna um processo cada vez mais exigente, verificou-se neste estudo um impacto ao nível do aumento de gastos económicos (afirmado por 66,7% da amostra) devido, na sua maioria, à aquisição de novos equipamentos, materiais

e/ou fármacos. Esta necessidade torna-se um problema se se tiver em conta a escassez de rendimentos, e elevadas despesas com a saúde (fármacos e/ou consultas) apresentadas pelos FC e doentes, bem como o baixo apoio social e financeiro à doença e dependência (França, 2010).

Por fim, e com objetivo de avaliar globalmente o processo de planeamento da alta hospitalar tendo por base o julgamento do FC, pode afirmar-se que se obtiveram resultados pouco satisfatórios, dado que 30,0% da amostra afirmou não ter havido qualquer preparação da alta. Esta problemática evidencia que os profissionais de saúde minimizam a importância da informação acerca dos cuidados, mesmo tendo consciência que os familiares que não se sentem preparados para este papel desenvolvem com maior facilidade preocupações e problemas que interferem com a sua qualidade de vida e com a do doente (Henderson & Zernik, 2001). Este facto é reforçado pela existência de uma correlação positiva entre o nível de preparação do FC e as informações sobre as tarefas dos autocuidados a realizar ao doente.

Do contexto analisado, reconhece-se que é fundamental que o planeamento da alta seja baseado nas expectativas e necessidades dos FC e desenvolvido desde a admissão do doente, de modo a evitar que os doentes e cuidadores se encontram ansiosos, facto que contribui para a dificuldade de compreender a informação transmitida.

Em síntese, reforça-se a necessidade de uma preparação do regresso a casa profissionalizada, onde toda a equipa multidisciplinar dos cuidados de saúde esteja envolvida e em interação contínua com cuidador-doente, de modo a promover a qualidade de vida e minimizar o aparecimento de complicações de saúde no doente e situações de sobrecarga no exercício do papel de cuidador.

CONCLUSÃO

A temática da Preparação do Regresso a Casa de doentes dependentes para o autocuidado tem sido estudada por muitos autores, o que é muito positivo face à relevância do fenómeno para a enfermagem e apoio à tomada de decisão clínica. Este estudo surge como “inovador” ao centrar-se na satisfação do FC da pessoa dependente para o autocuidado, uma vez que a maioria dos estudos presentes na literatura realça a caracterização do dependente e a avaliação da sobrecarga do FC decorrente da prestação do cuidado.

De uma forma geral, o perfil do FC é concordante com aquele que tem vindo a ser evidenciado na literatura disponível, isto é: mulher, de meia-idade, filha do doente, casada, com instrução de ensino primário completo e em coabitação com o familiar dependente.

Numa primeira análise, verificou-se que metade da amostra evidenciou a inexistência de qualquer informação fornecida pelos profissionais de saúde quanto à prestação de cuidados ao doente. Concluiu-se ainda que o FC percecionou que lhe foram dadas as informações necessárias sobre o regime medicamentoso a cumprir no domicílio, apesar de se ter percecionado uma carência relativamente à informação acerca dos efeitos secundários da medicação.

Por outro lado, tendo-se avaliado as informações sobre os serviços comunitários e os equipamentos de que o doente pudesse usufruir no domicílio, concluiu-se que a maioria dos FC desta amostra não evidenciou necessidade da sua utilização.

Noutro âmbito, assumindo que um dos objetivos da Preparação do Regresso a Casa é a reintegração do doente na comunidade após a sua alta hospitalar, estudou-se este fenómeno e concluiu-se que a maioria dos FC assumiu ter confiança para a prestação de cuidados ao doente em casa, sendo de apontar, no entanto, a demonstração de algumas preocupações relativamente aos cuidados a prestar, maioritariamente devidas à existência de

problemas de saúde e às alterações frequentes da condição de saúde do dependente. Analisando de uma forma mais aprofundada os dados obtidos nesta investigação, foi ainda possível verificar a percepção da autoeficácia por parte dos FC, ilustrada pela correlação entre a confiança para prestar cuidados ao doente e o exercício do papel de cuidador.

Em paralelo, verificou-se também uma associação entre a percepção quanto ao nível de preparação do FC e a percepção acerca das informações prestadas quanto aos cuidados pessoais ao doente. A preparação do FC está também associada ao nível de independência dos doentes, demonstrando que quanto maior o nível de independência dos doentes maior a percepção de preparação por parte do FC.

Em contraponto, verificaram-se ainda algumas das consequências negativas do assumir do papel de cuidador, tendo-se inclusivamente encontrado uma associação entre a manifestação de problemas de saúde e a evolução da idade do FC.

Por fim, é pertinente terminar esta análise focando a principal questão de investigação previamente levantada “Qual o nível de satisfação do FC com o planeamento do regresso a casa da pessoa dependente?”. Neste âmbito, é possível afirmar que os resultados deste estudo elucidam que a satisfação dos FC é dispare e dependente do domínio específico em estudo. Neste sentido, não é possível fornecer uma resposta cabal à questão de investigação formulada, sendo, ainda assim, possível afirmar que se verificaram lacunas específicas nas dimensões associadas às informações sobre os efeitos secundários da medicação e sobre como prestar cuidados pessoais ao doente, resultando numa percepção de que a preparação da alta podia ter sido mais bem preparada. Ficou ainda demonstrada a tendência de aparecimento de dificuldades na gestão das tarefas habituais do FC, bem como na adaptação a alterações do estado de saúde do doente no decorrer da sua evolução no domicílio, aumentando o nível de incertezas e

insegurança na gestão deste papel.

Neste estudo em concreto, pode considerar-se que o reduzido tamanho da amostra apresentou-se como o principal entrave à transposição dos resultados, devendo ainda apontar-se outras limitações como o facto de o questionário ter sido aplicado num só momento e por via telefónica, impedindo a separação e caracterização cronológica das implicações dos vários aspetos estudados, aumentando a probabilidade de ocorrência de viés associado à memória do respondente, bem como a incapacidade de avaliar linguagem não-verbal por parte dos participantes aquando do momento de aplicação do questionário.

De modo a complementar o trabalho aqui apresentado, sugere-se que se replique o estudo numa amostra de maior dimensão, bem como a utilização do Questionário PREPARED na sua versão endereçada a Profissionais de Saúde e Serviços Comunitários, no sentido do aumento da relevância e âmbito de abrangência dos aspetos estudados.

BIBLIOGRAFIA

- Bandura, A. (1997). *Self efficacy: The exercise of control*. New York.
- Brito, L. (2002). *A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos (1ª Edição ed.)*. Coimbra
- Costa, A. (2013). *Famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado- Estudo exploratório de base populacional no concelho de Lisboa*. Doutoramento em Enfermagem, Universidade Católica Lisboa
- Duggleby, W., Swindle, J., Peacock, S., & Ghosh, S. (2011). A mixed methods study of hope, transitions, and quality of life in family caregivers of persons with Alzheimer’s disease. *BMC Geriatrics*, 11(88).
- Ferreira, P. M., 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(5), 121-133.
- França, J. (2010). *Saúde Mental e Necessidades dos Cuidadores de Familiares com Demência*

Universidade Fernando Pessoa Porto.

Goncalves, J. (2013). Famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado: Estudo exploratório de base populacional no concelho do Porto. Tese de Doutoramento Universidade Católica Portuguesa. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10400.14/18580>

Grimmer, K., Dryden, L., Puntumetakul, R., Young, A., Guerin, M., Deenadayalan, Y., & Moss, J. (2006). Incorporating Patient Concerns into Discharge Plans: Evaluation of a Patient Generated Checklist. *Internet Journal of Allied Health Sciences and Practice*, 4.

Grimmer, K., Gill, T., Moss, J., & Hedges, G. (1998). Measuring satisfaction with discharge planning: the P.R.E.P.A.R.E.D questionnaires. Paper presented at the Australian and New Zealand Public Health Conference, Hobart, Australia.

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. *International Journal for Quality Health Care*, 13, 109-116

Henderson, A., & Zernik, F. (2001). A study of the impact of discharge information for surgical patients. *Journal of Advanced Nursing*, 35(3), 435-441.

Imaginário, C. (2004). O idoso dependente em contexto familiar (1ª Edição ed.). Coimbra.

Instituto Nacional de Estatística. (2014). Projeções de população residente 2012-2060 Lisboa

Kaye, L., & Applegate, J. (1990). Men as eldeter caregiver: A Response to Changing Families. *American Journal of Orthopsychiatry*, 60(1).

Lage, I. (2007). Avaliação dos cuidados informais aos idosos: Estudo do impacto do cuidado no cuidador Informal. Dissertação de Candidatura ao Grau de Doutor em Ciências de Enfermagem, Universidade do Porto Porto

Martins, T., Ribeiro, J., & Garret, C. (2004). Questionário de avaliação da sobrecarga do cuidador informal (QASCI): reavaliação das propriedades psicométricas. *Revista Referência*, 11(17-31).

Melo, R., Rua, M., & Santos, C. (2014). Necessidades do cuidador familiar no cuidado

à pessoa dependente: uma revisão integrativa da literatura *Revista de Enfermagem Referência* 4(2), 148.

Merkley, J. (1997). Stress, uncertainty, and information needs in family caregivers of severely head-injured adults before final discharge from rehabilitation settings. Master, University of Toronto.

Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2015). Acesso aos cuidados de saúde. Um direito em risco? Relatório de Primavera 2015.

Petronilho, F. (2007). A preparação do regresso a casa. Coimbra.

Petronilho, F. (2013). A alta hospitalar do doente dependente no autocuidado : decisões , destinos, padrões de assistência e de utilização de recursos- Estudo exploratório sobre o impacto nas transições do doente e do familiar cuidador Doutoramento em Enfermagem Universidade de Lisboa Lisboa

Petronilho, F., Pereira, C., Magalhães, A., Carvalho, D., Oliveira, J., Casto, P., & Machado, M. (2017). Evolução das pessoas dependentes no autocuidado acompanhadas na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. *Revista de Investigação em Enfermagem*, 4(14), 39-48.

Santos, A. (2004). Acidente Vascular cerebral: qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores. Tese de Doutoramento, Universidade do Porto, Porto.

Schumacher, L., Stewart, J., Archbold, G., Dodd, J., & Dibble, L. (2000). Family Caregiving Skill: Development of the Concept. *Research in Nursing & Health*, 23, 191-203.

Shuy, Y. (2000). The needs of family caregivers of frail elders during the transition from hospital to home: a Taiwanese sample. *Journal of Advanced Nursing*, 32(3), 619-625.

Tavares, M. (2011). Destino dos doentes dependentes no autocuidado após a alta hospitalar: critérios, intervenientes e níveis de decisão. Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Ciências da Enfermagem, Universidade do Porto

Whittingham, K., Barnes, S., & Gardiner, C. (2013). Tools to measure quality of life and carer burden in informal carers of heart failure patients: A narrative review. *Palliative Medicine*, 27(7), 596-607.