

Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny

**PERCEÇÃO DO CLIENTE QUANTO AO
PLANEAMENTO DO REGRESSO A CASA PELO
ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO E NÍVEL DE
DEPENDÊNCIA**

Tânia Patrícia Rodrigues Nunes

**Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de S. José de
Cluny para a obtenção de grau de mestre em Enfermagem de
Reabilitação.**

Funchal,

2020



Escola Superior de Enfermagem

S. José de Cluny

Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny

**PERCEÇÃO DO CLIENTE QUANTO AO
PLANEAMENTO DO REGRESSO A CASA PELO
ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO E NÍVEL DE
DEPENDÊNCIA**

Tânia Patrícia Rodrigues Nunes

Orientadora: Prof.^a Doutora Merícia Bettencourt

Coorientadora: Enfermeira Arlinda Oliveira

**Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de S. José de
Cluny para a obtenção de grau de mestre em Enfermagem de
Reabilitação.**

Funchal,

2020

“É o caminho que nos ensina sempre a melhor maneira
de chegar, e nos enriquece enquanto o percorremos”

Paulo Coelho

DEDICATÓRIA

Dedico esta tese á minha família, pela abdicação, compreensão, apoio e alegria ao longo desta jornada. Sem eles, nada seria possível.

AGRADECIMENTOS

Terminada esta jornada gostaria de manifestar aqui o meu sincero agradecimento a todos aqueles que tornaram possível a sua concretização.

À Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny, pelo apoio facultado para desenvolver este trabalho.

À Direção de Enfermagem do SESARAM, por ter permitido a realização deste projeto.

À Professora Doutora Merícia Bettencourt, minha orientadora, gostaria de agradecer a orientação, incentivo, apoio e colaboração nos vários desafios encontrados ao longo da realização deste trabalho.

À Professora Doutora Bruna Gouveia, pelos esclarecimentos e ajuda na operacionalização da recolha de dados.

À Professora Doutora Tânia Lourenço pelo apoio estatístico.

À Enfermeira Arlinda Oliveira pela colaboração.

A toda a turma do mestrado de enfermagem de reabilitação que de uma forma direta ou indireta permitiram a concretização do estudo.

Aos clientes que participaram no estudo.

Aos amigos de sempre, pelo incentivo e apoio.

Ao meu marido Élio e aos meus filhos Ana Catarina e Tiago Filipe por todo o acompanhamento, apoio e compreensão dispensadas neste longo percurso.

RESUMO

O regresso a casa após um período de internamento é um momento de transição, com influência no processo de reabilitação e reintegração do cliente na comunidade. O conhecimento da perceção que os clientes possuem sobre o planeamento do seu regresso a casa, permite que os enfermeiros, especialistas em reabilitação, conheçam as reais necessidades dos seus clientes, contribuindo assim, para um planeamento adequado e conseqüente maior satisfação dos clientes pelos cuidados recebidos.

Este estudo teve como objetivo avaliar o grau de dependência dos clientes alvo de cuidados de enfermagem de reabilitação e a sua perceção sobre o planeamento do seu regresso a casa pelos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação.

Realizámos um estudo transversal, exploratório, descritivo e quantitativo, cuja colheita de dados ocorreu nos vários centros de saúde da Região Autónoma da Madeira e em que participaram 37 clientes que tinham regressado a casa no último mês antes da colheita de dados. Para a obtenção de dados optou-se por um questionário de caracterização dos participantes, pela aplicação do Índice de Barthel e pelo questionário de planeamento da alta (PREPARED).

Quanto à dependência, constatámos que 43,2% dos clientes eram independentes na realização das atividades de vida diárias, 27% ligeiramente dependentes, enquanto apenas 10,8% eram totalmente dependentes. As atividades de vida diárias com maior dependência foram o banho (51,4%) a higiene corporal (29,7%) e o uso sanitário (18,9%). No domínio do mover-se, destacaram-se o subir e descer escadas, a deambulação e a transferência cadeira-cama, com 32,4%, 18,9% e 10,8% de dependência respetivamente.

No que diz respeito às informações fornecidas no planeamento do regresso a casa, sobre a realização das atividades de vida diárias, a maioria dos participantes (56,3%) percecionou-as como “*as necessárias*”. O mesmo aconteceu relativamente à medicação (62,5%). No entanto, 50% dos participantes referiu não ter recebido informação sobre os seus efeitos secundários. De relevo o facto de 68,8% afirmar sentir preocupação com a execução das atividades de vida diárias e 59,4% dos participantes não referir confiança na realização das tarefas diárias em casa.

Pelos resultados obtidos e apesar dos participantes percecionarem que receberam informação necessária durante o planeamento do regresso a casa, a maioria revela

preocupação e falta de confiança nesta transição, pelo que estes aspetos deverão ser alvo de futuras investigações.

Palavras chaves: Perceção, Dependência, Regresso a casa, Enfermeiro especialista em Reabilitação

ABSTRACT

The return home after a period of hospitalization is a moment of transition, influencing the rehabilitation and reintegration process of the client in the community. The knowledge of the perception that clients have about the planning of their return home, allows nurses, specialists in rehabilitation, to know the real needs of their clients, thus contributing to an adequate planning and consequent greater satisfaction of clients for the care received.

This study aimed to assess the degree of dependence of clients targeted for rehabilitation nursing care and their perception of the planning of their return home by nurses who are specialists in rehabilitation nursing.

We carried out a cross-sectional, exploratory, descriptive and quantitative study, whose data collection took place in the various health centers in the Autonomous Region of Madeira and in which 37 clients who had returned home in the last month before the data collection participated. To obtain data, a questionnaire was used to characterize the participants, the application of the Barthel Index and the discharge-planning questionnaire (PREPARED).

As for dependence, we found that 43.2% of participants in the study were independent in carrying out daily life activities, 27% slightly dependent, while only 10.8% were totally dependent. The daily activities of greatest dependence were bathing (51.4%), body hygiene (29.7%) and sanitary use (18.9%). In the domain of moving, the highlight was climbing and descending stairs, walking and transferring a chair-bed, with 32.4%, 18.9% and 10.8% of dependence, respectively.

With regard to the information provided in the planning of the homecoming, about the performance of daily life activities, most participants (56.3%) perceived them as the necessary. The same happened with information of medication (62.5%). However, 50% of participants reported not having received information about their side effects of medication. Of note is the fact that 68.8% participants say they are concerned with the performance of daily life activities and 59.4% of the participants do not mention confidence in carrying out daily tasks at home.

Due to the results obtained and despite the participants perceiving that they received the necessary information during the planning of the return home, most of them show

concern and lack of confidence in this transition, so these aspects should be the target of future investigations.

Keyword's: perception, dependence, homecoming, rehabilitation specialist

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVD – Atividades de Vida Diárias

CI – Cuidador Informal

CV- Coeficiente Variação

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ER - Enfermagem de Reabilitação

EUA- Estados Unidos da America

IB -Índice Barthel

INE - Instituto Nacional de Estatística

MMSE - Mini-Mental State Examination

OE – Ordem dos Enfermeiros

RAM – Região Autónoma da Madeira

RC – Regresso a Casa

SESARAM - Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	21
1. CAPÍTULO I - PERCEÇÃO DO CLIENTE QUANTO AO PLANEAMENTO DO REGRESSO A CASA PELO ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO E NÍVEL DE DEPENDÊNCIA – ESTADO DE ARTE	25
1.1. Perceção na saúde	27
1.2. Dependência	28
1.3. Planeamento do regresso a casa	30
1.3.1. Teoria das transições.....	35
CAPÍTULO II - METODOLOGIA DO ESTUDO	43
2.1. Questão de Investigação	45
2.2. Objetivos do estudo.....	46
2.3. Tipo de estudo	46
2.4. População e Amostra	47
2.5. Variáveis em Estudo	48
2.6. Instrumentos de colheita de dados	51
2.6.1. Índice de Barthel.....	51
2.6.2. Questionário de planeamento da alta (PREPARED).....	51
2.7. Considerações éticas	55
2.8. Procedimento de colheita de dados	55
2.9. Análise e tratamento estatístico dos dados	56
2.10. Forma de divulgação dos resultados.....	56
CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS	59
3.1. Análise descritiva	61
3.2. Caracterização dos participantes	61
3.2.1. Idade	61
3.2.2. Género	63
3.2.3. Estado civil	63
3.2.4. Escolaridade.....	63
3.2.5. Situação profissional.....	64
3.2.6. Situação de vida.....	64

3.2.7. Apoio cuidador informal (CI)	66
3.2.8. Perceção sobre situação de saúde atual.....	67
3.2.9. Antecedentes pessoais.....	68
3.2.10. Tipo de dificuldade na mobilidade.....	68
3.2.11. Tipo de dificuldades sensitivas.....	69
3.2.12. Utilização de próteses e ortóteses.....	70
3.2.13. Tipo de ajuda técnica.....	71
3.2.14. Medicação.....	71
3.2.15. Diagnostico Médico.....	72
3.2.16. Dor.....	73
3.2.17. Dispneia e Cansaço Fácil.....	Erro! Marcador não definido.
3.2.18. Serviço de internamento recente.....	74
3.2.19. Tempo de seguimento pelo EEER.....	76
3.2.20. Número de sessões semanais com EEER.....	76
3.3. Índice de Barthel	77
3.3.1. Dependência por atividade de vida	78
3.4. Questionário de planeamento PREPARED.....	81
3.4.1. Informação sobre estruturas de apoio.....	81
3.4.1.a. <i>Informações fornecidas sobre as atividades de vida diárias</i>	81
3.4.1.b. <i>Informações sobre existência de serviços comunitários</i>	83
3.4.1.c. <i>Fornecer serviços comunitários</i>	84
3.4.1.d. <i>Informações sobre equipamento</i>	85
3.4.1.e. <i>Arranjou equipamento</i>	87
3.4.2. Informações sobre Medicação	87
3.4.2.a. <i>Informação sobre medicação a fazer em casa</i>	87
3.4.2.b. <i>Informação sobre efeitos secundários da medicação</i>	88
3.4.2.c. <i>Informações por escrito</i>	89
3.4.3. Preparação para Reintegração.....	90
3.4.3.a. <i>Informação sobre como preparar o dia-a-dia em casa</i>	90
3.4.3.b. <i>Preocupação com a execução das atividades de vida diárias</i>	91
3.4.4. Controlo sobre as circunstâncias.....	92

3.4.4.a. <i>Confiança das AVD</i>	92
3.4.4.b. <i>Atrasos no dia de alta</i>	93
3.4.5. Sentir-se preparado para regressar a casa	93
3.4.6. Feito algo para lidar com a preocupação	94
3.4.7. Serviços sociais ao encontro das necessidades	95
3.4.8. Equipamento	96
CONCLUSÃO	99
BIBLIOGRAFIA	103
APÊNDICES	i
APÊNDICE A- CONSENTIMENTO INFORMADO	III
APÊNDICE B- INSTRUMENTOS COLHEITA DE DADOS	III
APÊNDICE C- INFORMAÇÃO ESCRITA FORNECIDA AO PARTICIPANTE .	XV
APÊNDICE D- QUESTIONÁRIO SUBMETIDO À COMISSÃO DE ÉTICA	XIX
APÊNDICE E- QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO	XXIX

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Teoria das Transições de Afaf Meleis.....	36
Figura 2 - Impacto de um programa de planeamento do regresso a casa na qualidade de cuidados fonte PIAH (Planeamento Integrado Da Alta Hospitalar) Santo (2018).....	41
Figura 3 - Operacionalização das variáveis de caracterização.....	49
Figura 4 - Dimensões, itens e pontuações do questionário PREPARED baseado Ferreira et al. 2011.....	53
Figura 5 - Distribuição dos participantes de acordo com a idade.....	62
Figura 6 - Distribuição dos participantes de acordo com os antecedentes pessoais.....	68
Figura 7 - Distribuição dos participantes de acordo com o tipo de prótese/ortótese utilizada.....	70
Figura 8 - Distribuição dos participantes de acordo com o tipo de ajuda técnica utilizada.....	71
Figura 9 - Distribuição dos participantes de acordo com o diagnóstico médico.....	72
Figura 10 - Distribuição dos participantes de acordo com a sintomatologia.....	74
Figura 11 - Distribuição dos participantes de acordo com o tempo de seguimento pelo EEER.....	76
Figura 12 - Distribuição dos participantes de acordo com o número de sessões semanais com o EEER.....	76
Figura 13 - Distribuição dos participantes de acordo com a dependência nas diversas atividades de vida.....	79

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1– Distribuição dos participantes de acordo com o score da MMSE	54
Tabela 2 - Distribuição dos participantes de acordo com o género	63
Tabela 3 - Distribuição dos participantes de acordo com o estado civil.....	64
Tabela 4 - Distribuição dos participantes de acordo com a escolaridade	63
Tabela 5 - Distribuição dos participantes de acordo com a situação profissional	64
Tabela 6 - Distribuição dos participantes de acordo com a situação de vida	65
Tabela 7 - Distribuição dos participantes de acordo com o apoio do cuidador informal	66
Tabela 8 – Distribuição dos participantes de acordo com a perceção sobre situação de saúde atual.....	67
Tabela 9 – Distribuição dos participantes de acordo a dificuldade na mobilidade.....	69
Tabela 10 - Distribuição dos participantes de acordo com o tipo de dificuldade sensitiva .	70
Tabela 11 - Distribuição dos participantes de acordo com a toma de medicação	72
Tabela 12 - Distribuição dos participantes de acordo com a presença de dor	73
Tabela 13 - Distribuição dos participantes de acordo com o serviço em que houve o internamento recente.....	75
Tabela 14 – Distribuição dos participantes de acordo com o grau de dependência (índice de Barthel)	77
Tabela 15 - Distribuição dos participantes de acordo com a perceção sobre informação fornecida sobre atividades de vida.....	82
Tabela 16 - Distribuição dos participantes de acordo com a informação fornecida sobre serviços comunitários	83
Tabela 17 - Distribuição dos participantes de acordo com a receção de serviços comunitários.....	84
Tabela 18 - Distribuição dos participantes de acordo com a informação fornecida sobre equipamento.....	86
Tabela 19 - Distribuição dos participantes de acordo com a presença do EEER que orientou para arranjar equipamento	87
Tabela 20 - Distribuição dos participantes de acordo com as informações fornecidas pelo EEER sobre medicação do ambulatório	88
Tabela 21 - Distribuição dos participantes de acordo com a informação fornecida sobre	

efeitos secundários da medicação	89
Tabela 22 - Distribuição dos participantes de acordo com a existência de informação fornecida por escrito.....	90
Tabela 23 - Distribuição dos participantes de acordo com a preparação para reintegração na rotina do domicílio	90
Tabela 24 - Distribuição dos participantes de acordo com a preocupação na execução das ADV's	91
Tabela 25 - Distribuição dos participantes de acordo com a confiança para execução das atividades de vida.....	92
Tabela 26 - Distribuição dos participantes de acordo com atrasos no dia da alta.....	93
Tabela 27 - Distribuição dos participantes de acordo com percepção de preparação para o regresso a casa (RC).....	94
Tabela 28 - Distribuição dos participantes de acordo com a percepção de que o EEER fez algo para lidar com a preocupação dos participantes.....	95
Tabela 29 - Distribuição dos participantes de acordo com a percepção dos serviços sociais irem ao encontro das reais necessidades	96
Tabela 30 - Distribuição dos participantes de acordo com a satisfação com o equipamento	97

INTRODUÇÃO

No culminar do percurso de aprendizagem e de desenvolvimento de competências, inerentes ao mestrado em enfermagem de reabilitação e no âmbito da Unidade Curricular de Dissertação de Natureza Científica, do 3º semestre do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, lecionado na Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny, em parceria com a Escola Superior de Saúde de Santa Maria e Escola Superior de Enfermagem Montalvão Machado, foi desenvolvida a presente dissertação, a qual fará parte das provas públicas, com vista à obtenção do Grau de Mestre.

Perante uma sociedade em constante mudança, os reptos na área da saúde, devido à sua complexidade e desenvolvimento científico, são cada vez mais desafiantes, requerendo profissionais de saúde que desenvolvam não apenas conhecimentos, mas competências e ferramentas que lhes permitam incorporar responsabilidades acrescidas, conduzir processos de decisão mais complexos, assegurando uma prestação mais eficaz dos cuidados de saúde.

Tais mudanças na área da saúde são transversais aos profissionais de enfermagem especialistas em enfermagem de reabilitação (EEER), que se veem confrontados com clientes, cada vez mais dependentes, na sequência de episódios agudos ou complicações crónicas que exigem dos mesmos, competências acrescidas para uma eficaz e eficiente atuação.

A reabilitação é uma especialidade multidisciplinar que compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos permitindo ajudar as pessoas com doença aguda, crónica ou com sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência. Integra as dimensões física, psicológica, social, moral, não esquecendo os direitos dos clientes. Enquadra também um processo, com um conjunto de etapas e uma abrangência de interlocutores como profissionais de saúde, utentes, família, cuidadores, onde uma abordagem sistémica é fundamental para atingir os seus objetivos (Ordem dos Enfermeiros (OE) 2010).

Atualmente observam-se mudanças nas características da sociedade com alterações demográficas, que implicam uma adaptação da sociedade e conseqüentemente uma mudança nas políticas nomeadamente de saúde. Estas mudanças na sociedade implicam uma alteração da realidade, na qual o EEER se confronta, com mais frequência, com utentes idosos e oriundos de diferentes contextos e de diferentes ambientes, muitas vezes com redes de

suporte social e familiar deficitárias, exigindo destes profissionais, um domínio da realidade desses clientes e planeamento da atuação de acordo com a sua realidade, de modo à obtenção de êxito na intervenção e numa reabilitação personalizada indo ao encontro com os objetivos do cliente e suas condicionantes.

Para tal todo o processo de recuperação, implica a utilização de técnicas específicas de reabilitação e uma intervenção na educação dos clientes e pessoas significativas, com papel ativo no planeamento do regresso a casa, na continuidade dos cuidados e na integração dos clientes na família e na comunidade, proporcionando aos mesmos o respeito pelo seu direito à dignidade e à qualidade de vida (Regulamento n.º 140/2019, 6 de fevereiro de 2019).

Ao longo dos anos a temática envolvendo o regresso a casa dos clientes internados em instituições de saúde tem sido motivo de estudo pelos profissionais de saúde a nível mundial. Assiste-se hoje a uma mudança de paradigma e a uma responsabilização do cliente e família pela sua própria saúde e cuidado.

No panorama mundial países como Brasil, Estados Unidos e nomeadamente a Austrália e Noruega interessaram-se pelo tema. Em 2000, Grimmer e Moss, desenvolveram um estudo onde foram identificados quatro domínios principais do processo de planeamento do regresso a casa: 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 nível nacional, em 2011, Ferreira et al. desenvolveram um estudo para “*Tradução e validação para a língua portuguesa do questionário de planeamento da alta, (PREPARED)*”, que permitiu a disponibilização para a língua portuguesa do instrumento de avaliação *PREPARED*, versão doente e cuidador, oferecendo assim uma estrutura válida para obter informação em contexto comunitário, relativa à perceção da qualidade das atividades que constituem o processo de regresso a casa.

Na área de reabilitação, Ramos (2015) realizou um estudo sobre “*A influência do planeamento da alta Hospitalar no número de dias de Internamento do doente*” e constatou que era importante implementar um plano integrado de preparação da alta hospitalar, a iniciar-se no momento da admissão, que envolvesse toda a equipa multidisciplinar, o cliente e a sua família. Isto permitiria diminuir a duração do internamento, reduzir os custos a ele inerentes e minimizar os efeitos negativos que resultam de uma hospitalização.

Também Ponte (2016) realizou um estudo quantitativo para analisar a “*Perceção dos cuidadores informais sobre o planeamento da alta*” e concluiu que, relativamente à perceção dos cuidadores relacionadas com o planeamento do regresso a casa, a maioria

privilegia as informações relacionadas com a execução das Atividades Vida Diárias (AVD), afirmando que se sentiam preparados para regressar a casa. No entanto, a maioria não sentia confiança para executar as tarefas diárias no seu domicílio.

Partindo de um projeto de curso abrangente com o objetivo de conhecer as características e determinantes dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação na Região Autónoma da Madeira (RAM), nos vários contextos da prática, caracterizando a Enfermagem de Reabilitação, no que se refere ao cliente alvo de cuidados (e cuidadores), aos cuidados prestados e aos enfermeiros especialistas na área da reabilitação, identificando associações entre variáveis de relevo no processo de reabilitação e identificando áreas de potencial melhoria nas condições de cuidados de Enfermagem de Reabilitação, questionámo-nos como percecionam os clientes assistidos pelos EEER no Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira (SESARAM) a preparação para o regresso a casa e qual o seu grau de dependência.

Durante a pesquisa e revisão de literatura inicial e porque o planeamento do regresso a casa efetuado pelo EEER, foi um tema que nos suscitou interesse e surgiu como um tópico onde foram encontrados poucos estudos, principalmente na ótica do cliente, sendo um processo importante que permite detetar e organizar serviços de suporte, de modo a colmatar deficits de saúde destes e preparar a casa, a família e o próprio cliente para a transição do hospital para o domicílio, tornou-se imperativo realizar este estudo.

Assumindo que o EEER considera o cliente como ator principal do seu processo de reabilitação, considerou-se de suma importância estudar a perspetiva do mesmo, quanto ao seu processo de regresso a casa. As altas precoces geram a necessidade de que o cliente, a família e a comunidade desenvolvam estratégias de suporte para motivar a reabilitação facilitando toda a recuperação e o processo de autonomia.

Já Grimmer et al., em 2004, referiam que identificar e gerir défices é um grande desafio no processo de planeamento do regresso a casa. A má gestão desses défices pode gerar reinternamentos, aumento dos tempos de internamento por impossibilidade de regresso a casa, aumento do stress para o cliente e família e uso de serviços de apoio desadequados, daí que para um cuidado personalizado e individualizado há necessidade de iniciar um planeamento precoce, prezando a singularidade da pessoa.

Mckenna et al. (2001), mencionaram a necessidade da *standartização* deste processo. Muitos clientes após o regresso a casa não têm necessidade de apoio para a reintegração na comunidade. No entanto, uma grande percentagem destes necessitam de ter

assegurada uma continuidade de cuidados de modo a que os seus níveis de saúde se mantenham, o que só é possível se existir uma adequada e precoce reinserção no domicílio.

Este processo de planeamento do regresso a casa deve ser multidisciplinar, incluindo os vários profissionais de saúde que tiveram uma intervenção nos cuidados ao cliente ou que podem intervir na adaptação deste à comunidade.

Partindo da questão de investigação, este estudo tem como objetivo avaliar o grau de dependência dos clientes alvo de cuidados de enfermagem de reabilitação e que estiveram internados no ultimo mês que antecede a colheita de dados e a perceção destes clientes sobre o planeamento do regresso a casa pelo EEER.

Para tal realizámos um estudo transversal, exploratório, descritivo e quantitativo, uma vez que se pretendeu obter informação acerca das características dos participantes e das variáveis em estudo: dependência dos clientes alvo de cuidados do EEER e perceção dos clientes alvo dos cuidados do EEER sobre o planeamento do regresso a casa.

Este trabalho está organizado em quatro capítulos seguindo as *guidelines STROBE statement*. O capítulo 1 faz referência ao enquadramento teórico e evidência a partir de estudos recentes, o capítulo 2 incorpora aspetos referentes à metodologia do estudo nomeadamente, questão investigação, objetivos do estudo, tipo estudo, população e amostra, variáveis em estudo, instrumentos de colheita de dados, procedimento de colheita de dados e tratamento e análise estatística dos dados; no capítulo 3 faz-se a apresentação, análise e discussão dos dados colhidos e termina com um capítulo dedicado às conclusões do estudo.

Com este estudo ficaremos na posse de informações sobre a perceção dos clientes relativa aos vários fatores do planeamento do regresso a casa e o grau de dependência dos clientes nas atividades de vida após o regresso a casa, podendo contribuir para que os EEER possam melhorar o planeamento do regresso a casa e assegurar a continuidade dos cuidados de reabilitação na comunidade. Permite também a identificação de áreas a desenvolver em novos estudos.

Nesta dissertação foram respeitados os princípios para a elaboração de trabalhos académicos, preconizados pela Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny (2017).

**CAPÍTULO I - PERCEÇÃO DO CLIENTE QUANTO AO
PLANEAMENTO DO REGRESSO A CASA PELO
ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO E NÍVEL DE
DEPENDÊNCIA – ESTADO DE ARTE**

No presente capítulo serão abordados os conceitos basilares deste estudo de investigação, de modo a fornecer uma sustentação teórica e da evidência científica que permita orientar os objetivos a que nos propusemos e a posterior interpretação dos resultados obtidos.

Inicia-se o capítulo clarificando alguns conceitos, posteriormente aborda-se alguns estudos que permitem conhecer a evidência científica na área e a teoria que fundamenta as mudanças, transições e a adaptação, pois este estudo aborda um momento de transição e adaptação que implica o regresso a casa da pessoa alvo dos cuidados de ER.

Assim neste capítulo abordam-se os conceitos de percepção, a análise de algumas particularidades da transição resultante do regresso a casa, assim como as especificidades da condicionante dependência.

1.1. Percepção na saúde

No que concerne à percepção, esta consiste no processo pelo qual os seres humanos organizam estímulos sensoriais em experiências organizadas e significativas (Lindsay e Norman, 1977 citados por Ross, 2010). Embora alguns autores tenham procurado definir o conceito de percepção na saúde, cada pessoa tem uma perspetiva individual da saúde e de doença. A percepção na saúde refere-se à opinião subjetiva sobre a mesma, à forma como se percebe a saúde, de acordo com os estímulos recebidos na avaliação que o próprio indivíduo efetua da sua saúde tanto a nível físico como mental (Vintem, 2008).

Para Crown (2012), *“A percepção de saúde engloba o bem-estar tanto físico como mental e, para alguns, até a própria realização espiritual”* p. 791.

Assim, a percepção refere-se às crenças pessoais e avaliações do estado geral da saúde, que mostram o modo como as pessoas consideram a mesma. É um conceito subjetivo, podendo as percepções refletirem mais os sentimentos e crenças do que o seu estado físico atual. As percepções gerais da saúde representam uma integração de vários conceitos de saúde como por exemplo a saúde mental (Post, 2014).

Estudos na população geral indicam que a percepção de saúde é um preditor importante dos resultados no domínio da saúde (Souto, Ramires, Leite, Santos, & Santo, 2018). A percepção acerca da saúde é decisiva na tomada de decisão no âmbito da intervenção em saúde, pois prediz a utilização de cuidados adequados (Zahrt. & Crum , 2017).

Os percursos e as características pessoais influenciam a percepção dos acontecimentos e a consciencialização da transição inerente ao regresso a casa após um

período de internamento, na sequência de um episódio agudo de doença ou agudização de uma situação crónica que levou à hospitalização e pode ser marcado por perda de autonomia e pela dependência permanente ou transitória.

1.2. Dependência

Como desafio à prestação de cuidados de ER, têm surgido ao longo dos anos mudanças demográficas e alterações sociais que configuram novas exigências e levam à aquisição de novos conhecimentos e necessidade de adaptação das intervenções às novas realidades.

Dessas alterações sobressai o facto de o envelhecimento populacional ser uma realidade demográfica com repercussões mundiais. Os países desenvolvidos, nomeadamente os europeus, onde Portugal se enquadra, são caracterizados por um envelhecimento significativo da população. Esta dinâmica está associada à diminuição das taxas de mortalidade e natalidade, ao aumento da esperança média de vida, em consequência do avanço dos processos terapêuticos e da melhoria das condições socioeconómicas das populações (Petronilho, 2013; Instituto Nacional de Estatística [INE], 2015).

As alterações na composição etária da população residente em Portugal, tal como para o conjunto da UE são reveladoras do envelhecimento demográfico da última década. Neste contexto, Portugal apresenta-se, no conjunto dos 28 Estados Membros, como o país com o 5º valor mais elevado do índice de envelhecimento e o 3º valor mais baixo do índice de renovação da população em idade ativa (INE, 2015).

Como resultado desta realidade a representatividade da população maior de 65 anos é considerável e tendencialmente crescente, o que tem consequências diretas no sistema nacional de saúde e constitui um desafio para as políticas sociais, especificamente, para as de saúde, com impactos em todas as áreas sociais.

Esta alteração demográfica também tem implicações na crescente prevalência das doenças crónicas, com um impacto significativo no sistema financeiro, social e de saúde. Perante esta realidade tem-se observado, ao longo dos últimos anos, uma mudança nas políticas de saúde que colocam o foco na responsabilização, envolvimento e na capacitação dos cidadãos e das famílias para cuidarem de si próprios, bem como, na procura de comportamentos de saúde que integrem esquemas terapêuticos definidos com a ajuda dos profissionais de saúde, no sentido de encontrar respostas mais eficazes face aos processos de transição, ao longo do ciclo de vida (Petronilho, 2013).

Na proporção com que a longevidade aumenta, a dependência tende a aumentar em decorrência de múltiplos fatores. Embora não haja evidência de uma relação direta de causa e efeito, as alterações orgânicas, funcionais e psicológicas, decorrentes do envelhecimento normal são variadas, dependendo da capacidade física, da manutenção das atividades que proporcionem prazer, desenvolvimento intelectual e pessoal e da rede social que contribuem para a manutenção de autonomia da pessoa. No entanto a dependência nas faixas etárias mais avançadas é uma realidade (Lopes, Araújo, & Moraes, 2006).

Há uma mudança de mentalidade que impera, perante esta alteração da realidade. O cliente atual apresenta várias patologias, antecedentes complexos e uma história que implicam uma visão integrada de vários profissionais e áreas de especialidade.

Para a profissão de enfermagem estas alterações também têm impacto na sua atuação, pois face à situação de doença e, nomeadamente, de internamento, secundário a uma doença aguda ou agudização de uma situação crónica numa faixa etária mais elevada ganham especial relevo e necessidade de intervenção personalizada.

Na área da especialidade em enfermagem de reabilitação o profissional de enfermagem tem um papel de crucial importância pois, ele terá ao longo do internamento uma intervenção que visa a manutenção da independência e prevenção do surgimento de novas dependências.

A intervenção do EEER foi definida pela OE (2010) e visa promover o diagnóstico precoce e ações preventivas mantendo as capacidades funcionais dos clientes, prevenir complicações e evitar incapacidades, assim como proporcionar intervenções terapêuticas que visam melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas atividades de vida e minimizar o impacto das incapacidades instaladas (quer por doença ou acidente) nomeadamente, ao nível das funções neurológica, respiratória, cardíaca e motora. Para tal, utiliza técnicas específicas de reabilitação e intervém na educação dos clientes e pessoas significativas, no planeamento do regresso a casa, na continuidade dos cuidados e na reintegração das pessoas na família e na comunidade, proporcionando-lhes assim, o direito à dignidade e à qualidade de vida.

O EEER tem as competências que lhe permitem intervir na dependência, que só por si, pode não configurar um evento negativo, pois em diferentes etapas da vida a pessoa pode ser ou não dependente, temporária ou definitivamente. No entanto, a dependência configura-se mais relevante quando esta surge na decorrência de eventos ocorridos na etapa final da vida, associada a comorbidades e a alterações funcionais que dificultam a re aquisição da independência.

As alterações ao nível da independência nas AVD são encontradas no dia-a-dia dos enfermeiros, sendo objeto de atuação dos enfermeiros, nomeadamente do EEER. Estas podem resultar de uma limitação física do movimento pela inatividade, até a dependência total por problemas de saúde graves.

Diversos estudos, realizados mundialmente ao longo dos últimos 20 anos estimam que 30% a 60% das pessoas hospitalizadas desenvolvem alterações funcionais e aumento de dependência nas atividades de vida (Wojtusiak, Cari, Williams, & Alemi, 2015).

A nível nacional Couto (2012) estudou a “Autonomia/independência no autocuidado: sensibilidade aos cuidados de enfermagem de reabilitação” e concluiu que é no autocuidado no domínio da atividade física e domínio da higiene e vestuário, onde se observam os menores níveis de independência. Dentro do autocuidado, domínio da atividade física, as atividades subir/descer escadas são as que apresentam menores índices de autonomia/independência. Por sua vez, o autocuidado, domínio da higiene e vestuário, as atividades relacionadas com o cuidar das unhas e o vestir/despir/lavar/secar a parte inferior do corpo, são as que apresentam menores níveis de independência.

No contexto de internamento o repouso na cama no cenário da doença é um forte preditor de transição de nenhuma incapacidade para perda funcional e dependência.

O estudo desenvolvido por Petronilho em 2013, através o qual o autor estudou “A alta hospitalar do doente dependente no autocuidado: decisões, destinos, padrões de assistência e de utilização dos recursos: estudo exploratório sobre o impacte nas transições do doente e do familiar cuidador” concluiu que, globalmente, há uma evolução negativa para o nível de dependência e nas complicações associadas aos processos corporais.

Um dos geradores de dependência, principalmente nas fases mais avançadas do envelhecimento, são as situações de doença aguda com especial relevo para as que implicam internamentos hospitalares. Neste sentido, Sampaio et al. (2016) afirmam que sendo os hospitais as unidades de saúde onde são prestados os cuidados assistenciais mais diferenciados, é neles que surgem e são assistidas, essencialmente em fase aguda, as situações de perda de capacidades sejam estas decorrentes do motivo de internamento ou situações adjuvantes como o desuso. É por isso natural e imprescindível a existência de enfermeiros de reabilitação nas instituições de saúde.

1.3. Planeamento do regresso a casa

Quanto à preparação do regresso ao domicílio, este constitui o conjunto das atividades desenvolvidas por uma equipa multidisciplinar, que deverá decorrer ao longo do

internamento de forma a facilitar a transição adequada e em tempo útil do cliente de uma instituição para outra, ou deste para a comunidade (Simões & Grilo, 2012).

Os mesmos autores reforçam que, além de contribuir para a continuidade dos cuidados, permite manter e potenciar a melhoria do estado de saúde e a independência das atividades da vida diária, promove a reintegração dos clientes na comunidade, permite minimizar as inseguranças da família ou cuidador e proporciona melhor qualidade de vida ao núcleo familiar. Bem conduzida, possibilita a prevenção de complicações, na medida em que um número significativo dos problemas pode ser antecipado, evita prolongamentos do internamento e concorre para a diminuição de reinternamentos, rentabilizando deste modo os recursos disponíveis.

De reforçar que, devido às alterações sociais anteriormente referiram, a realidade do regresso a casa tem vindo a mudar. Contudo já em 2000 Grimmer, Moss, & Gill afirmavam que, a realidade da altura resultante das mudanças das políticas de saúde era de no regresso a casa ser possível encontrar clientes com múltiplas e muitas vezes complexas necessidades de cuidados obtendo alta do hospital para o domicílio cada vez mais rápido e mais dependentes, e, portanto, numa fase anterior ou inicial do processo de reabilitação.

Esta opinião foi reforçada por Cesar e Santos em 2005, quando referem que devido à redução de custos, à grande demanda pelos leitos hospitalares, bem como aos riscos associados a uma hospitalização prolongada, estes podem levar à existência de clientes que recebem alta assim que os problemas mais agudos são resolvidos. Comumente, retornando para as famílias e para a comunidade ainda com uma gama de problemas que requerem assistência de alta complexidade.

Esta conclusão foi evidente em vários estudos nas últimas décadas. Em 2007 Pompeo et al., referiam que o alto custo dos internamentos para as instituições de saúde e o avanço tecnológico das ciências médicas têm abreviado o período de hospitalização dos clientes, levando a uma alta cada vez mais precoce.

Face às políticas recentes de contenção de custos e às estadias cada vez mais curtas para os clientes, os serviços responderam a estas mudanças com estratégias que incluem a gestão da utilização e cuidados de especialidade. Dado o enfoque contínuo na contenção de custos, a tendência é para prestar cuidados de reabilitação no domicílio e em serviços de subagudos, pelo que a configuração dos programas de reabilitação em fase aguda para clientes internados vai continuar a mudar nos próximos anos (Lutz & Davis, 2011). Esta realidade foi mais um fator, que trouxe enfoque à preparação do regresso a casa, à

necessidade de partilha de informação e à necessidade de uma comunicação eficaz entre os vários elos envolvidos no processo de reabilitação.

Efetivamente, o Instituto Nacional de Estatística (INE) em 2014 referiu que no período compreendido entre 2002 e 2012 foi marcado pela tendência para a diminuição contínua do número de camas de internamento nos hospitais oficiais. Em 2012 os hospitais oficiais tinham aproximadamente menos 3 000 camas de internamento do que em 2002. Os clientes vão passando, assim, por várias unidades de acordo com o processo de doença sendo a comunidade, nomeadamente o domicílio, envolvidos neste processo cada vez mais precocemente.

Esta problemática tem sido motivo de reflexão para os enfermeiros desde há muito, Martins et al. (2013) citando Marra et al., referem que a alta hospitalar, nomenclatura utilizada na altura, pode ser definida como a condição que permite a saída do cliente do hospital a qual costuma trazer aos clientes e familiares sentimentos ambíguos, satisfação e medo. Satisfação por estar recuperado e regressar a casa, e medo por sentir-se inseguro sem a presença da equipa multidisciplinar. Quanto maior for o grau de dependência dos cuidados, maiores as dúvidas e renitências.

O planeamento do regresso a casa é uma responsabilidade de todos os profissionais de saúde. No entanto, visto que os profissionais de enfermagem são responsáveis pelo cuidar, essa preparação é um aspeto inerente aos seus cuidados, na medida em que se constitui como uma área importante do cuidar. Tal aspeto é realçado e constitui um aspeto importante de entre os vários padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: o fornecimento de informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo cliente; o ensino, instrução e treino do cliente sobre a adaptação individual requerida face à readaptação funcional e o planeamento da alta dos doentes internados em instituições de saúde, de acordo com as necessidades dos clientes e os recursos da comunidade (Conselho de Enfermagem, 2001).

O EEER ao longo do internamento implementa um programa de reabilitação desenvolvendo um conhecimento e um relacionamento que o coloca numa posição estratégica para atuar como membro de referência no planeamento do regresso a casa adequado e eficiente.

A reabilitação está ligada às capacidades perdidas, ao passado, às funções desaparecidas, por uma diversidade de motivos. Os parâmetros comparativos enquadram-se nas condições anteriores, no desempenho realizado até ao momento da sua alteração.

O EEER escuta, assiste, ensina, esclarece dúvidas, realiza técnicas, numa perspetiva de desenvolvimento de capacidades da pessoa. Esse desenvolvimento dos níveis de dependência, facilita a integração num novo contexto, tentando conjugar as potencialidades com as suas alterações, com um horizonte de uma dimensão integradora na sociedade (Borgneth, 2004).

O regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista de 2019, concetualiza o especialista como um enfermeiro que possui um conhecimento mais desenvolvido numa área específica da enfermagem, cuja atuação se desenvolve no contexto de cuidados de saúde primários, secundários e terciários englobando também competências educacionais, de gestão e de investigação, com o objetivo do desenvolvimento da enfermagem.

De relevância é também o regulamento das competências específicas dos enfermeiros de reabilitação (Regulamento n.º 140/2019, 6 de fevereiro de 2019), o qual integra uma dinâmica de cuidar pessoas com um vasto conjunto de necessidades específicas, englobando a prática de cuidados em todos os seus contextos. Segundo este regulamento o EEER concebe, implementa e monitoriza planos de ER diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas. O nível elevado de conhecimentos e experiências acrescidas permitem-lhe tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação maximizando o potencial da pessoa.

Assim, aquando de um evento causador de declínio funcional ou dependência, o papel do enfermeiro especialista, tanto, na situação aguda como no acompanhamento a longo prazo, prevenindo complicações e evitando incapacidades é crucial.

Deer et al. (2019), reforçam referindo que durante a hospitalização a função funcional diminui, aumentando o risco de perda funcional e de dependência. Há uma necessidade de intervenções de reabilitação baseadas em evidências para melhorar a recuperação funcional após uma hospitalização aguda.

Os mesmos autores referem que, a perda funcional associada à hospitalização tem sido atribuída a vários fatores que ocorrem durante a estadia no hospital incluindo a inatividade física, desnutrição e polimedicação. Esses fatores contribuem para a disfunção muscular, aumentando o risco de queda e perda de independência. A incapacidade de recuperar a função depois da hospitalização também aumenta o risco de reinternamento no hospital e o risco de mortalidade.

Já Menoita (2012) referia que o enfermeiro de reabilitação tem um papel fulcral no acompanhamento e no planeamento do regresso a casa da pessoa e da sua família, na

adaptação ao meio, no apoio psicológico na procura e adoção de mecanismos de *coping*, para posterior *empowerment*. Ao longo do acompanhamento da pessoa e da sua família, deve estar presente a autenticidade, a relação de confiança e o humanismo, tendo em conta a pessoa como centro dos cuidados, sendo ela única e singular, com necessidades reais e individuais.

O enfermeiro especialista além de ensinamentos ao cliente/família deverá avaliar a percepção desses ensinamentos envolvendo, se necessário, os recursos disponíveis. O planeamento deve responder às necessidades e expectativas de cada cliente/família. Todos estes aspetos terão impacto no regresso a casa e na procura do enfermeiro de reabilitação para a continuidade dos cuidados de reabilitação diferenciados, a qual deve ser oportunamente assegurada evitando atrasos ou interrupções que possam comprometer a recuperação da independência do cliente. Procura-se assim reduzir, tanto quanto possível, sequelas que comprometam a qualidade de vida futura, promovendo a recuperação física e psicológica, visando obter a máxima funcionalidade e independência, com o objetivo da rápida reinserção familiar, ocupacional e social (Sampaio et al., 2016).

A realidade traduz-se num número significativo de clientes com dificuldades no regresso a casa, devido à sua condição de saúde ser caracterizada pela dependência. Assim, a necessidade em cuidados de saúde é premente e está fortemente relacionada com a preparação deste regresso a casa, com a consciencialização da própria transição da pessoa, inerente ao evento gerador de incapacidade e aos fatores facilitadores que interferem com a capacidade de adaptação.

A transição relacionada com o regresso a casa da pessoa após um processo de hospitalização e sua família constitui um fator gerador de desequilíbrio, que requer o assumir de novos papéis, o desenvolver de novas competências e conhecimentos, a redefinição do *self* no contexto social e, conseqüentemente, uma adaptação à nova condição de vida, para alcançar um período de estabilidade. Por outro lado, as pessoas submetidas a transições tendem a ser mais vulneráveis aos riscos que podem afetar a sua saúde e bem-estar (Meleis A., 2010).

1.3.1. Teoria das transições

Assim, importa refletir sobre o conceito de transição e da própria teoria das transições para melhor fundamentar a nossa atuação.

A transição é para o cliente uma passagem de um estado, condição ou lugar para outro. Na área da saúde, um exemplo tradicional são as transições de *independência para dependência* que resultam da mudança de uma situação de saúde ou bem-estar para uma situação de doença aguda ou crónica, ou, pelo contrário, a passagem de uma situação de doença para uma de bem-estar, que pode, contudo, incorporar a cronicidade (Santos et al., 2015).

No nosso estudo, estamos perante uma transição do hospital para o domicílio, em que o cliente apresenta uma alteração funcional que implica a intervenção, tanto no internamento como no domicílio, do EEER.

Segundo Meleis, conhecida autora da teoria das transições aplicada à saúde, a transição consiste na passagem de um estado (lugar ou condição) estável para outro estado estável e requer por parte da(s) pessoa(s), a incorporação de conhecimentos, alteração do seu comportamento e mudança na definição do *self* (Meleis, Sawyer, Im, Messias, & Schumacher, 2000).

As transições podem ocorrer ao longo do ciclo vital, pois passamos por múltiplos desenvolvimentos transicionais, exigindo um ajustamento e adaptação em alguns casos circunstanciais, noutros procuram-se deliberadamente novas experiências que requerem adaptação através de eventos tais como o casamento, a gravidez, a mudança de profissão, a cirurgia ou outras (Chick & Meleis, 1986).

No entanto, algumas transições imperam e criam um momento de instabilidade entre dois momentos de estabilidade, o que impreterivelmente, nos remete para os processos psicológicos envolvidos na adaptação da mudança ou rutura (Murphy, 1990).

Chick e Meleis (1986) defenderam que a fase de transição é uma fase de exposição, em que é mais fácil a aquisição de doença como por exemplo a depressão, que influencia a perceção do seu processo de reabilitação e motivação para adesão ao próprio processo.

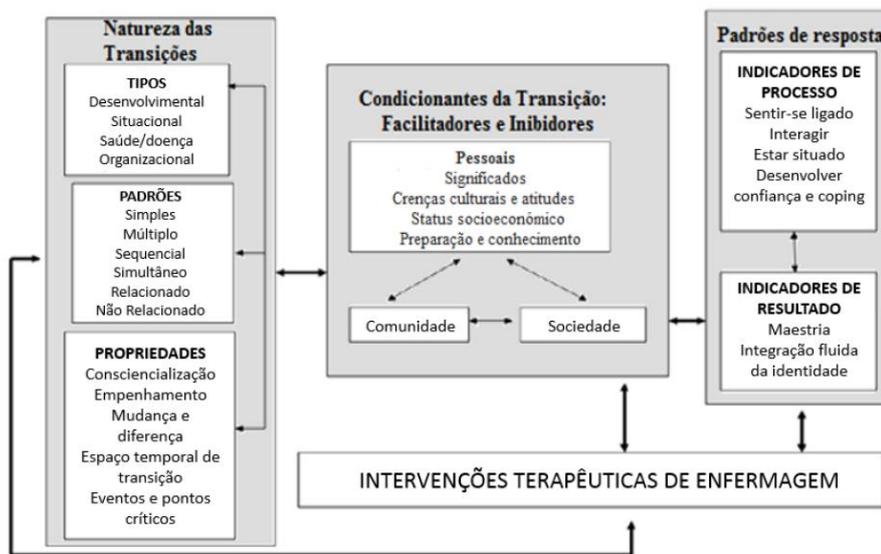
O processo de reabilitação está relacionado com esta fase de exposição, podendo ter uma atuação positiva e facilitadora reduzindo a aquisição de doenças e dependência, ou ser influenciado negativamente pelo mesmo. quando o processo de aquisição de doença e dependência põe em causa a reabilitação.

Salientamos que a Teoria das Transições defende o conhecimento da natureza das transições (tipos, padrões e propriedades); dos condicionantes facilitadores e inibidores da transição (pessoais, comunidade e sociedade); dos padrões de resposta (indicadores de processos e indicadores de resultados) e das intervenções terapêuticas de enfermagem (figura1). Esta teoria de médio alcance aborda fenómenos e conceitos específicos que refletem a prática. (Chick & Meleis, 1986; Meleis, Sawye, Im, Messias, & Schumacher, 2000; Meleis A. , 2012)

Segundo Santos et al. (2015), a transição está intrinsecamente ligada com o tempo e o movimento e implica uma mudança de estado de saúde, de relações, de expectativas ou de habilidades. O início e o fim não são coincidentes, existindo movimento que envolve tanto a rutura com a vida tal como era conhecida, como as respostas da pessoa ao evento que desencadeou a transição (Chick & Meleis, 1986).

O processo de transição, nomeadamente o regresso a casa caracteriza-se pela sua singularidade, diversidade, complexidade e múltiplas dimensões que geram significados variados, determinados pela percepção de cada indivíduo. Estas transições resultam em mudanças na vida, saúde, relacionamentos e ambientes (Santos et al., 2015).

Figura 1 - Teoria das Transições de Afaf Meleis



Fonte: Meleis, A. I., Sawyer , L., Im, E.-O., Messias, D. H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory.

No caso da transição do ambiente hospitalar para a comunidade, ou seja, o regresso ao domicílio representa uma transição do tipo situacional, pois está associado a um acontecimento que implica alterações. Quanto aos padrões podem ser de natureza simples

(única transição hospital/comunidade) ou múltiplo; sequenciais (ocorrem em intervalos de tempo distintos) simultâneas relacionadas e não relacionadas (figura 1).

Já em 1986 Chick & Meleis consideravam que, apesar de existir um conjunto de diferentes tipos de transições, encontramos alguns aspetos comuns dentro da complexidade e multidimensionalidade destas experiências, os quais se denominam por propriedades das transições.

Meleis, Sawyer, Im, Messias e Schumacher (2000) definiram as seguintes propriedades para as experiências de transição: conhecimento/consciência, ajustamento/compromisso, mudança e diferença, eventos e acontecimentos críticos e período de experiência.

A consciencialização está relacionada com a perceção, conhecimento e reconhecimento da experiência de transição, que no caso do regresso a casa é facilitada pelo planeamento e preparação da transição pelos profissionais de saúde. O seu reconhecimento influencia no nível de empenho, que é definido como o grau de envolvimento da pessoa no seu processo de transição. No entanto, já em 2000 Meleis, Sawyer, Im, Messias, & Schumacher referiam que, o indivíduo só pode envolver-se depois de consciencializar-se das mudanças físicas, emocionais, sociais e ambientais que implicam o processo de regresso a casa.

A diferença é uma outra propriedade da transição que consiste nas expectativas não atendidas ou divergentes. O regresso a casa pode implicar ver o seu ambiente e os outros de maneira diferente sendo causador de conflitos.

O planeamento do regresso a casa vai influenciar os indicadores de processo, permitindo o desenvolvimento da confiança e *coping*, que se manifesta pelo nível de compreensão dos diferentes processos relativos à necessidade de mudança, utilização de recursos e desenvolvimento de estratégias para ganhar confiança e lidar com a situação.

Os indicadores de resultado referem-se à maestria, à capacidade ou habilidade para desenvolver novas competências, imprescindível para cumprir a transição com sucesso. Ambos são definidores de um processo de transição saudável (Meleis, Sawyer, Im, Messias, & Schumacher, 2000).

Cada fase exige do enfermeiro atenção, conhecimento e experiência, pois corresponde a um período de maior vulnerabilidade para os clientes. Estes encontraram dificuldades para desempenhar o autocuidado. Para compreender as experiências vivenciadas pelos clientes no planeamento do regresso a casa é necessário conhecer os condicionantes pessoais, da comunidade e sociedade, os quais podem facilitar ou dificultar

o processo para que o cliente alcance uma transição saudável, ou seja, a reformulação da sua identidade, o domínio de novas habilidades e a alteração dos próprios comportamentos.

As transições são, determinadas por um conjunto de fatores pessoais e ambientais facilitadores ou inibidores dessas transições. Meleis et al. (2000) referem vários desses fatores nos seus estudos, nomeadamente as *condições pessoais*, da *comunidade* e da *sociedade*. Reforçam que os fatores pessoais, predizem o *significado atribuído ao evento*, podendo ser um fator facilitador ou inibidor dessa transição.

O conhecimento dos condicionantes pessoais e da comunidade/sociedade, como a existência de apoio familiar e social, de recursos instrumentais, da representação social e dos estereótipos, podem também dificultar ou facilitar a transição.

É crucial para o EEER fazer uma boa preparação do regresso a casa por ter conhecimento profundo do cliente e do seu contexto familiar, social, comunitário e de todas as implicações que daí advêm. Sendo ele, em muitos contextos hospitalares, o profissional que disponibiliza tempo a implementar um plano de reabilitação em que detém um conhecimento profundo do cliente (funcionalmente e psicologicamente) é também um dos profissionais mais dotados de conhecimentos para essa preparação.

Neste sentido, o planeamento do regresso a casa é um aspeto com influência sobre os fatores pessoais e ambientais, atuando maioritariamente como facilitador da transição, podendo atuar nas condições pessoais através da própria reabilitação, da comunidade e sociedade através da informação, orientação e preparação de serviços e recursos na comunidade. Uma preparação do regresso a casa efetiva reforça os fatores pessoais e pode influenciar o significado atribuído ao evento.

Neste contexto, esta teoria identifica o enfermeiro enquanto agente facilitador do processo de transição e o cuidado transicional como um foco de atenção para as práticas da Enfermagem. Nesta perspetiva, é de suma importância que os profissionais de saúde compreendam os conceitos da Teoria das Transições de Meleis e os utilizem, já que os clientes, comumente, apresentam-se em processos de transição, sejam de desenvolvimento inerente ao ciclo vital, seja por alterações saúde/doença ou mesmo situacionais. Através de um cuidado culturalmente coerente com as reais necessidades do cliente pode-se alcançar o seu estado de bem-estar, bem como facilitar a reformulação de identidade e a mudança de comportamentos, que por sua vez podem facilitar a transição (Guimarães & Silva, 2016) .

Para tal o enfermeiro, nomeadamente o EEER, necessita ter uma visão ampla, conhecimento e experiência de forma a reconhecer todo o processo envolvente e ter uma intervenção planeada na abordagem ao cliente e se necessário cuidador, na identificação de

necessidades e muitas vezes sendo o gestor de caso, referenciando para vários profissionais de forma a agir como facilitador do processo de transição.

Assim, a transferência da reabilitação do ambiente hospitalar para a reabilitação na comunidade evidencia a importância de um planeamento do regresso do cliente ao domicílio e a preparação dessa transição assume-se como um passo essencial para uma reabilitação efetiva e personalizada, com implicações no processo de recuperação das sequelas e dependências adquiridas.

A OMS (2011) vem salientar que

algumas pessoas com deficiência podem ter necessidades de saúde múltiplas ou complexas, incluindo reabilitação, que requer a atuação de diferentes prestadores de serviços. Essas necessidades podem estender-se a serviços de diferentes áreas (...). É comum pessoas com deficiência que necessitam de múltiplos serviços receberem atendimento fragmentado ou duplicado. Estes indivíduos também podem encontrar dificuldades na transição quando a assistência passa de um prestador de serviços para outro (p.75).

Este facto que reforça a necessidade de uma eficiente preparação para o regresso a casa dos clientes que necessitam de cuidados de reabilitação. Alguns estudos concluíram que a orientação de regresso a casa é dada no momento da saída do cliente do hospital, não sendo planeada com antecedência. Nessa ocasião são oferecidas muitas orientações num curto espaço de tempo, com o agravante de muitas vezes não serem realizadas por escrito, dificultando a compreensão do cliente. Na maioria das vezes, as orientações de alta são realizadas de forma mecânica e apressada, não considerando as condições e as necessidades de cada cliente (Pompeo, Pinto, Cesarino, Araújo, & Poletti, 2007).

Como forma de assegurar a continuidade dos cuidados e a garantia do atendimento das necessidades do cliente, já em 2005 um estudo desenvolvido por Cesar e Santos sobre “Percepção de cuidadores familiares sobre um programa de alta hospitalar” indicou que um programa de preparação do regresso a casa pode contribuir para que a família seja capaz de desenvolver ações necessárias, no sentido de dar prosseguimento ao programa de reabilitação iniciado no âmbito hospitalar, criando possibilidades de manutenção ou melhoria do estado de saúde. A garantia de continuidade dos cuidados iniciados no âmbito hospitalar depende das orientações para o regresso a casa, uma vez que contribui para a recuperação do cliente, minimiza a insegurança e proporciona melhor qualidade de vida familiar e social, além de prevenir complicações e/ou morbilidades e evitar reinternamentos, salientam os mesmos autores.

O plano de regresso a casa é uma ferramenta para garantir a continuidade do cuidado após a hospitalização. O ensino na preparação desse regresso é parte integrante do

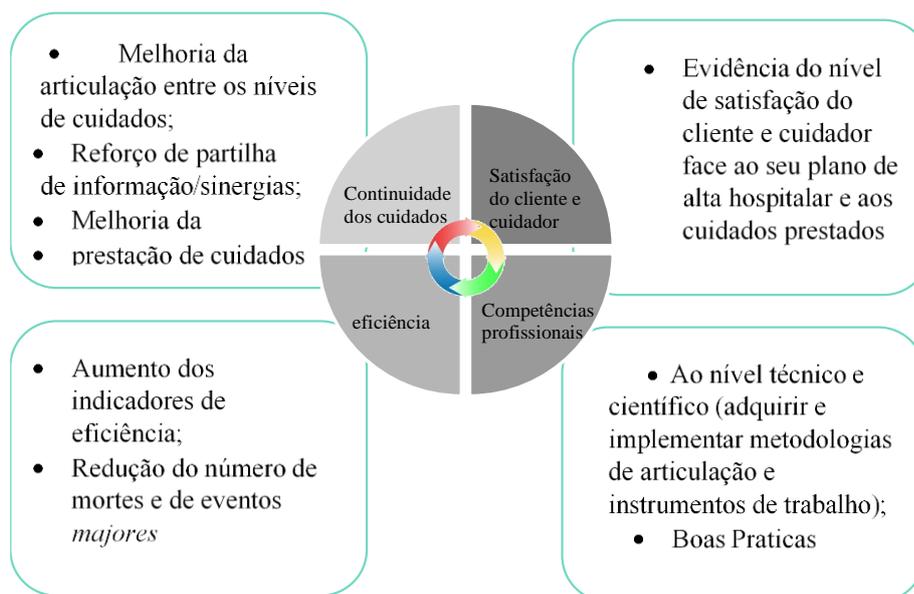
processo educativo, incluindo orientações ao cliente e à família acerca do que necessitam saber e compreender (Pompeo, Pinto, Cesarino, Araújo, & Poletti, 2007). Deve ser multidisciplinar e o enfermeiro de reabilitação deve ter um papel ativo, mas também um papel de consultor tanto para o cliente, família como para outros enfermeiros da equipa.

Para o planeamento do regresso a casa é evidente a necessidade de ter em consideração as redes de comunicação associadas com a reabilitação, pois estas são complexas e existem várias barreiras potenciais a uma comunicação efetiva. O entendimento do fluxo de comunicação e das estratégias para transpor as suas barreiras pode aperfeiçoar a comunicação em todas as vertentes, influenciando a percepção dos clientes e a efetividade da equipa e da organização de saúde. Uma comunicação clara e efetiva na área da saúde, que se encontra em rápidas transformações, é essencial, nomeadamente na comunicação dirigida a clientes e família (DeLisa, Currie, & Martin, 2002).

O planeamento do regresso a casa do cliente sem alterações funcionais inerentes ao internamento baseia-se na educação, orientação das atividades executadas e no *follow-up*, tendo o enfermeiro de reabilitação um papel junto destes clientes de forma a facilitar o retorno ao estilo de vida precedente ao internamento (Brewer, Boleware, & Boss, 2011).

Num projeto desenvolvido no Hospital Santa Marta acerca do planeamento integrado de alta hospitalar, Santo (2018) concluiu que a implementação de um planeamento adequado de regresso a casa tinha impacto na qualidade de cuidados desenvolvidos pelos enfermeiros em várias vertentes, nomeadamente no desenvolvimento de competências profissionais com impacto a nível técnico e científico e na aquisição de boas práticas; na eficiência, com evidências no aumento dos indicadores de eficiência e tendência para a redução da taxa de mortalidade e dos eventos clínicos major no follow-up dos clientes com plano de seguimento estruturado e consulta agendada e efetivada nos cuidados de saúde primários. Também foi observado repercussões da implementação do programa de planeamento do regresso a casa na continuidade dos cuidados de saúde entre instituições, com melhoria na articulação entre os profissionais de saúde, através de uma antecipação da preparação da alta e comunicação ao centro de saúde, que faz follow up 48 horas após a mesma ocorrer, simultaneamente com reforço da partilha de informação e melhoria da prestação de cuidado, tais medidas demonstraram evidências no aumento do nível de satisfação do cliente e cuidador face ao planeamento da alta hospitalar, como elucida o autor através da figura 2.

Figura 2 - Impacto de um programa de planeamento do regresso a casa na qualidade de cuidados



Fonte - PIAH (Planeamento Integrado Da Alta Hospitalar) Santo (2018)

Assim, de forma a maximizar os potenciais benefícios das intervenções em reabilitação deverá seguir-se um verdadeiro contínuo de cuidados (*care continuum*), que abrange todas as etapas, desde o internamento até ao período que se segue ao regresso a casa. Engloba a reabilitação na fase aguda (incluindo a realizada no internamento próprio), a reabilitação em ambulatório e a eventual necessidade de cuidados de manutenção (domiciliários ou em unidades apropriadas) (Sampaio et al., 2016).

Para a continuidade de cuidados efetiva são cruciais os registos de enfermagem como forma de comunicação os quais permitem que haja uma relação inter equipas, levando, assim, a um conhecimento recíproco de tudo o que se passou com o cliente. Os registos e cartas de alta, proporcionam a informação necessária, para que através deles haja um planeamento de uma intervenção junto do cliente e ao mesmo tempo contribuam para que haja continuidade dos cuidados, assentes em bases científicas e fundamentadas (Silva., 2007). Também proporcionam ao cliente uma segurança no momento do regresso a casa, pois, o período pós-alta precoce é uma fase especialmente vulnerável que envolve transições significativas para os clientes, onde as dúvidas e as mudanças imperam.

Como vimos anteriormente, a comunidade, ao invés dos hospitais ou lares, tornou-se um local de tratamento primário na qual muitas pessoas com incapacidades gerem os seus cuidados e ADV's. O termo reabilitação na comunidade foi largamente definido e aplicado

numa variedade de programas e de locais em que os doentes recebem serviços de reabilitação (Quigley citado por Lutz & Davis (2011)).

A reabilitação em casa é geralmente encarada como uma continuação dos programas de reabilitação iniciados noutra instituição, como as unidades de reabilitação de agudos, os programas em ambulatório e o internamento de longa duração. Regressar a casa é frequentemente um dos maiores desejos dos clientes envolvidos em programas de reabilitação. No entanto, esse regresso é condicionado pela preparação dos clientes/famílias, do ambiente e pelas condições sociais.

A medida duma reabilitação bem-sucedida é a generalização ou a transferência de competências para o ambiente natural, a casa. A reabilitação domiciliária promove a autonomia, a independência e a reintegração na comunidade (Mayo et al, 2000 citados por Lutz & Davis, 2011).

Assim, os cuidados de saúde e consequentemente, os cuidados de Enfermagem, assumem hoje uma maior importância e exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização, cada vez mais, uma realidade que abrange a generalidade dos profissionais de saúde e que permite um cuidado diferenciado, influenciando a imagem dos próprios profissionais e a perceção dos clientes e familiares quanto à intervenção do EEER no que concerne o planeamento do regresso a casa.

CAPÍTULO II - METODOLOGIA DO ESTUDO

Para realizar a pesquisa científica é necessário definir o método, ou seja, um conjunto de procedimentos controlados de maneira ordenada e sistemática para a aquisição de informações empíricas e seguras (Polit, Beck, & Hungler, 2004).

Já na perspectiva de Fortin (2003), todo o processo de investigação envolve, necessariamente, uma fase metodológica, um momento onde se operacionalizam todos os detalhes e se descreve o tipo de estudo, as definições operacionais das variáveis, o meio e a população envolvida.

Mais recentemente, Polit & Beck (2018) realçam que a pesquisa científica consiste numa investigação sistemática que usa metodologia para responder às perguntas e solucionar problemas. Uma das dimensões da pesquisa científica é a pesquisa descritiva, através da qual são descritas as características de uma população, de um fenómeno ou experiência em estudo.

Nas últimas décadas a investigação e a prática baseada na evidência têm transformado a área da saúde e mais especificamente a de enfermagem com o desenvolvimento de estudos científicos e teorias que mudaram a visão da enfermagem enquanto ciência.

Este facto foi salientado pela Conselho Internacional dos Enfermeiros (2012) quando referiu que a investigação em enfermagem tem como objetivo desenvolver, aperfeiçoar e aumentar o conhecimento em enfermagem, respondendo a questões e desenvolvendo conhecimento, recorrendo a metodologia científica de natureza quantitativa, qualitativa ou mista.

2.1. Questão de Investigação

A primeira etapa crucial em investigação é a formulação de questões clínicas relevantes que refletem incertezas na prática clínica.

A questão de investigação, por vezes, é fácil de definir porque se baseia numa lacuna de conhecimento óbvia que poderá ser identificada por um enfermeiro, tal como um cliente que apresente uma condição com que nunca lidou. São menos fáceis de identificar e definir aspectos da prática que são “rotina” e que, não tendo sido questionados até então, o *feedback* obtido por outros técnicos ou clientes sugere que é necessária uma mudança (OE, 2012).

Ao identificar-se o problema de pesquisa inicia-se a primeira etapa de investigação com a formulação da questão de investigação.

Neste contexto, a situação problemática deste estudo resultou da experiência obtida na minha prática clínica e dos estágios realizados ao longo do curso de mestrado, durante os quais se evidenciaram diferentes experiências vivenciadas pelos clientes e cuidadores após o regresso a casa e pelos profissionais de Enfermagem de Reabilitação (ER), que mereciam um estudo aprofundado.

Após uma contextualização da situação problemática e a consulta de alguns estudos que nos situaram no estado da arte sobre este fenómeno, definimos a seguinte questão de investigação:

Qual a percepção dos clientes relativamente ao planeamento do regresso a casa pelo Enfermeiro de reabilitação e nível de dependência?

A questão de investigação constitui o elemento fundamental do início de uma investigação. À questão de investigação segue-se a formulação dos objetivos da investigação, os quais representam aquilo que o investigador se propõe fazer para responder à questão formulada.

2.2. Objetivos do estudo

Para Fortin (2003), o objetivo de um estudo é um enunciado declarativo que precisa as variáveis-chave, a população alvo e a orientação da investigação.

Como objetivo geral da presente investigação definimos:

- Descrever a percepção dos clientes submetidos a um internamento quanto às intervenções do Enfermeiro de Reabilitação no que concerne o planeamento do regresso a casa e nível de dependência.

Como objetivos específicos foram definidos:

- Caracterizar os clientes seguidos pelo EEER na comunidade e com alta recente (inferior a um mês aquando da colheita de dados);
- Avaliar o nível de dependência dos clientes;
- Descrever a percepção dos clientes quanto às intervenções do EEER no que concerne o planeamento do regresso a casa.

2.3. Tipo de estudo

De acordo com Fortin (2003), o desenho do estudo consiste num plano lógico criado pelo investigador com vista a obter respostas válidas às questões de investigação colocadas ou às hipóteses formuladas.

Tendo em consideração a questão de investigação e os objetivos deste estudo, apresentados anteriormente, este é um estudo quantitativo, exploratório e descritivo.

Numa investigação quantitativa os investigadores precisam definir os conceitos de forma a decidir a forma como as variáveis serão medidas, assim como instrumentos que permitam medir os conceitos e recolher a informação necessária, partindo assim do ponto inicial (proposição da questão) ao ponto final (obtenção de uma resposta) com uma sequência de etapas linear e bastante regular (Polit & Beck, 2018).

Esta investigação quantitativa tem um carácter descritivo, uma vez que se pretendeu obter informação acerca das características em particular num determinado campo.

Descrevemos os participantes de acordo com o grau de dependência dos clientes nas várias AVD's e a percepção dos clientes em relação a vários aspetos das atividades que constituíam o planeamento do regresso a casa dos clientes pelo EEER.

A investigação é também exploratória uma vez que a revisão de literatura efetuada permitiu concluir que apesar de ser uma temática pertinente e com impacto no processo de reabilitação, foram encontrados poucos estudos abordando a percepção do cliente quanto ao planeamento do regresso a casa pelo EEER, quer a nível nacional como internacional. De reforçar que a maioria dos estudos realizados são sobre a percepção dos cuidadores quanto ao planeamento do regresso a casa do seu alvo de cuidados.

Em termos temporais classifica-se como transversal, pois a recolha de dados aconteceu num único momento.

2.4. População e Amostra

Para Fortin (2009) a população é “(...) um grupo de pessoas ou elementos que têm características comuns” (p. 69).

A amostragem envolve a seleção de uma parte da população para representar essa mesma população (Polit & Beck, 2018). Os mesmos autores enfatizam que “nos estudos quantitativos, um critério para julgamento de uma amostra é a sua representatividade” (p. 160).

Para a seleção da amostra foram definidos critérios de inclusão, ou seja, critérios que especificam as características da população e as características que uma amostra deve ter para ser considerada elegível para o estudo (Polit & Beck 2018), foram considerados:

- Todos os clientes que regressaram, durante o mês anterior ao dia 05/06/2019, ao seu domicílio provenientes de internamento hospitalar durante o qual receberam cuidados de ER;

- Estavam a usufruir de um programa de reabilitação proporcionado por um EEER na comunidade;

-Com idade superior a 18 anos de idade inclusive;

-Que aceitaram participar no estudo através do seu Consentimento livre e esclarecido (Apêndice A).

Consideraram-se critérios de exclusão, a não correspondência com os critérios de inclusão referidos anteriormente. (Polit & Beck, 2018)

Assim, dos 167 clientes que eram alvo de cuidados pelo EEER na comunidade nos vários centros de saúde da RAM no dia da colheita de dados, 37 tinham regressado a casa no último mês antes do dia 05/06/2019 e reuniam critérios de inclusão pelo que foram incluídos neste estudo.

2.5. Variáveis em Estudo

As variáveis são qualidades, propriedades ou características de um objeto, de pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação. Uma variável pode tomar diferentes valores para exprimir graus, quantidades e diferenças (Fortin, 2003).

A variável assume a qualidade ou as características de uma pessoa, grupo ou acontecimento, que no caso dos estudos quantitativos são numericamente mensuráveis (Polit, Beck, & Hungler, 2004).

Segundo Pocinho (2009) nos estudos descritivos as variáveis podem ser primárias e complementares. As variáveis primárias são as variáveis principais do estudo, as que influenciam a conclusão do mesmo. As complementares são aquelas que se utilizam para caracterizar os participantes (variáveis de atributo).

As variáveis em estudo foram a percepção relativamente às intervenções do EEER no que concerne o planeamento do regresso a casa e a dependência nas atividades de vida que foram operacionalizadas através da escala validada para a população portuguesa.

A operacionalização das variáveis complementares é apresentada na figura 3, a qual esteve na base do questionário de caracterização (Apêndice E).

Assim, para cada um dos aspetos que se pretendeu avaliar, desenvolveu-se uma questão, na sua maioria questões fechadas.

Neste sentido, as variáveis foram incluídas em questões que ao serem trabalhadas tornaram-se quantificáveis, permitindo a melhor análise e interpretação dos dados produzidos.

Figura 3 - Operacionalização das variáveis de caracterização

NOME DA VARIÁVEL	TIPO	CODIFICAÇÃO
Idade	Discreta	
Género	Nominal	1-Masculino 2-Feminino
Estado civil	Nominal	1-Solteiro 2-Casado/união de Facto 3-Viúvo
Escolaridade	Nominal	1-Não Sabe Ler ou Escrever 2-1º Ciclo do Ensino Básico 3-2º e 3º Ciclo do Ensino Básico 4-Ensino Secundário
Situação profissional	Nominal	1-Doméstica 2-Trabalhador por Conta Própria 3-Trabalhador por Conta de Outrem 4-Reformado/Inválido
Situação de vida	Nominal	1-Vive só 2-Vive com o Cônjuge 3-Vive com outros Familiares
Cuidador informal	Nominal	1-Sim 2-Não
Perceção sobre situação de saúde atual	Nominal	1-Não Sabe 2-Pior 3-Idêntica 4-Melhor
Antecedentes pessoais	Nominal	1-Hipertensão 2-Diabetes Mellitus 3-Hábitos Etílicos 4-P. Cardíacos 5-Problemas Respiratórios 6-P. Ortopneumológicos 7-Problemas Neurológicos 8-Dislipidemia 9-Obesidade 10-Hábitos Tabágicos 11- Doença Mental 12-Outros. Antecedentes
Tipo de dificuldade na mobilidade	Discreta, recodificada numa variável ordinal	1-Sem Especificação 2-Permanece no Leito 3-Anda com Limitações
Tipo de dificuldades sensitiva	Discreta, recodificada numa variável ordinal	1-Visão 2-Tacto 3-Visão+Audição 4-Visão+tacto
Utilização de próteses e ortóteses	Discreta, recodificada numa variável ordinal	1-Óculos 2-Aparelho Auditivo 3-Prótese Déntaria 4-Outra Prótese

Percepção do cliente quanto ao planeamento do regresso a casa pelo enfermeiro de reabilitação e nível de dependência |2020

NOME DA VARIÁVEL	TIPO	CODIFICAÇÃO
Tipo de ajuda técnica	Nominal	1-Ortótese Tronco 2-Ortótese M. superior 3-Ortótese M. Inferior 4-Ajuda Técnica
Medicação	Nominal	1-Sim 2-Não
Diagnostico médico		1-P. Cardíaco 2-P. Respiratório 3-P. Ortopedológico 4-Problema Neurológico 5-Cirurgia Recente 6-Outro Motivo
Dor	Nominal	1-Sim 2-Não
Dispneia	Nominal	1-Sim 2-Não
Cansaço	Nominal	1-Sim 2-Não
Serviço De Internamento Recente	Discreta, recodificada num variável ordinal	1-Não Especificado 2-Cardiologia 3-Ortopedia 4-Neurocirurgia 5-Urologia 6-Consulta Externa 7-Medicina Interna 8-Rede Regional de Cuidados Continuados Integrados 9-Madeira Medical Center 10-Clínica da Sé 11-Clínica de Santa Luzia
Tempo De Seguimento Pelo EEER	Ordinal	
Número De Sessões Semanais Com EEER	Ordinal	

2.6. Instrumentos de colheita de dados

O instrumento de colheita de dados consiste num “*Dispositivo utilizado para coletar dados (por ex. questionário, teste, programação da observação).*” pág. 396. (Polit & Beck, 2018)

Neste estudo, para além do questionário de caracterização foram utilizados dois instrumentos de colheita de dados, com objetivos específicos os quais passaremos a descrever.

2.6.1. Índice de Barthel

O Índice de Barthel (IB) (Apêndice B) é uma escala elaborada por Mahoney e Barthel em 1965 e aferida para a população portuguesa por Araújo, Ribeiro, Oliveira e Pinto em 2007.

Tem como objetivo “quantificar” e monitorizar a (in)dependência dos clientes para a realização das ADV’s. Esta escala tem sido amplamente utilizada tanto na prática clínica como na investigação (Araújo, Ribeiro, Oliveira, & Pinto, 2007).

O IB mede a capacidade de os clientes realizarem dez ADV’s: higiene pessoal, uso do sanitário, controlo de esfíncteres, uso do sanitário, tomar banho, comer e beber, transferência de cadeira para a cama, mobilidade, vestir e despir, subir e descer escadas.

Cada uma das atividades tem uma pontuação. Deste modo o IB dá-nos informação importante, não só a partir da pontuação total, mas também a partir das pontuações parciais para cada atividade avaliada, porque permite conhecer quais as incapacidades específicas da pessoa e como tal adequar os cuidados às necessidades.

O conjunto da escala varia entre 0 e 100, sendo que, 0 corresponde à dependência total em todas as atividades de vida e 100 à independência total.

Os resultados obtidos através da aplicação desta escala serão analisados no capítulo seguinte quando nos referirmos à dependência atual dos participantes.

2.6.2. Questionário de planeamento da alta (PREPARED)

O questionário de planeamento da alta (PREPARED) é um questionário de satisfação que pretende medir a perceção dos clientes relativamente à qualidade das atividades hospitalares no âmbito do planeamento do regresso a casa (Apêndice B).

O questionário PREPARED é da autoria de Karen Grimmer e John Moss o qual resultou de um estudo efetuado em 2001 e que recorreu a entrevistas a clientes, cuidadores informais e profissionais de saúde.

O instrumento é composto por oito dimensões, cujas iniciais lhe dão o nome em língua inglesa:

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

Como a interpretação de saúde é diferente de cultura para cultura e cada cultura tem um sistema de crenças próprio, a perceção sobre a preparação do regresso a casa deverá ter um instrumento de medida validado especificamente para a cultura dos clientes alvo do estudo.

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 do mesmo ano.

A tradução e validação apenas foi direcionada para as versões cliente 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).

O questionário apresenta-se disposto em secções com perguntas ordenadas de uma forma cronológica. A validação de conteúdo foi testada através das correlações entre indicadores de processo e de resultado referentes ao regresso a casa.

É composto por onze itens divididos por quatro dimensões, como podemos verificar na figura 4 que avalia os indicadores de processo.

Figura 4 - Dimensões, itens e pontuações do questionário PREPARED

DIMENSÕES	ITENS	PONTUAÇÃO
Informações sobre estruturas de apoio	II5-II7; III1-III2	1 a 4
Informação sobre medicação	III1-II2; II3	1 a 4 1 a 3
Preparação para a reintegração	III3; V1	1 a 2
Controlo sobre as circunstâncias	IV1- IV2	1 a 3 1 a 2

Fonte - Ferreira et al (2011). PREPARED-P (PREPARED - Satisfação com o planeamento da alta - Questionário para o/a doente)

Por outro lado, o indicador de resultados é obtido pela soma das respostas às quatro perguntas seguintes: 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.

A escala permite associar um conjunto de questões associadas aos custos do internamento e aos serviços utilizados após a alta (deslocação, combustíveis e despesas de saúde no setor público e privado), no entanto, foram excluídas devido ao facto de, na nossa realidade o transporte de clientes ser maioritariamente assegurado pelo SESARAM.

Como já referido anteriormente, a percepção é um processo ativo que requer um processamento de informações e está intrinsecamente com o desempenho cognitivo.

Assim, aplicamos a escala Mini-Mental State Examination (MMSE) (apêndice B) para despiste de défice cognitivo e seleção dos participantes a incluir no estudo da variável percepção do cliente quanto ao planeamento do regresso a casa.

A escala MMSE é um dos instrumentos mais utilizados no rastreio de declínio cognitivo em estudos epidemiológicos, assim como na avaliação global das funções cognitivas em ambiente clínico e de investigação (Morgado, Rocha, Maruta, Guerreiro, & Martins, 2009).

Tem sido utilizado em ambientes clínicos, para a deteção de declínio cognitivo, para o seguimento de quadros demenciais e na monitorização de resposta ao tratamento. Em

pesquisa, tem sido utilizado em estudos populacionais e na avaliação de resposta a estudos experimentais. Faz parte de várias baterias de testes neuropsicológicos, em todo o mundo.

A pontuação do MMSE é influenciada por variáveis demográficas, diminuindo com a idade e com a menor escolaridade sem influencia significativa do género. Esta escala foi adaptada para a população portuguesa em 1994 por Guerreiro et al., determinando valores de “corte” para a deteção de défice cognitivo, que tem sido utilizado desde então como referência. Este valor é de:

- 15 valores em indivíduos iletrados;
- 22 para 1 a 11 anos de literacia;
- 27 para indivíduos com literacia superior a 11 anos

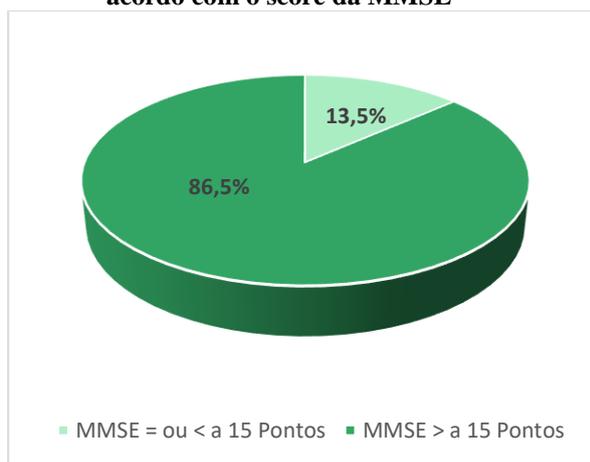
Assim, após a aplicação da MMSE, podemos observar na tabela e gráfico 1 que 86,5% dos participantes atingiu um score superior a 15 e que 13,5% (n=4) apresentaram um score igual ou inferior a 15.

Assim, 13,5% dos participantes no estudo foram excluídos do estudo da variável perceção.

Tabela 1– Distribuição dos participantes de acordo com o score da MMSE

Score MMSE	n	%
MMSE = ou > a 15 Pontos	5	13,5
MMSE < a 15 Pontos	32	86,5
Total	37	100

Gráfico 1 - Distribuição dos participantes de acordo com o score da MMSE



Um valor igual ou inferior a 15 pontos é fortemente correlacionado com comprometimento cognitivo. É um ponto de corte associado com uma menor escolaridade. Pode ser também associado à demência embora outros distúrbios mentais possam também levar a resultados anormais no teste.

2.7. Considerações éticas

Qualquer trabalho de pesquisa que envolva seres humanos, levanta pressupostos morais e éticos. Fortin (2003) afirma que na persecução de novos conhecimentos, existe um limite que não deve ser ultrapassado. Este limite refere-se ao respeito pela pessoa e à proteção do seu direito de viver livre e dignamente enquanto ser humano.

Neste estudo, toda a colheita de dados aos participantes no estudo foi coerente com uma normal abordagem de ER, sendo garantidas as condições de privacidade e confidencialidade inerente. Ressalve-se que em todo o processo, o anonimato e a confidencialidade dos dados foram garantidos pelo recurso a um número de identificação, atribuído a cada participante por ordem de inscrição para figurar depois isolado nos questionários/folhas de registo.

Previamente à participação neste estudo, os potenciais participantes foram informados individualmente da natureza, dos fins, dos procedimentos e metodologias, da identidade e contactos dos investigadores e das condições inerentes à sua participação (Apêndice C).

Após a informação do potencial participante, esclarecimento de dúvidas e validação da compreensão da mesma, foi disponibilizada a folha de informação ao Participante assinada pelo investigador e o documento de consentimento informado foi assinado pelo mesmo e pelo participante (em duplicado).

O participante foi também informado que poderia recusar ou desistir da sua participação, em qualquer momento, sem sofrer qualquer dano ou prejuízo. O contato do pesquisador responsável foi disponibilizado para perguntas ou dúvidas.

Neste sentido o projeto que deu origem a este trabalho foi submetido à apreciação da Comissão de Ética do Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, a qual deu parecer favorável tendo o mesmo sido posteriormente aprovado pelo Conselho de Administração do Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira (Apêndice D).

2.8. Procedimento de colheita de dados

A recolha dos dados foi realizada através dos questionários, referidos anteriormente e correspondentes a instrumentos validados para a população portuguesa. Esta colheita de dados foi realizada por 21 Enfermeiros estudantes do 1º Curso de Mestrado em ER, que como tal estão sujeitos ao cumprimento dos princípios éticos previstos no seu código deontológico e que procederam segundo os critérios éticos descritos previamente.

A recolha de dados foi realizada a 2019/07/05 e nas duas semanas subsequentes, mas reportando-se aos clientes alvo de cuidados de ER no referido dia.

Para a realização deste estudo recorreremos aos cuidados de saúde primários nomeadamente aos 44 centros de saúde da região com EEER que prestaram cuidados a clientes regressados de um período de internamento hospitalar no mês anterior à colheita de dados.

Para garantir a qualidade da execução, a viabilidade do estudo e a confiabilidade desta pesquisa, antes da colheita de dados os investigadores fizeram treino específico e teste-reteste dos instrumentos de colheita de dados durante as duas semanas precedentes à colheita. Em todo o processo de colheita de dados, os participantes foram questionados por investigadores treinados e qualificados.

A recolha de dados foi precedida pela avaliação dos critérios de inclusão, após o que se aplicou o questionário de caracterização do cliente, o IB e o questionário PREPARED, após a aplicação da escala Mini Mental de modo a avaliar a capacidade cognitiva dos participantes.

2.9. Análise e tratamento estatístico dos dados

Para Polit e Beck (2018) a análise estatística na pesquisa quantitativa é utilizada para três propósitos principais, descrever os dados, testar as hipóteses e fornecer evidência quanto às prioridades de medição de variáveis quantitativas.

Na análise de dados foi utilizada a análise descritiva, com as medidas de tendência central e de dispersão como a média e o desvio padrão respetivamente.

Os dados desta investigação foram trabalhados através do programa Excel e Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), com análise estatística e cálculo das Médias, Desvios-padrão, Medianas e Modas. O processamento e análise de dados foi realizado durante o período de 2019/06/22 a 2019/07/28.

2.10. Forma de divulgação dos resultados

Esta investigação corporiza a dissertação inerente ao 1º Curso de Mestrado em ER, a qual será apresentada à Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny no âmbito das provas públicas com vista à obtenção do Grau de Mestre em ER.

Pretendemos divulgar-la através de comunicações em contexto profissional ou em eventos científicos, assim como, um artigo em revista da especialidade são outras formas de disseminação previstas.

Percepção do cliente quanto ao planeamento do regresso a casa pelo enfermeiro de reabilitação e nível de dependência /2020

CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Percepção do cliente quanto ao planeamento do regresso a casa pelo enfermeiro de reabilitação e nível de dependência /2020

Neste capítulo traçamos como objetivo apresentar a temática em estudo através da descrição, análise e discussão dos resultados obtidos.

Após a colheita de dados procedeu-se a uma primeira análise aos questionários, no sentido de verificar o seu cabal e correto preenchimento. Posteriormente foi efetuada uma codificação desses dados de forma a prosseguir com a análise estatística.

Para facilitar a leitura, na apresentação dos resultados, recorreu-se à análise estatística dos mesmos, a qual foi efetuada de forma descritiva.

3.1. Análise descritiva

A análise descritiva resume as manipulações realizadas num estudo quantitativo e tem como principal objetivo resumir, sumarizar e explorar o comportamento dos dados, recorrendo a tabelas de frequências, gráficos e medidas de resumo numérico.

3.2. Caracterização dos participantes

Como vimos anteriormente, os participantes neste estudo foram os clientes seguidos pelos EEER nos vários centros de saúde da RAM, no dia 5 de junho de 2019 e que regressaram a casa de um internamento hospitalar no último mês anterior à colheita de dados, num total de 37 participantes.

A caracterização dos participantes permitir-nos-á conhecer as suas características e incluem variáveis como a idade, a situação de vida, entre outras.

3.2.1. Idade

No que diz respeito à idade dos participantes, esta oscila entre os 45 anos e 92 anos. Apresentou-se, tendencialmente, elevada com a média de 71,6 anos, distribuindo-se entre o valor mínimo de 45 anos e o máximo de 92 anos, com um desvio padrão de 12,3 anos (figura 5).

O Coeficiente de Variação (CV) é definido como a razão do desvio padrão pela média e permite analisar a dispersão em termos relativos, com um valor do CV de 17,17% , o qual indica uma dispersão média dos dados.

Figura 5 - Distribuição dos participantes de acordo com a idade

IDADE	Frequência	37
	Mínimo	45
	Máximo	92
	Média	71,6
	Desvio Padrão	12,3

Portugal acompanha a tendência mundial de aumento da esperança média de vida, registando, segundo os dados mais recentes do INE (2019), uma esperança média de vida de 81,6 anos, com 84,6 anos para as mulheres e de 78,4 anos para os homens.

Em Portugal, paralelamente ao aumento da esperança média de vida, assiste-se à diminuição das taxas de mortalidade infantil e de fertilidade, o que está relacionado com o fenómeno do envelhecimento da população (Petronilho et al., 2017). A previsão é de que de 2012 a 2060 o índice de envelhecimento aumente de 131 para 307 idosos por cada 100 jovens (INE, 2014).

Esta realidade mundial implica que o cliente que recorre ao EEER, seja tendencialmente de faixas etárias mais avançadas e conseqüentemente com uma condição física e problemas associados mais complexos.

Já em 2011 Pinto referiu que as mudanças sociais constituíam um dos desafios mais importantes do século XXI. Obrigando à reflexão sobre questões, que não se restringiam unicamente à idade, mas também aos fatores envolventes que condicionavam a saúde dos indivíduos, como a sua autonomia, independência e qualidade de vida, assim como, os contextos de natureza social e familiar.

Os resultados deste estudo vão ao encontro dos estudos internacionais, nomeadamente o estudo realizado por Bragstad et al. (2012) que ao estudarem os fatores preditores de sucesso da alta hospitalar, inquiriram 142 participantes com média de idade de 85,9 anos, dos quais 70,4% (100) eram mulheres.

Mais recentemente, no estudo realizado por Ponte (2016), o qual estudou a perceção dos cuidadores sobre o planeamento da alta, verificou-se que os idosos cuidados pelos participantes na investigação eram maioritariamente do género feminino (61,0%) e uma percentagem de 39,0 do género masculino. Verificou-se também que a idade dos participantes total oscilou 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 anos.

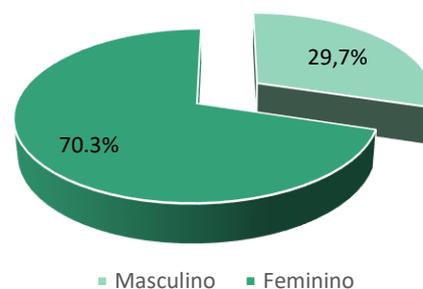
3.2.2. Género

Quanto ao género dos inquiridos obtivemos uma percentagem de 70,3 dos participantes do género feminino e de 29,7% para o género masculino, conforme explicitam a tabela e gráfico 2.

Tabela 2 – Distribuição dos participantes de acordo com o género

Género	n	%
Feminino	26	70,3
Masculino	11	29,7
Total	37	100,0

Gráfico 2 – distribuição dos participantes de acordo com o género



Através da análise de dados podemos observar que os participantes neste estudo apresentam resultados semelhantes aos do estudo realizado por Ferreira et al. (2011), aquando da validação do questionário de planeamento da alta PREPARED para a população portuguesa, em que se verificou igualmente uma distribuição maioritária do género feminino com 70,5% dos participantes.

Também no estudo realizado por Petronilho, et al. (2017) sobre a evolução das pessoas dependentes no autocuidado acompanhadas na rede nacional de cuidados continuados integrados, os participantes do estudo foram maioritariamente mulheres viúvas, confirmando a tendência da «feminização» do envelhecimento que se observa nos países desenvolvidos.

O facto de a mulher viver mais anos pode ser preditor da necessidade de recorrer com maior frequência a cuidados de saúde.

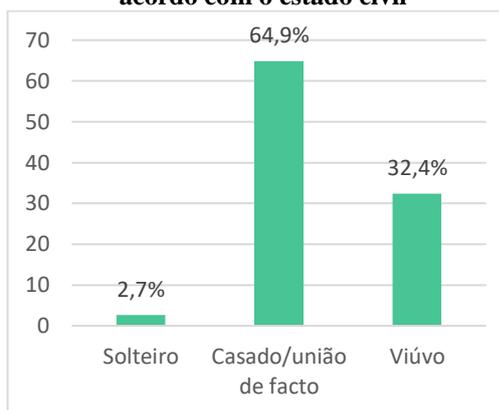
3.2.3. Estado civil

Quanto ao estado civil, a maioria dos participantes situou-se no estado civil de casado ou união de facto com 64,9%, seguido pelo viúvo com 32,4%, tabela 3 e gráfico 3. Apenas 2,7% dos participantes eram solteiros.

Tabela 3 - Distribuição dos participantes de acordo com o estado civil

Estado civil	n	%
Solteiro	1	2,7
Casado/união de facto	24	64,9
Viúvo	12	32,4
Total	37	100,0

Gráfico 3- Distribuição dos participantes de acordo com o estado civil



A realidade portuguesa, expressa no estudo de Leite (2004), refletiu que já em 2003 a esmagadora maioria dos indivíduos residentes em Portugal com idades entre os 30 e os 79 anos estavam casados com registo. As proporções mais elevadas verificam-se entre os 50 e 59 anos.

Em idades mais avançadas verificava-se que 74,2% dos homens e 49,3% das mulheres com 65 ou mais anos estavam casados com registo. Esta diferença devia-se principalmente ao facto das mulheres, enviuvarem mais cedo do que os homens, dada a sobre mortalidade masculina, não tornando a casar.

Os achados apresentados por outros investigadores vieram reforçar esta realidade relativamente ao estado civil e agregado familiar. O estudo de Pinto (2011) sobre a “Independência funcional e Regresso ao Domicílio: Variável chave para a Enfermagem de Reabilitação”, concluiu que 48% dos doentes da sua amostra eram casados e 46% viúvos. A maior percentagem de doentes casados pertencia ao sexo masculino enquanto a viuvez predominava no sexo feminino. Os doentes que viviam com o cônjuge eram maioritariamente homens (61,5%), enquanto que no caso das mulheres eram menos representativos, 29,2%, mas em contrapartida 25% viviam sozinhas *versus* 23,1% dos homens ou com os filhos 37,5%.

Ao nível internacional o estudo de Bragstad et al. (2012), já referido anteriormente, concluiu que 29,1% (41) dos participantes eram casados e 62,4% (88) eram viúvos.

3.2.4. Escolaridade

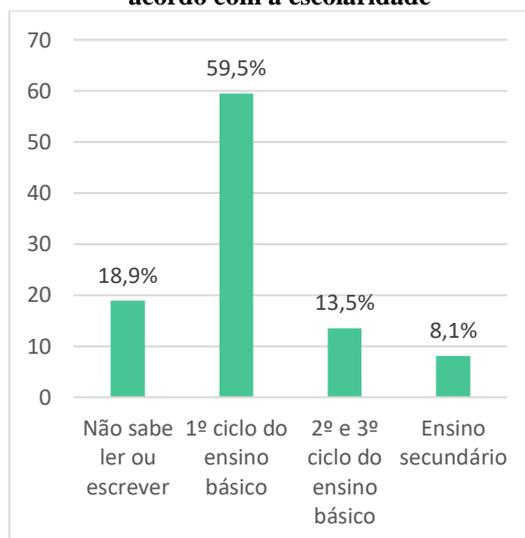
No que concerne a escolaridade 59,5% dos participantes possuem o primeiro ciclo do ensino básico e 18,9% não sabem ler ou escrever, conforme tabela e gráfico 4.

De relevância o facto de 13,5% dos participantes terem frequentado o 2º e 3º ciclos do ensino básico e 8,1% o ensino secundário.

Tabela 4 - Distribuição dos participantes de acordo com a escolaridade

Escolaridade	nº	%
Não sabe ler ou escrever	7	18,9
1º ciclo do ensino básico	22	59,5
2º / 3º ciclo do ensino básico	5	13,5
Ensino secundário	3	8,1
TOTAL	37	100,0

Gráfico 4 - Distribuição dos participantes de acordo com a escolaridade



Os achados deste estudo estão em consonância com estudos já realizados, nomeadamente, por Pinto (2011) que, na sua análise descritiva, concluiu que cerca de metade da sua amostra tinha o 1º ciclo de estudos (48,0%), sendo a percentagem maior no género masculino (53,8%). Salientava ainda que 22% dos sujeitos não sabiam ler nem escrever e que 24% sabiam apenas assinar o seu nome, não tendo, portanto, concluído qualquer ciclo de estudos.

Segundo o estudo realizado por Chau, Soares, Fialho, e Sacadura (2012) intitulado “O Envelhecimento da População: Dependência, Ativação e Qualidade”, relativamente à qualificação académica, a maioria dos inquiridos desse estudo tinha como habilitações a quarta classe (42%), 12% nunca frequentara a escola, 9,2% tinha seis anos de escolaridade, 18,8% nove anos de escolaridade, 15% frequentara o ensino secundário e 1,8 possuía um curso superior (1,1% não respondeu).

Andrade (2016), citando Weiss, salienta que os doentes com baixo índice de literacia têm menor capacidade de compreensão no que diz respeito à medicação prescrita,

forma de a tomar e datas de consulta. Refere ainda que este baixo índice de literacia tem implicações na forma como compreendem o diagnóstico e tratamento e como desenvolvem sentimentos em que se sentem ignorados e ou apressados.

3.2.5. Situação profissional

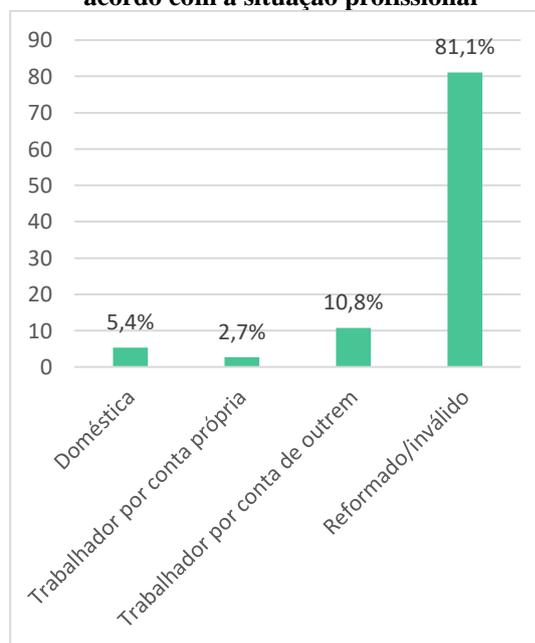
A maioria dos participantes no estudo n=30 (81,1%) encontrava-se reformada ou inválida, tendo em consideração que a maioria estava na faixa etária acima dos 65 anos estes resultados eram espectáveis, tabela e gráfico 5.

É de realçar que 10,8% trabalhavam por conta de outrem e 5,4% eram domésticas, como se pode verificar pela tabela e gráfico seguintes.

Tabela 5 - Distribuição dos participantes de acordo com a situação profissional

Situação Profissional	n	%
Doméstica	2	5,4
Trabalhador por conta própria	1	2,7
Trabalhador por conta de outrem	4	10,8
Reformado/inválido	30	81,1
Total	37	100,0

Gráfico 5 - Distribuição dos participantes de acordo com a situação profissional



O estudo realizado por Petronilho, et al. (2017) 60,7% da amostra era constituída por reformados e pensionistas.

3.2.6. Situação de vida

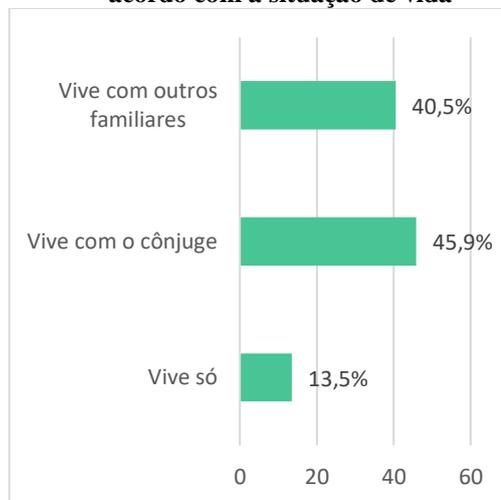
No que diz respeito à situação de vida dos participantes neste estudo, podemos verificar, como explícito na tabela e gráfico seguintes (6), a presença de uma homogeneidade nos dados. Viviam com o cônjuge 45,9% dos participantes, seguindo-se com uma diferença

pequena por elementos que viviam com outros familiares 40,5%. Apenas 13,5% dos participantes viviam sós.

Tabela 6 - Distribuição dos participantes de acordo com a situação de vida

Situação de vida	n	%
Vive só	5	13,5
Vive com o cônjuge	17	45,9
Vive com outros familiares	15	40,5
Total	37	100,0

Gráfico 6 - Distribuição dos participantes de acordo com a situação de vida



Este estudo obteve resultados semelhantes ao estudo de Pinto (2011), denominado “Independência funcional e Regresso ao Domicílio”, no qual se destacaram, com maior representatividade os doentes que viviam com o cônjuge (46%), sendo mais de metade homens, seguido de casos com a mesma percentagem (24%) que viviam sozinhos e/ou com os filhos. Destacaram-se as mulheres como o grupo que maioritariamente vivia só (25%) ou com os filhos (37,55%).

A nível internacional o estudo realizado por Bragstad et al. (2012) já referido, revelou que 66,2% (92) dos participantes viviam sozinhos e 10,6% dos mesmos relataram que não necessitaram de assistência no regresso a casa. Declarações dos participantes mostraram que alguns estavam preparados para ir para o domicílio viver sozinhos, e não referiam isso como um problema. No entanto, alguns participantes sentiam-se solitários e abandonados e outros compartilharam experiências de dificuldades, gerindo-as por conta própria.

A maioria dos participantes vivia acompanhada e tinha um cuidador informal (CI). No entanto, a realidade de pessoas com idade avançada a viver sozinhas é uma verdade cada vez mais presente e um problema social.

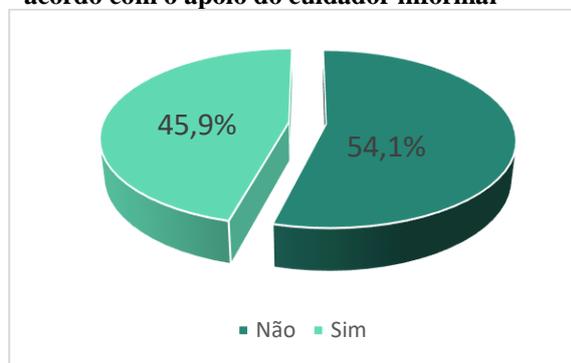
3.2.7. Apoio cuidador informal (CI)

Dos inquiridos verificou-se que 54,1% não tinha CI, tabela e gráfico 7. Isto pode estar relacionado com o facto de os participantes não necessitarem de cuidadores informais, ou com a ausência do mesmo, apesar da necessidade.

Tabela 7 - Distribuição dos participantes de acordo com o apoio do cuidador informal

Apoio do CI	n	%
Não	20	54,1
Sim	17	45,9
Total	37	100,0

Gráfico 7 - Distribuição dos participantes de acordo com o apoio do cuidador informal



Apesar das mudanças ocorridas na sociedade e nas famílias nos últimos anos em Portugal, estas continuam a ter um papel primordial, como cuidadores, continuando a ser considerada a principal fonte de suporte nos cuidados diretos, no apoio psicológico e nos contactos sociais (Pinto & Martins, 2013).

Neste estudo desenvolvido por Pinto & Martins (2013) sobre o regresso ao domicílio do doente e a importância do nível de dependência e do apoio familiar, os resultados mostraram que 44,1% dos cuidadores informais são os respetivos cônjuges (mulheres e homens), seguindo-se as filhas (38,2%) e noras (17,6%). Segundo os mesmos autores esses dados vão de encontro ao Modelo Hierárquico de Shanas, o qual refere que este papel é assumido inicialmente pelo cônjuge, seguindo-se os filhos e, só na impossibilidade destes, o papel é assumido por outros familiares e/ou vizinhos/ amigos.

Salienta que o interesse/disponibilidade demonstrado pelo CI, relativamente aos ensinamentos propostos pelos profissionais de saúde, partiu essencialmente e de forma espontânea, mais por parte das filhas, do que propriamente dos cônjuges.

Na transição para o papel de familiar para cuidador informal, é crucial que o enfermeiro seja capaz de identificar as competências dos familiares, acerca das necessidades de cada situação específica, à qual, terão de dar resposta eficaz na assunção do papel. A natureza do envolvimento, os cuidados a assegurar, as mudanças a efetuar e o período de tempo de todo este processo, terão de ser foco de atenção dos enfermeiros (Petronilho, 2013).

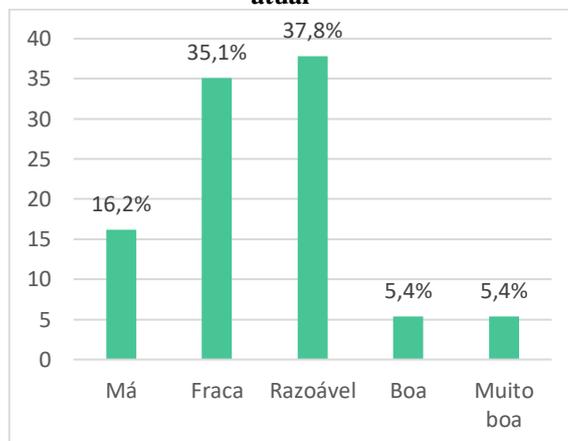
3.2.8. Perceção sobre situação de saúde atual

No caso da perceção sobre a sua própria saúde atual verifica-se através da tabela e gráfico 8, que 37.8% achava a sua saúde razoável e 35,1% percecionava uma saúde fraca.

Tabela 8 – Distribuição dos participantes de acordo com a perceção sobre situação de saúde atual

Perceção da saúde atual	n	%
Má	6	16,2
Fraca	13	35,1
Razoável	14	37,8
Boa	2	5,4
Muito boa	2	5,4
Total	37	100

Gráfico 8 - Distribuição dos participantes de acordo com a perceção sobre situação de saúde atual



No estudo de Morais (2010), sobre “Preparação do regresso a casa: do hospital ao contexto familiar” que pretendeu caracterizar o processo de transição do cliente e cuidador do meio hospitalar para o domicílio assim como determinar alguns fatores envolvidos no processo, concluiu que, um mês após a alta, a maioria da amostra de clientes referia que se encontrava bem de saúde 49,1% (27 clientes). No entanto, existia uma percentagem significativa de clientes que referiam se encontrar razoavelmente a nível de saúde 32,7% (18 clientes), existindo até alguns clientes que se encontravam pior de saúde 10,9% (6 clientes). Os resultados deste estudo estão em concordância com o nosso estudo.

No entanto, existe uma discrepância na percentagem de clientes que se encontravam bem, podendo estar associada às características da amostra, às comorbilidades e outros fatores que determinam e influenciam o estado de saúde de uma população e que são dinâmicos, sistémicos e complexos.

3.2.9. Antecedentes pessoais

Este grupo de questões é referente aos antecedentes pessoais dos participantes. Os antecedentes mais frequentes foram a hipertensão 59,5% (n=22), problemas ortotraumatológicos 51,4% (n=19) e problemas cardíacos 32,4% (n =12), figura 6.

Figura 6 - Distribuição dos participantes de acordo com os antecedentes pessoais

Antecedentes pessoais	Sim		Não	
	n	%	n	%
Hipertensão	22	59,5	15	40,5
Diabetes Mellitus	11	29,7	26	70,3
Hábitos Etílicos	2	5,4	35	94,6
P. Cardíacos	12	32,4	25	67,6
P. Respiratórios	8	21,6	29	78,4
P. Ortotraumatológicos	19	51,4	18	48,6
P. Neurológicos	7	18,9	30	81,1
Dislipidemia	2	21,6	29	78,4
Obesidade	1	2,7	36	97,3
Hábitos Tabágicos	5	13,5	32	86,5
Doença Mental	1	2,7	36	97,3
Outros. Antecedentes	10	27,0	10	73,0

Segundo o estudo desenvolvido por Ward, Schiller, & Goodman (2014) “Multiple chronic conditions among US adults: a 2012 update”, os dados revelaram que 65% das pessoas com idades entre 65 e 84 anos viviam com pelo menos dois problemas de saúde a longo prazo, aumentando para 82% das pessoas com idade ≥ 85 anos. O mesmo estudo refere que um em cada 4 adultos tinha múltiplas doenças crónicas.

A crescente prevalência de múltiplas doenças crónicas levou os Estados Unidos da América (EUA) a considerarem, já em 2010, a procura de novas abordagens, desenvolvendo estudos para este problema clínico e de saúde pública.

Os resultados deste estudo vão ao encontro do realizado por Ponte (2016) que, ao estudar a Percepção dos cuidadores informais sobre o planeamento da alta, verificou que os idosos que eram cuidados pelos participantes nesse estudo apresentavam várias comorbidades, que com maior incidência se encontravam associadas a doenças cardiovasculares 17,1%.

3.2.10. Tipo de dificuldade na mobilidade

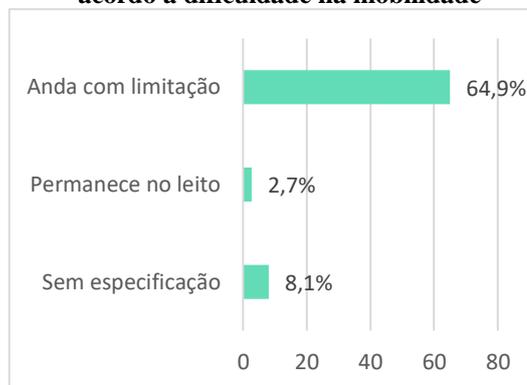
Com o intuito de obter resultados mais consistentes, sentiu-se necessidade de agrupar a mensuração dos dados colhidos referentes às dificuldades de mobilidade (Tabela 9 e gráfico 9). Dos inquiridos 75,7% (n=28) referenciaram dificuldades na mobilidade.

Estes elementos foram divididos por classes de acordo com o grau de alteração da funcionalidade. Assim, 28 dos inquiridos (75,7%) andavam com limitações, 3 dos inquiridos (8,1%) não especificaram qual a dificuldade de mobilidade e 1 inquirido permanecia no leito. De referir que 24,3% (n=9) não responderam a esta questão,

Tabela 9 – Distribuição dos participantes de acordo a dificuldade na mobilidade

Dificuldade Mobilidade	n	%
Anda com limitação	24	64,9
Permanece no leito	1	2,7
Sem especificação	3	8,1
Total	28	75,7

Gráfico 9 - Distribuição dos participantes de acordo a dificuldade na mobilidade



Segundo o Observatório da deficiência e direitos humanos (2017), constatou-se que a prevalência da deficiência era de 11% entre os 25-64 anos e de 42% para a população residente com 65 ou mais anos. A análise da distribuição da população, com deficiência com 5 ou mais anos, revelou ainda que as dificuldades mais frequentes se relacionavam com problemas de memória ou concentração (10%) e mobilidade (andar ou subir degraus, 9%).

Por sua vez, o estudo realizado por Morais (2010) denominado “Preparação Do Regresso A Casa: Do Hospital Ao Contexto Familiar” revelou que as maiores dificuldades vivenciadas pelos clientes, um contexto domiciliário, um mês após a alta, foram a Mobilidade 25,5%. Constataram também nesse estudo, que uma parte dos participantes 21,8% (12) responderam não ter tido qualquer dificuldade na mobilidade.

3.2.11. Tipo de dificuldades sensitivas

As dificuldades sensitivas podem constituir um entrave à preparação do regresso a casa após internamento hospitalar, representando uma barreira à comunicação.

Assim, no que se refere à dimensão dificuldades sensitivas 70,3% (n= 26) apresentavam alguma dificuldade sensitiva, e apenas 29,7% (n =11) não apresentavam qualquer dificuldade sensitiva.

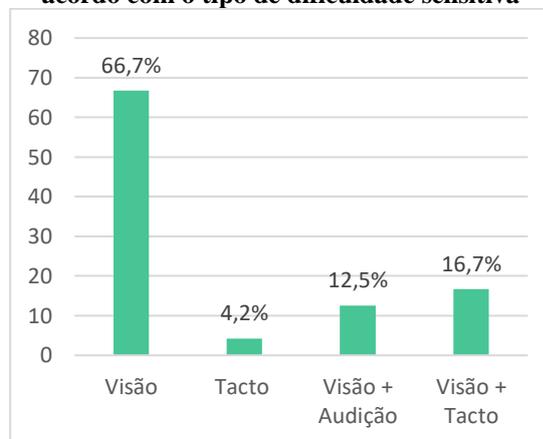
A tabela 10 e respetivo gráfico, representam as respostas dos inquiridos ao grupo de questões referentes ao tipo de dificuldades sensitivas que os participantes apresentavam. Neste grupo, os inquiridos responderam, que na sua maioria apresentavam dificuldades

sensitivas visuais 66,7% (n=16). De relevo os 16,7% (n=4) de participantes com alterações sensitivas conjugadas, visual e táctil, e os 12,5% (n=3) de inquiridos com alterações conjugadas, visual e auditiva.

Tabela 10 - Distribuição dos participantes de acordo com o tipo de dificuldade sensitiva

Dificuldade sensitiva	n	%
Visão	16	66,7
Tacto	1	4,2
Visão + Audição	3	12,5
Visão + Tacto	4	16,7
Total	24	100,0

Gráfico 10 - Distribuição dos participantes de acordo com o tipo de dificuldade sensitiva



3.2.12. Utilização de próteses e ortóteses

Relativamente à dimensão utilização de próteses e ortóteses, após análise da figura 7, verificou-se que as mais utilizadas são os óculos com 73% (n=27), revelando que a percentagem de participantes com dificuldades sensitivas visuais, na sua maioria, apresentava utilização de ortótese (óculos).

Por sua vez, 48,6% utilizavam prótese dentária e 10,8% (n=4) apresentam aparelho auditivo, um aspeto que pode influenciar a comunicação efetiva.

Figura 7 - Distribuição dos participantes de acordo com o tipo de prótese/ortótese utilizada

Prótese/ ortótese	Sim		Não	
	n	%	n	%
Óculos	27	73,0	10	27,0
Auditivo	4	10,8	33	89,2
Prótese dentária	18	48,6	19	51,4
Outra prótese	3	8,1	34	91,9

O facto da percentagem de utilizadores de ortóteses (óculos) ser 27 e os inquiridos que referiram dificuldades sensitivas visuais ser de 23, pode ser indicador de uma adaptação à ortótese que poderia ser um entrave à comunicação.

3.2.13. Tipo de ajuda técnica

Por sua vez, a análise da distribuição dos participantes por ajuda técnica, a figura 8 revela que a maioria dos inquiridos 54,1% (n=20) não utilizavam qualquer ajuda técnica. No entanto, uma percentagem significativa, 45,9% (n=17) utilizavam algum tipo de ajuda técnica.

Destes 17 participantes que recebem ajuda técnica, 2 apenas responderam a ajuda técnica estando omissos na resposta a questão de ortótese, 13,3% utilizam ortótese de tronco e 8,1% referem utilizar ortótese de membro inferior. No entanto, 88,2% dos inquiridos que responderam identificaram as ajudas técnicas como a ajuda mais recorrente.

Figura 8 - Distribuição dos participantes de acordo com o tipo de ajuda técnica utilizada

Tipo de Ajuda Técnica	Sim		Não		Total	
	n	%	n	%	n	%
Ortótese Tronco	2	13,3	13	86,7	15	100
Ortótese M. superior	0	0	15	100	15	100
Ortótese M. Inferior	3	8,1	12	80,0	15	100
Ajuda Técnica	15	88,2	2	11,8	17	100

Este estudo apresenta resultados que vão ao encontro dos resultados obtidos no estudo de Teixeira (2010) sobre a “Perspectiva ética da atribuição de ajudas técnicas/produtos de apoio a doentes idosos com dependência funcional” onde dos 68,1% dos idosos da amostra que utilizavam ajudas técnicas, a maior parte estavam associadas a alteração da mobilidade, característica na faixa etária da população alvo.

Logo as principais ajudas atribuídas eram para compensar a alteração de mobilidade, como camas articuladas, cadeiras de rodas, canadianas, bengalas e almofadas anti-escaras.

3.2.14. Medicação

Sendo um item persistentemente importante no planeamento do regresso a casa, a medicação é, igualmente, um fator crucial na reabilitação, pelo que o conhecimento aprofundado da medicação é fator facilitador da reintegração na comunidade e da reabilitação dos clientes.

Um controlo da sintomatologia associada a doenças crónicas e situações agudas permite ao cliente e ao EEER dirigirem o foco para a reabilitação.

A maioria dos inquiridos (n=34), tabela 11 e gráfico correspondente (11), constituindo 91,9% dos participantes fazem medicação.

Tabela 11 - Distribuição dos participantes de acordo com a toma de medicação

Medicação	n	%
Não	3	8,1
Sim	34	91,9
Total	37	100,0

Gráfico 11 - Distribuição dos participantes de acordo com a toma de medicação



A realidade deste estudo está de acordo com a realidade mundial. Entre 2015–2016, 45,8% da população dos EUA usavam medicamentos prescritos nos últimos 30 dias. O uso de medicamentos prescritos aumentou com a idade, de 18,0% das crianças com menos de 12 anos para 85,0% dos adultos com 60 anos ou mais (Crescent, Craig , Qiuping , & Cynthia, 2019).

3.2.15. Diagnóstico Médico

Pela observação minuciosa da figura 9, verificamos que os itens aos quais corresponderam percentagens mais elevadas, revelando maior predomínio, foram os diagnósticos médicos do foro orto traumatológico com 24 participantes e uma percentagem de 64,9, seguidos pelas cirurgias recentes 16,2%, problemas respiratórios 13,5% e problemas cardíacos 10,8%.

Figura 9 - Distribuição dos participantes de acordo com o diagnóstico médico

Diagnostico medico	Sim		Não		Total	
	n	%	n	%	n	%
P. Cardíaco	4	10,8	33	89,2	37	100
P. Respiratório	5	13,5	32	86,5	37	100
P. Ortotraumatológico	24	64,9	13	35,1	37	100
Problema Neurológico	3	8,1	34	91,9	37	100
Cirurgia Recente	6	16,2	31	83,8	37	100
Outro Motivo	3	8,1	34	91,9	37	100

Quando realizado o paralelismo entre os resultados deste estudo e da evidência proporcionada pelo estudo de Pontes (2016), referido anteriormente, constatamos que o motivo que conduziu ao internamento nesse estudo em maior percentagem foi o diagnóstico de patologia respiratória (26,8%), seguido do diagnóstico de patologia cardíaca (19,5%), havendo um percentual de 31,7 cujo internamento se deveu à conjugação de múltiplos diagnósticos médicos. Esta diferença de resultados pode estar associada à natureza dos clientes encaminhados pelos EEER a partir dos serviços de internamento.

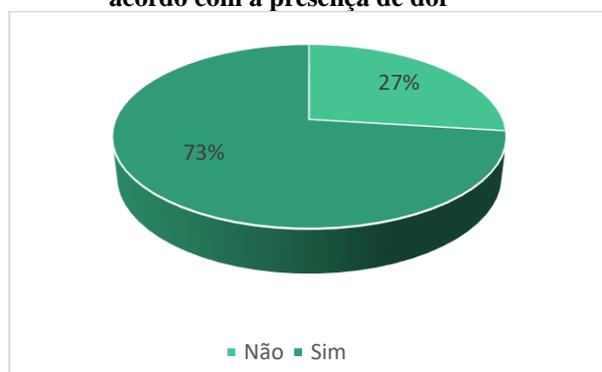
3.2.16. Dor

De suma importância para a caracterização dos participantes, é o facto de 73% (n =27) dos mesmos referirem que sentiam dor, tabela e gráfico 12.

Tabela 12 - Distribuição dos participantes de acordo com a presença de dor

Dor	n	%
Não	10	27,0
Sim	27	73,0
Total	37	100,0

Gráfico 12 - Distribuição dos participantes de acordo com a presença de dor



O estudo realizado por Mills, Nicolson, e Smith (2019) vem realçar que embora a ciência médica tenha a capacidade de aliviar a dor da mais moderada à intensa, pesquisas sugerem que a dor crônica afeta 13-50% dos adultos no Reino Unido. Sendo que, dos que vivem com dor crônica, 10,4-14,3% apresentaram dor crônica incapacitante moderada a grave.

O controlo da dor não passa apenas pelo acesso à medicação, mas também à informação e a posologia adequada à gravidade da dor. Em Portugal a prevalência da dor crónica em Portugal é de 36,6%; os custos associados à dor crónica ascendem a 738,85 milhões de euros; a dor crónica representa 2,7% do Produto Interno Bruto nacional (Kislaya & Neto, 2014).

3.2.17. Dispneia e Cansaço fácil

Outros sintomas de relevância para a reabilitação são a dispneia e o cansaço fácil. 27% (n=10) dos inquiridos referiram dispneia e 43,2% (n=16) referiram cansaço fácil (figura 10).

Figura 10 - Distribuição dos participantes de acordo com a sintomatologia

Sintomatologia	Sim		Não		Total	
	n	%	n	%	n	%
Dispneia	10	27,0	27	73,0	37	100
Cansaço fácil	16	43,2	21	56,8	37	100

A dispneia deve-se a um desequilíbrio entre a demanda e a capacidade respiratória. A prevalência é de aproximadamente 30% para aqueles com 65 anos ou mais, de acordo com a inclinação do piso. A dispneia é um forte preditor de mortalidade em indivíduos idosos (Mahler, 2017).

A fadiga é um sintoma associado a muitos distúrbios, é especialmente comum em adultos mais velhos e pode ter uma enorme influência negativa na qualidade de vida.

No estudo desenvolvido por Hardy & Studenski, (2008), o qual estudou a fadiga numa amostra de 572 participantes, 212 participantes (43%) relataram sentir-se cansados a maior parte do tempo.

Entre os participantes do estudo de Hardy e Studenski (2008) que relataram cansaço, 33 (16%) disseram que sua função não foi afetada, 62 (29%) um pouco, 61 (29%) moderadamente e 56 (26%) bastante.

3.2.18. Serviço de internamento recente

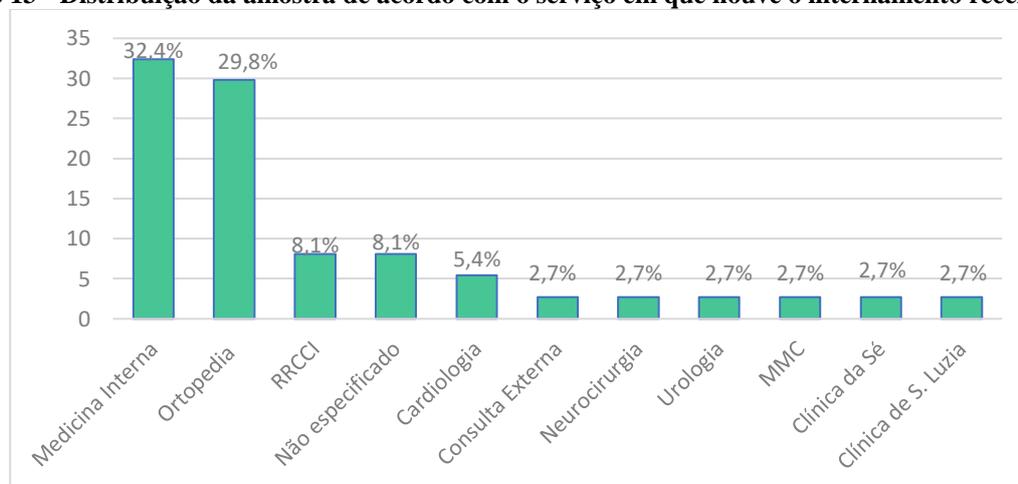
Quanto ao serviço de internamento onde os inquiridos estiveram internados no mês antecedente à colheita de dados, como ilustrado na tabela e gráfico 13, o serviço de medicina interna foi o principal serviço de onde foram oriundos os participantes neste estudo com 32,4% (n =12), seguido pelo de ortopedia com n=11 (29,7%) e pela rede regional de cuidados continuados com 8,1% (n=3).

Uma percentagem de 8,1 (n =3) dos inquiridos provinham do sector privado.

Tabela 13 - Distribuição dos participantes de acordo com o serviço em que houve o internamento recente

S. Internamento recente	n	%
Medicina Interna	12	32,4
Ortopedia	11	29,8
Rede Regional de Cuidados Continuados Integrados	3	8,1
Não especificado	3	8,1
Cardiologia	2	5,4
Consulta Externa	1	2,7
Neurocirurgia	1	2,7
Urologia	1	2,7
Madeira Medical Center	1	2,7
Clínica da Sé	1	2,7
Clínica de S. Luzia	1	2,7
Total	37	100,0

Gráfico 13 - Distribuição da amostra de acordo com o serviço em que houve o internamento recente



Podemos observar que neste estudo os participantes são provenientes de ambientes hospitalares diversos existentes na RAM. No estudo realizado por Ferreira et al. (2011) a maior percentagem de clientes, 41.9%, provinham da cirurgia de cabeça e pescoço/ urologia, 30,2% da cirurgia geral e 27,9% da ginecologia.

Este resultado está relacionado com as cirurgias realizadas aquando a colheita de dados e os serviços onde foram colhidos os mesmos. No caso deste estudo inclui todos os clientes seguidos pelo EEER, refletindo uma amostra de 37 participantes, mas proveniente de uma ampla diversidade de serviços.

3.2.19. Tempo de seguimento pelo EEER

Podemos observar através da figura 11 que o mínimo de dias de seguimento pelo EEER foi de 1 dia e o máximo de 2555 dias, com uma média de 209,6 dias. Podemos concluir que apesar dos participantes terem tido um internamento recente, o seguimento de alguns deles pelo enfermeiro de reabilitação era já realizado anteriormente ao internamento.

Figura 11 - Distribuição dos participantes de acordo com o tempo de seguimento pelo EEER

Tempo de seguimento EEER	Frequência	37
	Mínimo	1,0
	Máximo	2555,0
	Media	209,6
	Desvio Padrão	471,8

3.2.20. Número de sessões semanais com EEER

No que concerne o seguimento pelo enfermeiro de reabilitação em sessões semanais, podemos observar através da figura 12, que o mínimo de sessões realizadas foi 1x semana, o máximo foi de 5 sessões semanais, o que implica uma sessão diária e nos dias úteis, visto que os centros de saúde não disponibilizam EEER ao fim de semana.

A média é 1,9 dias, o que pressupõe que a maioria dos participantes tem 2 sessões semanais de cuidados de ER.

Figura 12 - Distribuição dos participantes de acordo com o número de sessões semanais com o EEER

Nº de sessões semanais com EEER	Frequência	37
	Mínimo	1,0
	Máximo	5,0
	Media	1,9
	Desvio Padrão	0,9

3.3. Índice de Barthel

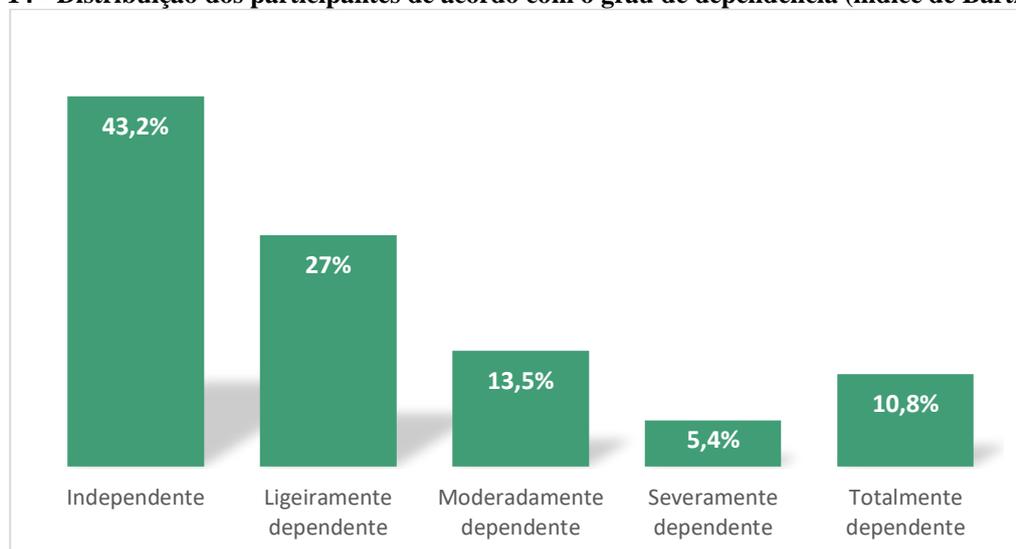
Neste subcapítulo, procedemos à caracterização dos participantes, de acordo com o grau de dependência avaliado através do IB.

Constatámos que 16 participantes (43,2%) eram independentes na realização das atividades de vida, 10 inquiridos (27%) eram parcialmente dependentes, 5 (13,5%) eram moderadamente dependentes e 4 participantes (10,8%) eram totalmente dependentes, tabela e gráfico 14.

Tabela 14 – Distribuição dos participantes de acordo com o grau de dependência (índice de Barthel)

Grau de Dependência	n	%
Independente	16	43,2
Ligeiramente dependente	10	27
Moderadamente dependente	5	13,5
Severamente dependente	2	5,4
Totalmente dependente	4	10,8
Total	37	100

Gráfico 14 - Distribuição dos participantes de acordo com o grau de dependência (índice de Barthel)



Na opinião de Andrade (2009), na transição da idade adulta para a terceira idade e desta para a quarta idade (idade superior a 85 anos), a pessoa depara-se com algumas mudanças, nomeadamente do ponto de vista biológico, as quais conduzem à diminuição da capacidade funcional.

Esta realidade, foi referida há alguns anos por Grimmer e Moss (2001), quando os autores afirmaram que se torna evidente a necessidade na assistência e reabilitação das pessoas 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.

Mais recentemente, o estudo de Pinto e Martins (2013) “Regresso do doente ao domicílio: importância do nível de dependência e do apoio familiar”, revelou o grau de dependência dos doentes que regressaram ao seu domicílio. Verificaram que da sua amostra 76,5% apresentavam dependência moderada. Dos inquiridos que regressaram para casa dos familiares, (43,8%) apresentavam dependência total, (31,2%) dependência moderada e (25%) dependência grave.

Neste contexto Petronilho (2013) reforçou que, os enfermeiros podem constituir um recurso significativo na ajuda dos clientes dependentes, a preservar a sua capacidade de desempenho nas atividades do dia-a-dia e a melhorar a sua autonomia. Este suporte pode ser fornecido, quer através do desenvolvimento de competências nos próprios dependentes, quer através do desenvolvimento da mestria nos familiares para o exercício do papel de prestadores de cuidados.

3.3.1. Dependência por atividade de vida

No contexto clínico o IB dá-nos informação importante não só a partir da pontuação total, mas também a partir das pontuações parciais para cada atividade avaliada, permitindo assim conhecer quais as incapacidades específicas da pessoa e como tal adequar os cuidados às suas necessidades (Araújo et al., 2007).

No momento da colheita de dados, foi possível avaliar os participantes quanto ao nível de independência quando se encontravam em casa. A análise da figura 13 mostra que, no primeiro mês após o regresso a casa, globalmente, a grande maioria dos participantes apresentavam maior dependência nas atividades de higiene corporal (29,7% dos participantes dependentes), banho (51,4% dos participantes dependentes) e o uso de sanitário (18,9% de participantes dependentes). No domínio da mobilidade, destaca-se o subir de descer escadas (32,4% dos participantes dependentes e 27% necessita de ajuda), a transferência cadeira-cama (com 10,8% dos participantes dependentes, 18,9% necessitando de grande ajuda e 18,9% necessitando de ajuda) e a deambulação (18,9% dependente na deambulação e 29,7% que necessita de ajuda).

Figura 13 - Distribuição dos participantes de acordo com a dependência nas diversas atividades de vida

Atividades de vida	Independente		Necessita de ajuda		Necessita de grande ajuda		Dependente		total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Alimentação	28	75,7	8	21,6	-	-	1	2,7	37	100
Vestir	16	43,3	11	29,7	-	-	10	27	37	100
Banho	18	48,6	-	-	-	-	19	51,4	37	100
Hig. Corporal	26	70,3	-	-	-	-	11	29,7	37	100
Uso do sanitário	21	56,8	9	24,3	-	-	7	18,9	37	100
Contr. Intestinal	29	78,4	4	10,8	-	-	4	10,8	37	100
Controlo Vesical	26	70,3	8	21,6	-	-	3	8,1	37	100
Subir escadas	15	40,6	10	27	-	-	12	32,4	37	100
Trf. cadeira-cama	19	51,4	7	18,9	7	18,9	4	10,8	37	100
Deambulação	18	48,7	11	29,7	1	2,7	7	18,9	37	100

Estes dados estão em concordância com os 64,9% de participantes que referiram andar com limitações no questionário de caracterização, podendo concluir que essas limitações foram geradoras de algum tipo de dependência.

No seu estudo Petronilho et al. (2017) verificaram, através de contacto telefónico, que ao 1º mês após a alta hospitalar, dos 117 doentes dependentes estudados e que se encontravam em casa, a grande maioria apresentava um nível de dependência muito elevado (“dependente não participa” ou “necessita de ajuda de pessoa”). Nos domínios do autocuidado “elevar-se”, “virar-se” e “transferir-se”, verificaram que a maior percentagem de doentes autónomos ou só “necessitavam de equipamento” ou eram “completamente independentes”.

O envelhecimento e a saúde dos mais idosos surgem como questões cruciais da sociedade contemporânea. Já em 2002 a Organização Mundial de Saúde, referia que, atingida uma maior longevidade, graças à melhoria das condições de higiene, socioeconómicas e dos cuidados de saúde, resultado de uma ação cada vez mais preventiva, o desafio nesse momento era que este acréscimo nos anos de vida, seja um acréscimo de qualidade, proporcionando um envelhecimento digno e o mais independente possível. Ganha assim maior ênfase o envelhecimento ativo, definido como o processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, para melhorar a qualidade de vida das pessoas que envelhecem.

O estudo realizado por Ramos (2015), sobre a dependência dos doentes na admissão e na alta mostrou que: na admissão, apenas 20% dos doentes apresentavam resultados compatíveis com a existência de algum tipo de dependência, enquanto que 80% eram autónomos.

Neste estudo é sugerido que as necessidades dos doentes devem ser identificadas, para facilitar a continuidade dos cuidados de saúde na transição do meio hospitalar para o domicílio ou outra instituição. A escala de CADEM foi aplicada no momento da alta hospitalar do doente para se compreender qual a relação entre a hospitalização e o grau de autonomia. Foi possível identificar um aumento bastante significativo dos níveis de dependência dos doentes. Significa que, à data da alta, os doentes apresentavam maior necessidade de apoio nos cuidados.

Assim Ramos (2015) concluiu que os clientes exigem ajuda e compreensão por parte profissionais, uma grande percentagem de cuidadores estão deficientemente preparados para assumir o papel de prestador de cuidados, existindo uma falta de informação e uma necessidade de novas habilidades para prestar o apoio adequado (Ramos, 2015).

3.4. Questionário de planeamento PREPARED

3.4.1. Informação sobre estruturas de apoio

O conjunto de questões contempladas no questionário de planeamento da alta PREPARED, pretende aferir qual a perceção dos participantes em relação ao conjunto de informações e intervenções específicas do EEER, sobre as estruturas de apoio que facilitam a reintegração do mesmo na comunidade. Os resultados obtidos estão divididos por categorias de acordo com o tipo de informação.

Relembramos que previamente à aplicação do questionário PREPARED, foi aplicada a escala MMSE a todos os participantes no estudo de modo a verificar os que apresentavam desempenho cognitivo para responder ao questionário de planeamento da alta PREPARED. Os resultados revelam que só 32 participantes apresentavam valores superiores a 15 valores e encontravam-se dentro dos critérios de aplicação do questionário. Pelo que os dados referentes à perceção relacionada com a atuação do EEER no que concerne o planeamento do regresso a casa referem-se a 32 participantes.

O planeamento do regresso a casa pode levar ao aumento da satisfação dos clientes e dos profissionais de saúde. Gonçalves-Bradley et al. (2016) citando o estudo de Laramée (2013) afirmam que os participantes no estudo relataram aumento da satisfação com o atendimento hospitalar, alta hospitalar e recuperação no domicílio quando foram alvo de um planeamento da sua alta hospitalar, ou seja, do planeamento do seu regresso a casa.

3.4.1.a. Informações fornecidas sobre as atividades de vida diárias

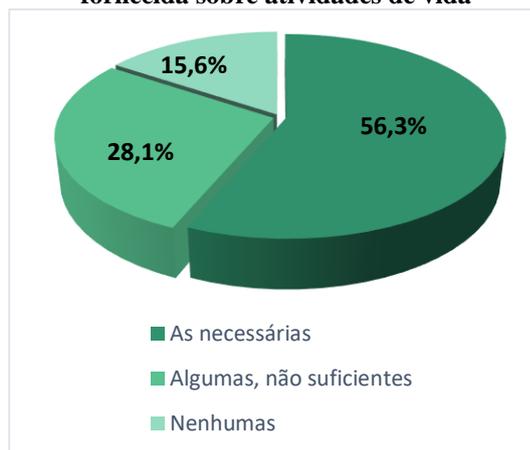
Como se pode observar na tabela e gráfico 15, e no que diz respeito às informações sobre como realizar as AVD's no domicílio, a maioria dos participantes (56,3%) considerou que a EEER forneceu as informações necessárias para realizar as AVD's.

Apesar disso, como podemos observar, 43,7% referiu não ter recebido informações suficientes ou não ter recebido qualquer informação (28,1% e 15,6% respetivamente).

Tabela 15 - Distribuição dos participantes de acordo com a percepção sobre informação fornecida sobre atividades de vida

Informação sobre AVD	n	%
As necessárias	18	56,3
Algumas, não suficientes	9	28,1
Nenhumas	5	15,6
Total	32	100,0

Gráfico 15 - Distribuição dos participantes de acordo com a percepção sobre informação fornecida sobre atividades de vida



Vários estudos investigaram a capacidade de executar as atividades de vida. No entanto, encontramos poucos estudos que incidam sobre o planejamento do regresso a casa e a informação fornecida de forma à capacitação para executar as atividades de vida. Em 2000, um estudo desenvolvido por Driscoll, intitulado “Managing post-discharge care at home: an analysis of patients' and their carers' perceptions of information received during their stay in hospital” concluiu que 45% dos clientes tinham sido informados do nível de atividade que podiam executar após a alta e 60% dos clientes foram informados sobre quais atividades a evitar.

Já o estudo de Ferreira et al. (2011) concluiu que 75.4% dos clientes acharam que recebiam as informações necessárias para se sentir confiantes para o regresso a casa.

Em 2013 o estudo de Pinto e Martins “Regresso do doente ao domicilio : Importância do nível de dependência e do apoio familiar” concluiu que os ensinamentos percebidos com maior pertinência pelos doentes e cuidadores informais na preparação do regresso a casa, logo com maior representatividade, foram ordenadamente: alimentação, transferências (cama/cadeira e vice-versa), treino de marcha, prevenção de quedas e posicionamentos.

Encontramos mais estudos que investigaram a percepção dos cuidadores, como o estudo de Pereira e Petronilho (2015) que concluiu que, cerca de 66,7% dos familiares cuidadores inquiridos referiam sentir-se com confiança, sendo que estes são constituídos na sua totalidade por indivíduos com experiência anterior no papel de cuidador.

No estudo realizado por Santo (2018), os dados revelaram que 73% dos participantes referiram ter recebido a informação necessária para a realização das ADV's e 20% refere ter recebido algumas informações, não as suficientes.

Apesar de em menor percentagem os dados dos restantes estudos estão em concordância com este estudo.

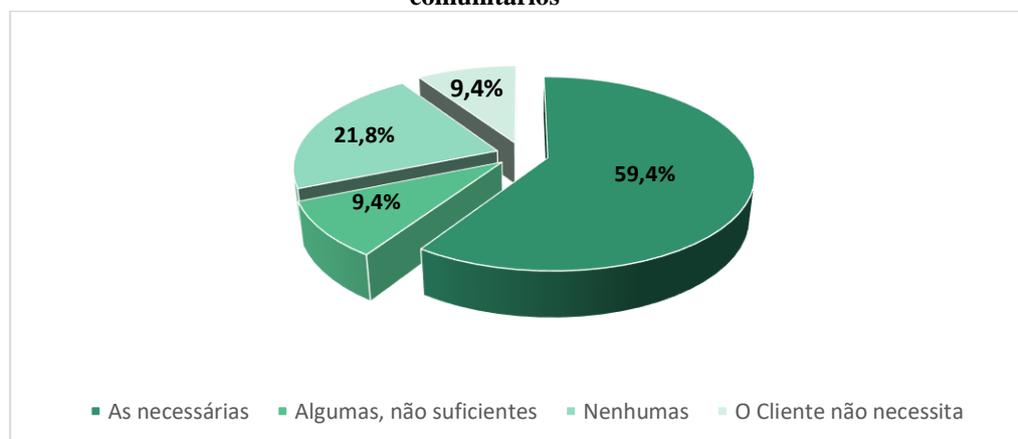
3.4.1.b. Informações sobre existência de serviços comunitários

Relativamente às informações fornecidas pelo EEER sobre os serviços comunitários disponíveis, concluímos, através da análise da tabela 16 e respetivo gráfico (16), que 59,4% dos participantes afirmaram que obtiveram as informações necessárias e 21% dos participantes afirmaram não ter recebido qualquer informação.

Tabela 16 - Distribuição dos participantes de acordo com a informação fornecida sobre serviços comunitários

Inf. Serviços comunitários	n	%
As necessárias	19	59,4
Algumas, não suficientes	3	9,4
Nenhumas	7	21,8
O Cliente não necessita	3	9,4
Total	32	100,0

Gráfico 16 - Distribuição dos participantes de acordo com a informação fornecida sobre serviços comunitários



O estudo realizado por Hesselink et al. em 2013, já evidenciava que tinham sido encontradas informações deficitárias na qualidade da informação fornecida no hospital aos clientes, tanto a fornecida pelos médicos (42%) como enfermeiros (37%) que indicavam que os pacientes muitas vezes não eram informados com clareza suficiente, em particular sobre os recursos para os tratamentos e acompanhamento, medicação e cuidados necessários.

Segundo Gonçalves-Bradley et al. (2016) intitulada “*Discharge planning from hospital*” é incerto se o planeamento do regresso a casa tem impacto na procura de cuidados de saúde primários. No entanto, apesar da pouca evidência, os mesmos autores referem que um estudo realizado por Weinberger (1996) mediu a procura de cuidados e relataram um

aumento desta procura de cuidados primários nos clientes que tiveram um planeamento do regresso a casa.

A mesma Cochrane referiu que, o momento de início de planeamento do regresso a casa após alta hospitalar (seja no início da hospitalização ou aquando da alta) tinha impacto na organização de outros serviços, tendo alguma influência sobre a rapidez com que esses serviços podem começar a ser fornecidos (Gonçalves-Bradley et al., 2016).

O nosso estudo vai ao encontro do estudo realizado por Pereira & Petronilho (2018) que concluiu que 30% da amostra não recebeu qualquer informação sobre serviços comunitários. No entanto, no nosso estudo, os dados são mais favoráveis, pois 59.4% da amostra recebeu a informação necessária enquanto que no estudo realizado por estes autores apenas 10% recebeu a informação necessária. Esta discrepância pode dever-se à percentagem de EEER nos serviços da região e ao acesso dos clientes aos mesmos.

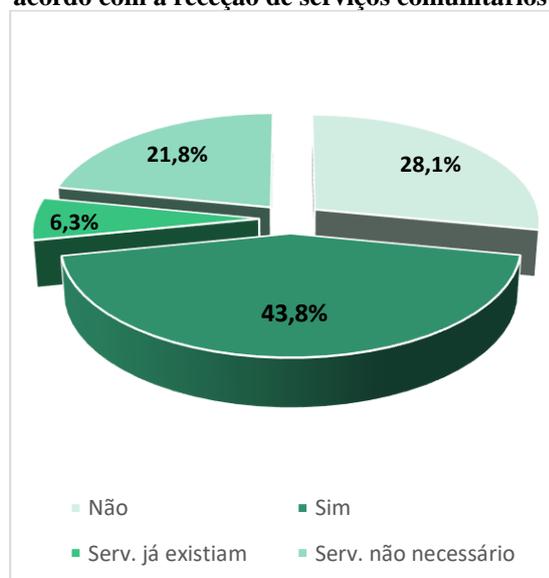
3.4.1.c. Fornecer serviços comunitários

No que se refere ao fornecimento de serviços comunitários podemos observar pela tabela e gráfico 17, que 43,8% dos inquiridos obtiveram serviços comunitários e 28,1% ainda não tinham tido acesso aos serviços comunitários. Dos participantes 21,8% não necessitaram de serviços comunitários.

Tabela 17 - Distribuição dos participantes de acordo com a receção de serviços comunitários

Receção de serviços comunitários	n	%
Não	9	28,1
Sim	14	43,8
Serviços já existiam	2	6,3
Serviço não necessário	7	21,8
Total	32	100,0

Gráfico 17- Distribuição dos participantes de acordo com a receção de serviços comunitários



Segundo o estudo de Bragstad et al. (2012) dos inquiridos, 67,6% (96) receberam ajuda em casa. Apesar disso, 28,4% (35) dos participantes relataram que sentiram que a

ajuda dos serviços sociais não era adequada. Declarações dos participantes sugeriram que o sentimento de inadequação decorreu do facto de estes sentirem que, a ajuda era insuficiente, essencialmente, quanto às horas de serviço e sentirem necessidade de mais ajuda com tarefas como compras de supermercado e limpeza da casa.

Segundo o estudo de Ferreira et al. (2011), a maioria dos inquiridos, 70,2%, não necessitaram de serviços comunitários. No entanto, 17,4% referiram que não foi proporcionado serviço comunitário e apenas 2,5% referiram que alguém lhes proporcionou serviço comunitário.

Já em 2013, no seu estudo Pinto e Martins verificaram que uma pequena percentagem de participantes, já usufruía de alguma ajuda comunitária na altura da admissão ao hospital, destacando-se fundamentalmente o apoio domiciliário, porém no momento da alta a sua procura teve um acréscimo bastante significativo. No caso do nosso estudo não foi possível fazer a distinção dos participantes que, aquando a admissão, já usufruíam de serviços comunitários e os que os adquiriram após o regresso a casa.

Quanto ao estudo realizado por Pereira & Petronilho (2015), no que diz respeito a informações fornecidas aos cuidadores sobre as estruturas de apoio, aproximadamente 90,5% da amostra assumiu não ter tido informações sobre métodos de gestão de tarefas habituais no cuidar do utente, bem como informações sobre serviços disponíveis para cuidadores.

O estudo realizado por Domingues (2016), veio reforçar os benefícios da ER como orientadora na preparação do regresso a casa durante o internamento, e na comunidade, e o papel do EEER na ajuda da recuperação da qualidade de vida. Já no contexto domiciliário, a intervenção do EEER teve impacto na adaptação do domicílio e nos ganhos na recuperação. Daí, ser crucial o encaminhamento dos clientes e o contacto entre os profissionais de ER.

3.4.1.d. Informações sobre equipamento

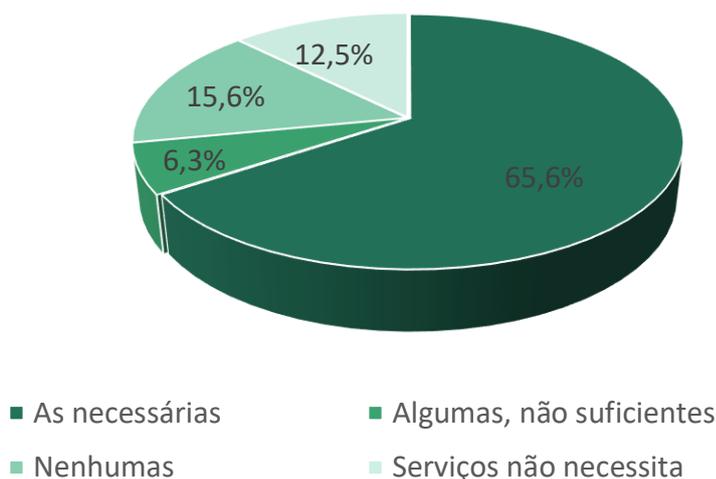
Na análise das percentagens, no que respeita ao fornecimento de informação sobre equipamento e ajudas técnicas, podemos observar através da tabela 18 e gráfico 18 que: 65,6% (21 pessoas) considerou que obteve as informações necessárias; 15,6% (n =5) consideraram que não receberam qualquer informação.

De salientar, que 12,5% dos inquiridos não necessitaram de equipamentos.

Tabela 18 - Distribuição dos participantes de acordo com a informação fornecida sobre equipamento

Informações sobre equipamento	n	%
As necessárias	21	65,6
Algumas, não suficientes	2	6,3
Nenhumas	5	15,6
Serviços não necessita	4	12,5
Total	32	100,0

Gráfico 18- Distribuição dos participantes de acordo com a informação fornecida sobre equipamento



Este estudo obteve maiores percentagens de participantes que receberam informações necessárias do que os estudos encontrados a nível nacional, nomeadamente, o estudo de Ferreira et al. (2011), o qual concluiu que 70,2% não necessitavam de equipamento. No entanto, só 10,2% tinham tido informação sobre o equipamento.

Por outro lado, o estudo de Pereira & Petronilho (2018) revelou que apenas 13,3% da amostra obteve informações necessárias sobre os serviços e equipamentos. Este resultado pode estar relacionado com o facto de que neste estudo 46,7% da amostra não necessitar destes serviços.

Esta discrepância de resultados pode estar relacionada com o facto da nossa amostra ser constituída essencialmente por participantes com patologias do foro ortopédico e necessitarem durante o internamento de diferentes equipamentos.

Tal facto foi evidente no questionário de caracterização em que 88,2% dos participantes utilizavam ajudas técnicas.

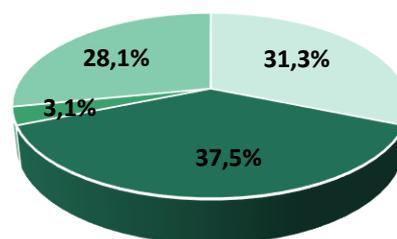
3.4.1.e. Arranjou equipamento

Segundo os dados revelados pela tabela e gráfico 19, uma grande percentagem dos participantes, 28,1%, não necessitaram de equipamento ou ajudas técnicas. A maior parte, 37,5%, dos participantes precisaram de utilizar ajudas técnicas e receberam orientações do EEER sobre a aquisição da mesma e apenas 3,1% já tinham adquirido esse equipamento antes da hospitalização. De salientar que 31,3% dos inquiridos que necessitaram de ajuda técnica ainda não receberam orientações do EEER sobre a sua aquisição.

Tabela 19 - Distribuição dos participantes de acordo com a presença do EEER que orientou para arranjar equipamento

Orientação sobre equipamento	n	%
Não	10	31,3
Sim	12	37,5
Serviço já existiam	1	3,1
Serviço n. Necessário	9	28,1
Total	32	100,0

Gráfico 19- Distribuição dos participantes de acordo com a presença do EEER que orientou para arranjar equipamento



- Não
- Sim
- Serviço já existiam
- Serviço não necessário

No estudo realizado por Ferreira et al. (2011), os investigadores concluíram que a maioria da amostra não necessitava de equipamento, no entanto, 2,6% da amostra tiveram alguém que lhes proporcionou equipamento.

3.4.2. Informações sobre Medicação

3.4.2.a. Informação sobre medicação a fazer em casa

Já na tabela e gráfico 20 são apresentados os resultados obtidos relativamente à questão relacionada com a Medicação, cada vez mais reconhecida como uma área de intervenção fundamental do EEER.

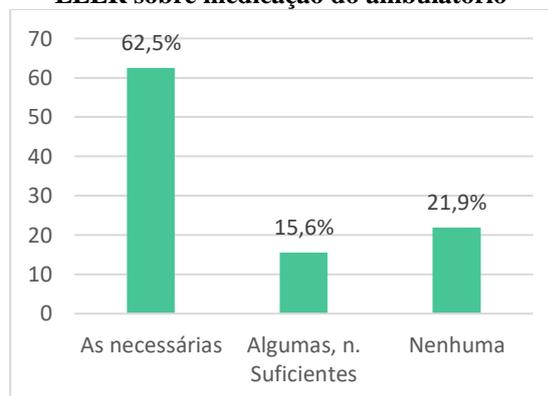
Nesta análise da tabela 19 e respetivo gráfico, pode verificar-se que a maioria dos participantes, 62,5%, referiu ter recebido do EEER informações sobre a medicação fazer em ambulatório, ou seja, em casa.

No entanto, 21,9% dos inquiridos não recebeu qualquer informação sobre a medicação e 15,6% achou a informação fornecida insuficiente

Tabela 20 - Distribuição dos participantes de acordo com as informações fornecidas pelo EEER sobre medicação do ambulatório

Informação medicação ambulatório	n	%
As necessárias	20	62,5
Algumas, n. Suficientes	5	15,6
Nenhuma	7	21,9
N. Tomava medicação	-	-
Total	32	100

Gráfico 20 - Distribuição dos participantes de acordo com as informações fornecidas pelo EEER sobre medicação do ambulatório



O nosso estudo vai de encontro, embora com maiores percentagens, ao estudo de Ferreira et al. (2011), em que 57,6% dos inquiridos referiram ter recebido as informações necessárias sobre a medicação a levar para o domicílio.

Gonçalves-Bradley et al. (2016) citando Eggink referiram que, no que concerne os erros de medicação relatados, na sequência de uma revisão da medicação por um farmacêutico após a alta, 68% dos clientes do grupo de controle apresentaram pelo menos uma discrepância ou erro de medicação contra 39% no grupo de tratamento cujo planeamento da alta tinha sido efetuado. Pelo contrário, Kripalani em 2012 realizou um estudo em que avaliou clinicamente os erros de medicação, relatando resultados semelhantes entre o grupo de controle e o grupo terapêutico (Gonçalves-Bradley et al., 2016).

No contexto nacional um estudo realizado por Pereira & Petronilho (2018), em que os autores avaliaram a percepção do familiar cuidador quanto ao planeamento da alta, obteve resultados semelhantes ao nosso estudo, pois 66,7% da amostra referiu obter as informações necessárias aquando do planeamento da alta hospitalar.

A terapêutica adequada permite o controlo de sintomatologia que interfere com o processo de reabilitação, sendo crucial para a eficácia da mesma.

3.4.2.b. Informação sobre efeitos secundários da medicação

Em oposição à informação fornecida sobre a medicação, em que a maioria dos participantes referiu receber informação necessária sobre a medicação, o mesmo não aconteceu em relação aos efeitos secundários. Segundo a tabela e gráfico 21, 50% dos

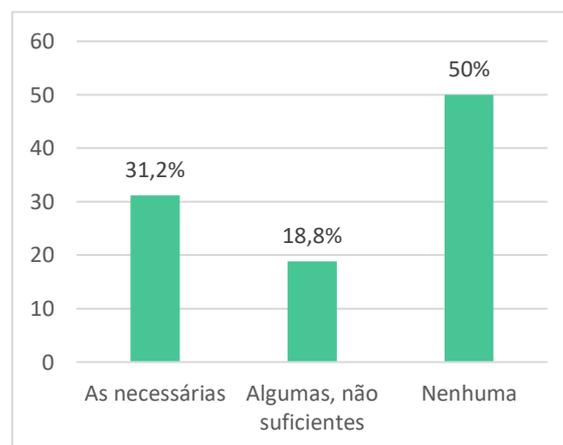
inquiridos referiram não ter recebido qualquer informação sobre os efeitos secundários da medicação e 18,8% referiram não ter recebido informação suficiente.

Apenas 31,3% referiram ter recebido as informações necessárias sobre os efeitos secundários da medicação prescrita

Tabela 21 - Distribuição dos participantes de acordo com a informação fornecida sobre efeitos secundários da medicação

Informação do efeito 2º da medicação	n	%
As necessárias	10	31,2
Algumas, não suficientes	6	18,8
Nenhuma	16	50,0
Não tomou medicação	-	-
Total	32	100

Gráfico 21 - Distribuição dos participantes de acordo com a informação fornecida sobre efeitos secundários da medicação



No estudo realizado por Ferreira et al. (2011), 40,8% da amostra referiu receber as informações necessárias sobre os efeitos secundários da medicação e apenas 27,5% não receberam qualquer informação.

No entanto, estudos mais recentes, como o realizado por Pereira & Petronilho, (2015) demonstraram que 57,1% da amostra de cuidadores informais assumiu que não teve qualquer informação sobre os efeitos secundários da medicação prescrita. Noutro estudo realizado pelos mesmos autores os resultados são semelhantes ao nosso estudo, pois 63,3% da amostra referiu não ter obtido qualquer informação sobre os efeitos secundários da medicação.

3.4.2.c. Informações por escrito

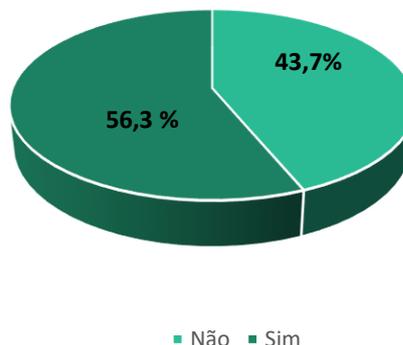
Passando à pergunta “foram dadas informações por escrito sobre os medicamentos?” o que representa anotações e na nossa realidade regional também a “carta de alta” e a informação contida na mesma sobre medicação, podemos verificar que um total de 14 pessoas, referiram ter recebido informações por escrito, tabela e gráfico 22.

Através da análise de dados, podemos verificar que 43,7% da amostra referiu não ter recebido informações escritas sobre a medicação.

Gráfico 22 - Distribuição dos participantes de acordo com a existência de informação fornecida por escrito

Tabela 22 - Distribuição dos participantes de acordo com a existência de informação fornecida por escrito

Inf. Escrita	n	%
Não	14	43,7
Sim	18	56,3
Total	32	100,0



Com evidência semelhante a este estudo, o estudo de Driscoll (2000) concluiu que 53% dos inquiridos receberam informações impressas.

Já a evidência obtida no estudo de Ferreira et al. (2011), apesar de mais recente, foi inferior pois, apenas 37,2% receberam instruções por escrito sobre os medicamentos.

3.4.3. Preparação para Reintegração

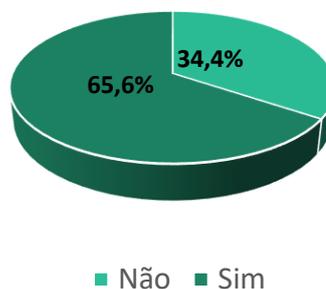
3.4.3.a. Informação sobre como preparar o dia-a-dia em casa

Relativamente às informações para preparar o dia-a-dia em casa, 65,6% dos participantes afirmaram ter sido fornecida informação sobre a reintegração no domicílio e 34,4% dos indivíduos referiram não ter sido fornecida qualquer informação por parte do EEER sobre a preparação do regresso a casa e ao quotidiano dos participantes, tabela e gráfico 23.

Tabela 23 - Distribuição dos participantes de acordo com a preparação para reintegração na rotina do domicílio

Preparação/reintegração na rotina	n	%
Não	11	34,4
Sim	21	65,6
Total	32	100,0

Gráfico 23 - Distribuição dos participantes de acordo com a preparação para reintegração na rotina do domicílio



Nesta categoria os resultados obtidos neste estudo evidenciam-se como melhores comparativamente aos resultados do estudo de Ferreira et al. de 2011. Os EEER fizeram uma preparação para a reintegração na rotina do domicílio em 65,6% das situações, enquanto que no estudo mencionado 85% da amostra referiu não ter sido fornecida informação para preparar o seu dia-a-dia em casa.

Torna-se então fundamental como nos referem Pinto & Martins (2013), que o enfermeiro ao longo do internamento vá estando atento aos sinais que os clientes nos vão dando, nomeadamente aos registos que são feitos pela equipa, de modo que o planeamento da alta vá de encontro às reais necessidades do doente e família.

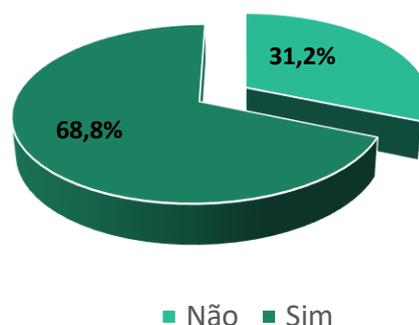
3.4.3.b. Preocupação com a execução das atividades de vida diárias

Segundo a tabela e gráfico 24, a perceção de 68,8% dos inquiridos é de que sentem preocupação com a execução das atividades de vida no domicílio.

Tabela 24 - Distribuição dos participantes de acordo com a preocupação na execução das ADV's

Preocupação AVD	n	%
Não	10	31,2
Sim	22	68,8
Total	32	100,0

Gráfico 24 - Distribuição dos participantes de acordo com a preocupação na execução das ADV's



Pelo contrário, no estudo de Ferreira et al. (2011) 69,4% da amostra referiu não sentir preocupação com o regresso a casa.

Os nossos dados vão de encontro aos do estudo realizado por Pereira e Petronilho (2018), os quais concluíram que 66,7% da amostra de cuidadores informais demonstrou preocupação no regresso ao domicílio.

A preocupação pode estar relacionada com a consciência das dificuldades que, eventualmente iriam encontrar.

3.4.4. Controlo sobre as circunstâncias

3.4.4.a. Confiança das AVD

Avaliando a confiança para executar as tarefas diárias em casa, está explícito na tabela 25 e respetivo gráfico (25) que 40,6% dos inquiridos encontravam-se confiantes para executar tarefas em casa. No entanto, 28,1% assumiram não sentir confiança para executar as tarefas diárias em casa e 31,3% referiram “não saber bem”.

Conjugando estes dados podemos constatar que 59,4% dos inquiridos não demonstraram confiança na realização das tarefas diárias em casa.

Tabela 25 - Distribuição dos participantes de acordo com a confiança para execução das atividades de vida

Confiança nas AVD	n	%
Não	9	28,1
Sim	13	40,6
Não sei bem	10	31,3
Total	32	100,0

Gráfico 25 - Distribuição dos participantes de acordo com a confiança para execução das atividades de vida



O estudo realizado por Ferreira et al. em 2011, apresentava uma amostra com confiança para executar as tarefas diárias em casa (52,9%) e em que apenas 35,5% da amostra referiu não sentir confiança para executar as tarefas diárias em casa. Por outro lado, o estudo realizado por Pereira e Petronilho (2018) revelou que 76.7% da amostra referiu apresentar confiança para a realização de cuidados após a alta.

A nível internacional o estudo de Graumlich, Novotny & Aldag (2008) intitulado “*Brief Scale Measuring Patient Preparedness for Hospital Discharge to Home: Psychometric Properties*” concluiu que dos inquiridos 72,2% referiram sentir-se confiante no regresso a casa.

Esta discrepância de resultados pode estar relacionada com a diferença das populações, pois o estudo realizado por Pereira & Petronilho (2018) estudou a percepção dos cuidadores informais e o nosso estudo estudou a percepção dos clientes, os quais estiveram internados por uma situação patológica o que os fragiliza.

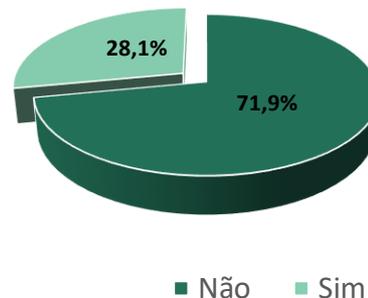
3.4.4.b. Atrasos no dia de alta

É evidente na tabela 26 e gráfico correspondente (26), que 71,9% dos participantes referiram não terem existido atrasos na alta hospitalar. Apenas 28,1% dos participantes referiram que tiveram atrasos no dia do regresso a casa.

Tabela 26 - Distribuição dos participantes de acordo com atrasos no dia da alta

Atrasos dia de alta	n	%
Não	23	71,9
Sim	9	28,1
Total	32	100,0

Gráfico 26 - Distribuição dos participantes de acordo com atrasos no dia da alta



No estudo anteriormente referido Graumlich, Novotny & Aldag (2008) 73,5% dos inquiridos referiram não ter existido atrasos na alta hospitalar, o que está em concordância com o resultado deste estudo.

Os resultados do nosso estudo são sobreponíveis também aos resultados do estudo de Ferreira et al. (2011), pois para 93,5% da amostra não se verificaram atrasos no dia da alta hospitalar.

Na revisão sistemática desenvolvida por Modas, Nunes, & Charepe (2019), dos 22 artigos analisados verificou-se que o atraso na alta hospitalar se deve a causas relacionadas com os recursos da comunidade, designadamente a motivos sociais; a causas organizacionais relacionadas com os cuidados de saúde; a causas individuais, destacando-se as questões familiares e financeiras; culminando nas causas organizacionais relacionadas com a gestão hospitalar.

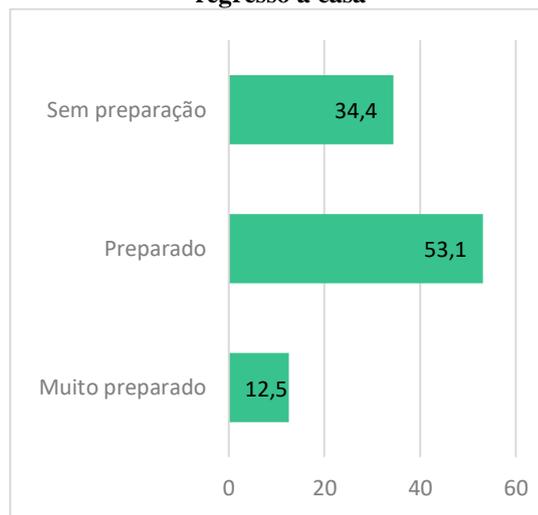
3.4.5. Sentir-se preparado para regressar a casa

Através da tabela 27 e gráfico 27, podemos verificar que a categoria de “preparado” foi a mais frequente, com 53,1%, seguida pela categoria de “sem preparação” com uma percentagem de 34,4%. A categoria com menor percentagem de participantes a responder foi o “Muito preparado” (12,5%).

Tabela 27 - Distribuição dos participantes de acordo com percepção de preparação para o regresso a casa (RC)

P. Preparação do RC	n	%
Sem preparação	11	34,4
Preparado	17	53,1
Muito preparado	4	12,5
Total	32	100,0

Gráfico 27- Distribuição dos participantes de acordo com percepção de preparação para o regresso a casa



Os nossos resultados vão de encontro com a evidência revelada pelo estudo de Ferreira et al. (2011) em que 59,2% dos participantes referiram sentir-se preparados para o regresso a casa. Apenas 5,6% referiram sentir-se sem preparação.

No estudo realizado por Santo (2018), o autor observou que apesar da implementação no hospital do estudo de um programa de planeamento integrado de alta hospitalar, 49% dos inquiridos referiram sentir-se razoavelmente preparados, 39% referiram sentir-se muito preparados e 12% referiram sentir-se sem preparação. Estes resultados revelam a importância de um programa de planeamento de alta hospitalar.

A preparação do regresso a casa também deve complementar o ambiente onde o cliente reside. A título de exemplo já em 2013, no estudo efetuado por Pinto & Martins, estes verificaram que a maioria das habitações dos doentes possuíam barreiras arquitetónicas, com necessidades de adaptação antes do regresso a casa. Estas estavam presentes sobretudo aos níveis de escadarias (55,6%) e dos espaços interiores (33,3%). Apesar da constatação, apenas uma pequena percentagem, efetuou essas alterações atempadamente, o que provoca aquando do regresso a casa ansiedade e preocupação.

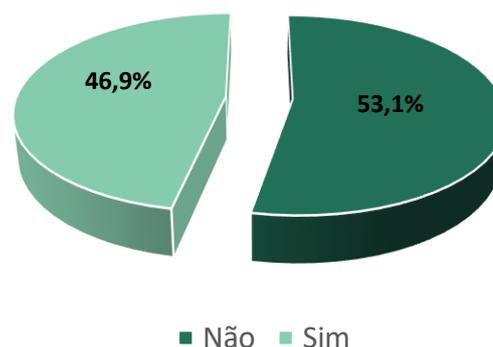
3.4.6. Feito algo para lidar com a preocupação

Relativamente à questão “Foi feita alguma coisa para lidar com as suas preocupações?” 53,1% dos participantes responderam negativamente e 46,9% responderam que o EEER fez algo para lidar com a sua preocupação, como se poderá verificar na tabela e gráfico 28.

Tabela 28- Distribuição dos participantes de acordo com a percepção de que o EEER fez algo para lidar com a preocupação dos participantes

Atuação perante a preocupação dos participantes	n	%
Não	17	53,1
Sim	15	46,9
Total	32	100,0

Gráfico 28 - Distribuição dos participantes de acordo com a percepção de que o EEER fez algo para lidar com a preocupação dos participantes



Segundo o estudo de Ferreira et al. (2011) a maioria da amostra, 60,3%, referiu não ter sido feita alguma coisa para lidar com as suas preocupações.

No presente estudo a percentagem da amostra em que foi feito algo para lidar com a preocupação é, consideravelmente, maior do que no estudo de Pereira & Petronilho (2018), em que apenas 5% da mostra referiu ter existido uma resolução das preocupações.

Este é um aspecto de importante reflexão no âmbito do exercício profissional do enfermeiro que estabelece uma relação terapêutica caracterizada pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel. Esta relação desenvolve-se e fortalece-se ao longo de um processo dinâmico, que tem por objetivo ajudar o cliente a ser proactivo na consecução do seu projeto de saúde. Várias são as circunstâncias em que a parceria deve ser estabelecida, envolvendo as pessoas significativas para o cliente individual (Conselho de Enfermagem, 2001).

3.4.7. Serviços sociais ao encontro das necessidades

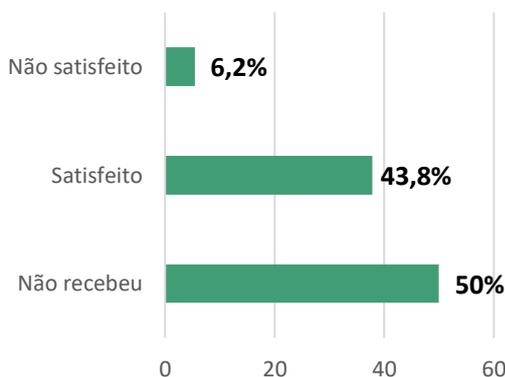
Segundo a análise da tabela e gráfico 29, 50% dos participantes não recebeu ajuda de serviços sociais que fossem ao encontro das suas necessidades. Nesta categoria incluem-se os inquiridos que não receberam porque não necessitavam e os que necessitavam e não receberam.

É de sublinhar que dos inquiridos que receberam ajuda dos serviços sociais, 43,8% encontravam-se satisfeitos e apenas 6,2% não se encontravam satisfeitos com os apoios fornecidos.

Tabela 29 - Distribuição dos participantes de acordo com a percepção dos serviços sociais irem ao encontro das reais necessidades

Serviços sociais	n	%
Não satisfeito	2	6,2
Satisfeito	14	43,8
Não recebeu	16	50,0
Total	32	100,0

Gráfico 29 - Distribuição dos participantes de acordo com a percepção dos serviços sociais irem ao encontro das reais necessidades



Os resultados deste estudo demonstram que a percentagem de participantes que receberam apoio dos serviços sociais foi mais alta do que a encontrada em estudos internacionais.

No estudo de Grimmer et al. (2006), menos de 20% dos clientes receberam serviços formais de saúde e apoio durante duas semanas após a alta com um período de espera de oito dias.

Também o estudo realizado por Bragstad et al. (2012), revelou que apenas 10,6% dos pacientes do estudo recebeu ajuda social.

A nível nacional, o estudo realizado por Ferreira et al. (2011) concluiu que a maioria da amostra 91,3% referiram não ter recebido serviços comunitários. Por sua vez o estudo de Pereira & Petronilho (2018) obteve valores semelhantes com 30% da amostra a receber serviços comunitários adequados, e com apenas 3,3% dos inquiridos insatisfeitos com os serviços comunitários.

3.4.8. Equipamento

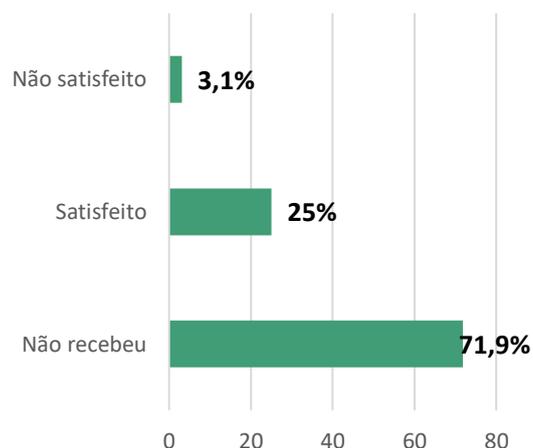
Como é possível constatar na tabela 30 e gráfico 30, a maioria dos participantes (71,9%) referiu não ter recebido qualquer tipo de equipamentos.

No entanto, os que receberam algum tipo de equipamento encontravam-se satisfeitos com o mesmo.

Tabela 30 - Distribuição dos participantes de acordo com a satisfação com o equipamento

Satisfação com o equipamento	n	%
Não satisfeito	1	3,1
Satisfeito	8	25,0
Não recebeu	23	71,9
Total	32	100,0

Gráfico 30 - Distribuição dos participantes de acordo com a satisfação com o equipamento



A evidência deste estudo está em concordância com os estudos já publicados. Por exemplo no estudo de Ferreira et al. (2011) a maioria da amostra 90,2% não recebeu equipamento. Por sua vez no estudo de Pereira & Petronilho (2018) os resultados foram semelhantes com 13,3% da amostra a referir que recebeu equipamento adequados, o qual lhe facilitou a vida.

CONCLUSÃO

A elaboração desta dissertação de mestrado permitiu o aprofundamento de conhecimentos e competências na área da Enfermagem de reabilitação e sobretudo de investigação.

Ser mestre em Enfermagem de reabilitação acarreta uma responsabilidade no seio da equipa de Enfermagem e na equipa multidisciplinar. Deste profissional, científica, técnica e academicamente qualificado, é esperado um conhecimento diferenciado e experiência acrescida, que lhe permitam tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação, maximizando o potencial da pessoa. Acresce a capacidade da procura da evidência científica assim como a sua comunicação.

A realização desta dissertação, no âmbito da avaliação da perceção dos clientes quanto ao planeamento do regresso a casa pelo EEER e nível de dependência, permitiu detetar áreas a melhorar e áreas de sucesso, através da análise criteriosa dos dados obtidos.

Com este estudo pretendeu-se descrever a perceção dos clientes submetidos a um internamento hospitalar, quanto às intervenções do Enfermeiro de Reabilitação, no que concerne o planeamento do regresso a casa e seu nível de dependência.

Foi efetuado um estudo não experimental, exploratório-descritivo, do tipo quantitativo, cujos participantes foram os clientes regressados a casa, provenientes de um internamento hospitalar, no mês anterior ao dia da colheita, os quais foram alvo de cuidados de Enfermagem de reabilitação e continuavam a sê-lo na comunidade.

Este estudo teve como objetivos específicos, caracterizar os clientes seguidos pelo EEER na comunidade que regressaram a casa, no último mês após internamento hospitalar, avaliar o nível de dependência destes mesmos clientes e descrever a perceção dos clientes sobre as intervenções do EEER no que concerne o planeamento do regresso a casa pelo EEER.

Podemos concluir que os clientes seguidos pelos EEER na comunidade e que estiveram hospitalizados regressando a casa último mês, apresentavam uma média de idades de 71,6 anos, com predomínio do género feminino (70,3%) e 64,9% dos inquiridos eram casados ou em união de facto. A maioria dos participantes (59,5%) possuía o primeiro ciclo e encontrava-se reformada (81,1%).

No que concerne a saúde, 37,8% dos participantes referiram ter uma saúde razoável, tendo como antecedentes pessoais mais frequentes a hipertensão (59,5%), os problemas ortopediológicos (51,4%) e a patologia cardíaca (32,4%).

Os participantes estiveram internados no último mês anterior à colheita de dados em maior percentagem nos serviços de medicina (32,4) e ortopedia (29,8).

Quanto à dependência, os mesmos eram predominantemente independentes na realização das AVD (43,2%), 27% eram parcialmente dependentes, 13,5% eram moderadamente dependentes e apenas 10,8% eram totalmente dependentes.

Quanto ao nível de dependência nas várias AVD, a grande maioria dos participantes apresentava maior dependência nas atividades de higiene corporal (29,7%), banho (51,4%) e uso do sanitário (18,9%). No domínio da mobilidade, destacaram-se o subir de descer escadas (32,4%), a transferência cadeira-cama (10,8%) e a deambulação (18,9%).

Quanto à percepção sobre o planeamento do regresso a casa, pela análise dos resultados obtidos, segundo a opinião dos clientes, a informação fornecida foi a necessária relativamente à execução das AVD (56,3%), equipamentos (65,6%), serviços comunitários (59,4%) e medicação (62,5%), sendo fornecida informação por escrito sobre a medicação (56,3%). No entanto, 50% dos participantes referiram não ter recebido informação sobre os efeitos secundários da medicação.

Quanto à informação fornecida, relativamente à preparação da reintegração no domicílio, 65,6% dos participantes referiram ter recebido informações sobre o dia-a-dia e em 71,9% das situações não existiram atrasos no dia da alta.

Apesar destes resultados, salienta-se que os clientes demonstraram preocupação (68,8%) e falta de confiança no regresso a casa (40,6%). A maioria dos participantes (53,1%) não identificou estratégias para os apoiar relativamente às suas preocupações.

No que respeita aos serviços sociais fornecidos, 50% dos participantes referiram não ter recebido e 71,9% referiram não ter recebido o equipamento que necessitavam.

Do conjunto de resultados obtidos após o tratamento dos dados emerge a noção do impacto do planeamento do regresso a casa nos clientes e da importância da inclusão dos mesmos no processo de reintegração na comunidade. O conhecimento da perspectiva do cliente sobre o seu processo de planeamento de regresso a casa permite aos EEER uma abordagem personalizada e holística.

Tendo em consideração que os participantes referiram que não receberam, na sua maioria, informações sobre efeitos secundários da medicação, esta deve ser uma área de investimento na execução do plano do regresso a casa. De modo a um planeamento o mais

eficiente e a uma relação de ajuda mais eficaz, o EEER deve atender às preocupações dos clientes e atuar em concordância com as mesmas. O fornecimento dos serviços comunitários e equipamentos deve ser garantido, célere e incorporado no plano de regresso a casa. Estes resultados destacam importantes princípios básicos de planeamento do regresso a casa e permitem uma reflexão na atuação enquanto elos importantes na recuperação dos clientes.

O planeamento do regresso a casa representa a essência da intervenção do EEER pois um bom planeamento permite promover o diagnóstico precoce e ações preventivas de enfermagem de reabilitação, de forma a assegurar a manutenção das capacidades funcionais dos clientes, prevenir complicações e evitar incapacidades, assim como assegurar e proporcionar intervenções terapêuticas que visam melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas atividades de vida, e minimizar o impacto das incapacidades instaladas (quer por doença ou acidente) nomeadamente, ao nível das funções neurológica, respiratória, cardíaca, ortopédica e outras deficiências e incapacidades (Regulamento n.º 392/2019, 2019).

As dificuldades encontradas ao longo a realização deste estudo foram várias. A primeira limitação prende-se com a localização geográfica da realização do estudo, ou seja, o facto da colheita ser efetuada numa ilha com um sistema de saúde pequeno, com um número de clientes que regressaram ao domicílio e que foram seguidos pelos EEER limitado.

Outra limitação está relacionada com o facto dos estudos sobre a perceção dos clientes, acerca da sua preparação para o regresso a casa não ser abundante. Tal facto, limitou, de alguma forma, em termos de revisão de literatura e da discussão dos resultados.

Aliado a estes aspetos esteve, igualmente, presente alguma dificuldade na gestão do tempo e conciliação com a vida pessoal e profissional.

Após a elaboração deste estudo ressalta a importância de um planeamento do regresso a casa, atempado e adequado de forma a permitir uma reabilitação personalizada.

Recomenda-se a continuação da investigação neste domínio em futuros estudos, com participação de um maior número de clientes com estes critérios de inclusão e seus cuidadores informais, na tentativa de obter resultados que fortaleçam a evidência e o corpo de conhecimentos da disciplina.

Seria também interessante verificar se existem diferenças, estatisticamente significativas, entre a perceção dos clientes e a perceção dos EER sobre o planeamento do regresso a casa dos clientes hospitalizados.

BIBLIOGRAFIA

- Andrade, F. (2009). *O cuidador informal à pessoa idosa dependente em contexto domiciliário: Necessidades educativas do cuidador principal* (Dissertação de mestrado, Universidade do Minho). Retrieved from <http://hdl.handle.net/1822/10460>
- Andrade, B. (2016). *O papel do enfermeiro de reabilitação na recuperação do doente submetido a cirurgia cardíaca-a perspetiva do doente* (Dissertação de mestrado, Escola superior de enfermagem de Lisboa). Retrieved from <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/18135/1/Mestrado%20Rev%20final.pdf>
- 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.
- Borgneth, L. (2004). Considerações sobre o processo de reabilitação. *Acta Fisiatrica*, 11(2). Retrieved from <http://www.revistas.usp.br/actafisiatrica/article/view/102476>
- Bragstad, L. K., Kirkevold, M., Hofoss, D., & Foss, C. (2012). Factors predicting a successful post-discharge outcome for individuals aged 80 years and over. *International Journal of integrated care*, 1-9. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3287325/pdf/ijic2011-2012147.pdf>
- Brewer, L., Boleware, A., & Boss, B. (2011). Reabilitação Cardíaca e Cardiovascular. In S. Hoeman (Ed.). *Enfermagem de reabilitação prevenção, intervenção e resultados esperados* (4ª ed.) (p. 715). Loures: Lusodidacta.
- Cesar, A. M., & Santos, B. R. (2005). Percepção de cuidadores familiares sobre um programa de alta hospitalar. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 58(6), 647-652. Doi: 10.1590/S0034-71672005000600004

- Chick, N., & Meleis, A. I. (1986). *Transitions: A nursing concern..* Retrieved from <https://repository.upenn.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1008&context=nrs>
- Concelho Internacional dos Enfermeiros. (2012). *Combater a desigualdade: Da evidência à ação.* Retrieved from https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8904/ind-kit-2012-final-portugu%C3%AAs_vfinal_correto.pdf
- Conselho de Enfermagem. (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem enquadramento conceptual enunciados descritivos.* Retrieved from <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Couto, G. (2012). *Autonomia/independência no autocuidado sensibilidade aos cuidados de enfermagem de reabilitação* (Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto). Retrieved from https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9323/1/MER%20_GI%25C3%25B3ria%201621_.pdf
- Crescent , B., Craig , M., Qiuping , G., & Cynthia, L. (2019). *Prescription drug use in the United States: 2015–2016.* Retrieved from <https://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db334-h.pdf>
- Crown, K. (2012). Health Perception. In *Encyclopedia of Immigrant* (pp. 791-791). New York: S. Loue & M. Sajatovic.
- Deer, R., Dickinson, J., Baillargeon, J., Fisher, S., Raji, M., & Volpi, E. (2019). A Phase I Randomized Clinical Trial of Evidence-Based, Pragmatic Interventions to Improve Functional Recovery After Hospitalization in Geriatric Patients. *Behalf of The Gerontological Society of America*. Doi: <https://doi.org/10.1093/gerona/glz084>
- DeLisa, J., Currie, D., & Martin, G. (2002). Medicina de reabilitação. In J. DeLisa, & B. Gans (Eds.). *Tratado de medicina de reabilitação* (3ª ed.) (Vol. 1, pp. 5-13). Brasil: Manole.
- Domingues, A. (2016). O regresso ao domicílio do utente com AVC: Potenciais contributos do enfermeiro especialista em enfermagemde reabilitação (Dissertação de

mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa). Retrieved from <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/18145/1/tese%20revisao.pdf>

- Driscoll, A. (2000). Managing post-discharge care at home: an analysis of patients' and their carers' perceptions of information received during their stay in hospital. *Journal of Advanced Nursing*, 31(5), 1165-1173. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10840250>
- Ferreira, P. L., Mendes, A., Fernandes, I., & Ferreira, R. (2011, Dezembro 5). PREPARED-P (PREPARED - Satisfação com o planeamento da alta - Questionário para o/a doente). *Revista de Enfermagem Referência*, 121. Doi: 10.12707/RIII1032
- Fortin, M.-F. (2009). *Fundamentos e etapas no processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Gonçalves-Bradley , D., Lannin , N., Clemson, L., Cameron , I., & Shepperd , S. (2016). Discharge planning from hospital (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8-11,14. Doi: 10.1002/14651858.CD000313.pub5.
- Graumlich, J., Novotny, N., Aldag, J., (2008). Brief scale measuring patient preparedness for hospital discharge to home: psychometric properties. *Journal of Hospital Medicine* 3 (6), 446-454 Doi: 10.1002/jhm.316
- 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 Healthcare Quality*, 109. Doi: 10.1093/intqhc/13.2.109
- Grimmer, k., Hedges, G., & Moss, J. (1999). Staff perceptions of discharge planning: A challenge for quality improvement. *Australian Health Review*, 22(3). from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10662237>
- Grimmer, K., Maio, E., Dawson, A., & Povos, C. (2004). Informing discharge plans- assessments of elderly patients in Australian public hospitals: A fiend study. *The Internet Journal os Allied Health Sciences and Praticce*, 2(3). Retrieved from <https://pdfs.semanticscholar.org/418d/1012580926589d2416b64853f003b283db33.pdf>

- Grimmer, K., Moss, J., & Gill, T. (2000). Discharge planning quality from the carer perspective. *Quality of Life Research*, 9(9), 1005-1013. Doi:10.1023/A:1016693825758
- Grimmer, K., Moss, J., Moss, J., & Kindness, H. (2006, 1 1). The internet journal of allied health sciences and practice. *Incorporating Patient and Carer Concerns in Discharge Plans: The Development of a Practical Patient-Centred Checklist*, 4(1), 1-8. Retrieved from <https://nsuworks.nova.edu/ijahsp/vol4/iss1/5/>
- Guerreiro, M., Silva, A., Botelho, A., Leitão, O., Castro-Caldas, A., & Garcia, C. (1994). *Adaptação à população portuguesa da tradução do Mini Mental State Examination: MMSE*. Coimbra: Reunião da Primavera da Sociedade Portuguesa de Neurologia.
- Guimarães, M., & Silva, L. (2016). *Conhecendo a teoria das transições e sua aplicabilidade para enfermagem*. Retrieved from <https://journaldedados.files.wordpress.com/2016/10/conhecendo-a-teoria-das-transic3a7c3b5es-e-sua-aplicabilidade.pdf>
- Hardy, S., & Studenski, S. (2008). Fatigue predicts mortality in older adults. *Journal of the american geriatrics society*, 56(10), 1940-1914. Doi: 10.1111/j.1532-5415.2008.01957.x
- Hesselink, G., Schoonhoven, L., Vernooij-DASSEN, M., Plas, M., & Wollersheim, H. (2013). Quality and safety of hospital discharge: a study on experiences and perceptions of patients, relatives and care providers. *International Journal for Quality in Health Care*, 25(1), 66-74. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23184652>
- Pompeo, A. D., Pinto, H. M., Cesarino, B. C., Araújo, R. R., & Poletti, N. A. (2007). Atuação do enfermeiro na alta hospitalar: reflexões a partir dos relatos de pacientes. *Acta Paulista de Enfermagem*, 20(3), 345-50. Retrieved from http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n3/pt_a17v20n3.pdf
- Organização Mundial da Saúde. (2011). *World Report on Disability*. Retrieved from https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44575/9788564047020_por.pdf;jsessionid

- Fortin, M. F. (2003). *O desenho de investigação: O processo de investigação, da concepção à realidade*,. Loures: Lusociencia.
- Instituto Nacional de Estatística. (2019). *Esperança de vida à nascença: Total e por sexo*. Retrieved from: <https://www.pordata.pt/Europa/Esperan%c3%a7a+de+vida+%c3%a0+nascen%c3%a7a+total+e+por+sexo-1260-209737>
- Instituto Nacional de Estatística. (2014). Dia mundial da saúde. *Destaque*, 1-3. Retrieved from: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUEESdest_boui=215806720&DESTAQUESmodo=2
- Instituto Nacional de Estatística. (2015). Envelhecimento da população residente em Portugal e na União Europeia. *Destaque*, 1-8. Retrieved from https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUEESdest_boui=224679354&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt
- Kislaya, I., & Neto, M. (2014). Caracterização sociodemográfica da prevalência da dor lombar crónica autorreportada na população residente em Portugal através do Inquérito Nacional de Saúde 2014. *Instituto Nacional de Saúde*, 39-42. Retrieved from http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/4766/1/Boletim_Epidemiologico_Observacoes_NEspecia8-2017_artigo8.pdf
- Leite, S. (2004). Estimativas provisórias de população residente por estado civil, sexo e idades: Portugal 2001-2003. *Revista de Estudos Demográficos*, 153-173.
- Lutz, B., & Davis, S. (2011). Modelos Teóricos e práticos para a enfermagem de reabilitação. In S. P. Hoeman *Enfermagem de Reabilitação prevenção, intervenção e resultados esperados* (4 edição ed., p. 24). Loures: Lusodidacta.
- Mahler, D. (2017). Evaluation of Dyspnea in the Elderly. *Clinics in geriatric medicine*, 33, 503-521. Doi:10.1016/j.cger.2017.06.004

Martins, A. C., Silva, J. G., & Ferraz, L. M. (2013). *Orientações de enfermagem na alta hospitalar: contribuições para o paciente e cuidadores*. Retrieved from http://www.convibra.com.br/upload/paper/2013/70/2013_70_7857.pdf

Mckenna, H., Keeney, S., Glenn, A., & Gordon, P. (2001). Discharge Planning: an exploratory study. *Journal of clinical Nursing*, 9(4), 594-601. Doi: 10.1046/j.1365-2702.2000.00384.x|

Meleis, A. (2010). *Transitions Theory*. New York: springer publishing company.

Meleis, A. (2012). *Theoretical nursing: development e progress* (15th ed.). Philadelphia: Lippincott williams and wilkins.

Meleis, A. I., Sawyer, L., Im, E.-O., Messias, D. H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23, 12-28. Retrieved from <https://journals.lww.com/advancesinnursingscience/pages/articleviewer.aspx?year=2000&issue=09000&article=00006&type=abstract>

Menoita, E. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC*. Loures: Lusociência.

Mills, S., Nicolson, K., & Smith, B. (2019). Chronic pain: a review of its epidemiology and associated factors in population-based studies. *British Journal of Anaesthesia*, 123(2), 273-283. Doi: 10.1016/j.bja.2019.03.023

Modas, D., Nunes, E., Charepe, Z., (2019). Causas de atraso na alta hospitalar no cliente adulto: scoping review. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 40. Doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180130>

Morais, J. P. (2010, setembro). *Preparação do regresso a casa: Do hospital ao contexto familiar* (Dissertação de mestrado, Instituto de Ciências da Saude). Retrieved from <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/9210/1/disserta%C3%A7%C3%A3o%20Prepara%C3%A7%C3%A3o%20do%20Regresso%20a%20casa.pdf>

Morgado, J., Rocha, C., Maruta, C., Guerreiro, M., & Martins, I. (2009). Novos valores normativos do Mini-Mental State Examination. *Sinapses*, 9(2), 10-15. Retrieved from

https://www.researchgate.net/publication/256295628_Novos_valores_Normativos_do_mini-mental_state_examination

Murphy, S. (1990). Human responses to transitions: a holistic nursing perspective. *Holistic Nursing Practice*, 4(3), 1-7 Retrieved from https://journals.lww.com/hnpjjournal/citation/1990/05000/human_responses_to_transitions__a_holistic_nursing.3.aspx

Observatório da Deficiência e Direitos Humanos. (2017). *Pessoas com deficiência em Portugal, indicadores de direitos humanos*. Retrieved from <http://oddh.iscsp.ulisboa.pt/index.php/pt/2013-04-24-18-50-23/publicacoes-dos-investigadores-oddh/item/442-relatorio-oddh-2019>

PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. (03 mai. 2019). Regulamento n° 392/2019: Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação. *Diário da República n° 85, 2ª Série*.

World Health Organization. (2002). *Active ageing: a policy framework*. Retrieved from https://www.who.int/ageing/publications/active_ageing/en/

Pereira, J. F., & Petronilho, F. (2015). Alta hospitalar: satisfação do familiar cuidador do utente com dependência para os autocuidados. *Evidências* (Suppl. 1). Retrieved from <http://hdl.handle.net/1822/42860>

Pereira, J. F., & Petronilho, F. A. (2018). Satisfação do Familiar Cuidador Sobre o Planeamento da Alta Hospitalar. *Revista Investigação em Enfermagem*, (22), 42-55. Retrieved from <http://hdl.handle.net/1822/53799>

Petronilho, F. A. (2013). *A alta hospitalar do doente dependente no autocuidado: decisões, destinos, padrões de assistência e de utilização dos recursos: estudo exploratório sobre o impacte nas transições do doente e do familiar cuidador* (Tese de doutoramento, Universidade de Lisboa). Retrieved from <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/10572>

Petronilho, F. A., Pereira, C. M., Magalhães, A. I., Carvalho, D. M., Oliveira, J. M., Vieira de Castro, P. R., & Machado, M. M. (2017). Evolução das pessoas dependentes no

autocuidado acompanhadas na rede nacional de cuidados continuados integrados.

Revista de Enfermagem Referência, 39-48. Doi: 10.12707/RIV17027

Pinto, E. (2011). Independência funcional e regresso ao domicílio: Variável chave para a Enfermagem de Reabilitação (Relatório final, Instituto Politécnico de Viseu). Retrieved from <http://hdl.handle.net/10400.19/1617>

Pinto, E., & Martins, R. (2013). Regresso do doente ao domicílio: Importância do nível de dependência e do apoio familiar. *Servir*, 58(1-2), 79-89. Retrieved from <http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/2666>

Pinto, c. V., Parada, f., Antunes, f., Sampaio, f., Sampaio, f., Silva, h., . . . Mirco, t. (29 de julho de 2016). *Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência; medicina física e de reabilitação*. Retrieved from <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/11/RRH-MFR.pdf>

Pocinho, M. (2009). *Estatística*. Coimbra: Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/268150358_Estatistica_teorica_e_exercicios_passo_a_passo_Volume_I

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2018). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem* (9º ed.). Porto Alegre: Artmed.

Polit, D., Beck, T., & Hungler, B. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. Porto Alegre: Artmed.

Ponte, A. S. (2016, Julho). *Perceção dos cuidadores informais sobre o planeamento da alta*. (Relatório final, Instituto Politécnico de Viseu). Retrieved from <http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/3375>

Post, M. (2014). Definitions of quality of life: What has happened and how to move on. *Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation*, 3(20), 167-180. Doi: 10.1310/sci2003-167

Ramos, S. (2015). *A influência do planeamento da alta hospitalar no número de dias de internamento do doente* (Dissertação de mestrado, Lusófona). Retrieved from <http://hdl.handle.net/10437/6631>

- PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. (06 fev. 2019). Regulamento n.º 140/2019: Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. *Diário da Republica n.º 26, 2ª Série*
- PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. (3 mai. 2019). Regulamento n.º 392/2019: Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. *Diário da República n.º 85, II Série.*
- Ross, K. (2010). *Assessing differences in perceptions and actual health status: a national cross-sectional analysis.* Retrieved from <https://www.semanticscholar.org/paper/ASSESSING-DIFFERENCES-IN-PERCEPTIONS-AND-ACTUAL-A-Ross/ad5b51fc393a523a3b4f4d3730c7ed4fba97e1a9>
- Santo, I. E. (2018). *PIAH: Planeamento integrado de alta hospitalar.* SNS Jornadas Hospitalares: Boa práticas em saúde. Lisboa. Retrieved from http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2018/03/Ines-Espirito-Santo_Planeamento-Integrado-da-Alta-Hospitalar.pdf
- Santos, E., Marcelino, L., Abrantes, L., Marques, C., Correia, R., Coutinho, E., & Azevedo, I. (2015). O cuidado humano transicional como foco da enfermagem: Contributos das competências especializadas e linguagem classificada CIPE. *Millenium, 49*, 153-171. Retrieved from <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium49/9.pdf>
- Lopes, M. V., Araújo, M. F., & Moraes, G. L. (2006). Avaliação do grau de dependência nas atividades de vida diária em idosos da cidade de Fortaleza - Ceará. *ACTA, 19(2)*, 201-206. Doi: 10.1590/S0103-21002006000200012
- Silva, M. S. (2007). *O acesso aos cuidados de enfermagem após a alta hospitalar: Uma análise do impacte da partilha de informação* (Dissertação de mestrado, Universidade do Porto). Retrieved from <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/26619/2/Tese%2026Ago2010pdf.pdf>
- Simões, S., & Grilo, E. (2012). Cuidados e cuidadores: O contributo dos cuidados de enfermagem de reabilitação na preparação da alta do doente pós acidente vascular cerebral. *Revista de Saúde Amato Lusitano, (31)*. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10400.11/1718>

Souto, T., Ramires, A., Leite, A., Santos, V., & Santo, R. (2018). Percepção da saúde: Validação de uma escala para a população portuguesa. *Trends in Psychology - Temas em Psicologia*, 26(4), 2168-2179. Doi: 10.9788/TP2018.4-17Pt

Teixeira, M. (2010). *Perspectiva ética da atribuição de ajudas técnicas/produtos de apoio a doentes idosos com dependência funcional* (Dissertação de mestrado, Universidade do Porto). Retrieved from <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/62222/3/Tese%20Mestrado%20Biotica%20Marlene%20Teixeira.pdf>

Vintem, J. M. (2008). Inquéritos nacionais de saúde: Auto-percepção do estado de saúde: uma análise em torno da questão de género e da escolaridade. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 5-16.

Ward, B., Schiller, J., & Goodman, R. (2014). Multiple chronic conditions among US adults: A 2012 update. *Preventing Chronic Disease*, 11(62). Doi: 10.5888/pcd11.130389

Wojtusiak, J., Cari, L. R., Williams, A., & Alemi, F. (2015). Predicting functional decline and recovery for residents in veterans affairs nursing homes. *The Gerontologist*, 56(1), 1–11. Doi: 10.1093/geront/gnv065

Zahrt., O., & Crum, A. (2017). Perceived physical activity and mortality: Evidence from three nationally representative U.S. samples. *Health Psychology*, 36(11), 1017-1025. Doi: 10.1037/hea0000531

APÊNDICES

APÊNDICE A - CONSENTIMENTO INFORMADO



Escola Superior de Enfermagem

S. José de Cluny

Enfermagem de Reabilitação na RAM: Um estudo de Caracterização

Grupo de Investigadores: Mestrandos de Enfermagem de Reabilitação 2018-2019

Investigadora Responsável: Prof. Doutora Bruna Gouveia

Contactos telefónico:

E-mail: turma.mer2018@gmail.com; bgouveia@esesjcluny.pt

Consentimento Informado

Eu, _____,
fui informado(a) dos propósitos do estudo de investigação *Enfermagem de Reabilitação na RAM: Um estudo de Caracterização* e tomei conhecimento das avaliações a que me submeterei, assim como do seu objetivo.

Mais declaro que dou o meu consentimento para que dados anónimos a meu respeito possam ser guardados e processados pelos investigadores deste estudo de investigação, para fins académicos e científicos.

Li (ou foi-me lida) a informação mencionada na Folha de Informação ao Enfermeiro Especialista de Reabilitação. Entendo o significado desta informação e as minhas perguntas foram satisfatoriamente respondidas.

Assim, estando informado(a) e compreendendo os termos de participação, ofereço-me como voluntário(a) para participar neste estudo e consinto na recolha, uso e revelação da informação anonimizada recolhida. Afirmando que tive tempo suficiente para decidir sobre a participação neste estudo e que ficará em minha posse um documento assinado pelo investigador responsável e datada.

Assinatura do Participante: _____ **Data:** _____

Assinatura do Investigador: _____ **Data:** _____

APÊNDICE B - INSTRUMENTOS COLHEITA DE DADOS

IDNR

--	--	--	--	--	--	--

1. Mini-Mental State Examination

Estado Mental

Vou fazer-lhe algumas questões. A maior parte são fáceis. Tente responder o melhor que for capaz.

Orientação no Tempo

0 1

Em que ano estamos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Em que mês estamos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Em que dia do mês estamos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Em que estação do ano estamos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Em que dia da semana estamos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Orientação no Espaço

0 1

Em que país estamos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Em que distrito vive?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Em que terra vive?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Em que casa estamos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E que andar estamos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Agora, vou dizer-lhe 3 palavras. Queria que as repetisse e que tentasse decorá-las, porque dentro de alguns minutos vou pedir-lhe que me diga essas 3 palavras. As palavras são: PÊRA, GATO, BOLA. Repita as 3 palavras.

(Repetir todas as palavras até serem totalmente aprendidas, num máximo de 6 tentativas. Se as palavras não forem aprendidas não se pode fazer a prova de evocação.) Registrar as tentativas.

Pêra	<input type="checkbox"/>					
Gato	<input type="checkbox"/>					
Bola	<input type="checkbox"/>					

Retenção

	0	1
Pêra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Atenção e Cálculo

Agora, peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3, e que ao número encontrado volte a subtrair 3, até eu lhe dizer para parar.

(Parar ao fim de cinco respostas. Se fizer um erro na subtração, mas continuar a subtrair corretamente a

partir do erro, conta-se como um único erro.)

	0	1
27	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Se o sujeito não conseguir executar a tarefa faz-se, em alternativa, uma outra:

Vou dizer-lhe uma palavra e queria que me dissesse essa palavra letra por letra, mas ao contrário, isto é, do fim para o princípio. A palavra: PORTA.

0 1

A T
R
O
P

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Se o sujeito for analfabeto, faz-se em alternativa:

Vou dizer-lhe 3 números e queria que me dissesse esses 3 números, mas ao contrário, isto é, do último para o primeiro. Os números são: 5, 9, 2.

	0	1
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Evocação

Agora veja se me consegue dizer quais foram as 3 palavras que lhe pedi há pouco para decorar.

	0	1
Pêra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nomeação

Como se chama isto?

Mostrar um: Relógio de Pulso
Lápis

	0	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Repetição

Repita a frase: O rato rói a rolha

Compreensão Verbal

Vou dar-lhe uma folha de papel. Quando eu lhe entregar o papel, pegue nele com a sua mão direita e dobre-o ao meio e coloque-o no chão.

	0	1
Mão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Compreensão leitura

Leia e cumpra o que diz neste cartão “**feche os olhos**”. (Mostrar a frase num cartão. Se o sujeito for analfabeto, o examinador deverá ler-lhe a frase.)

	0	1
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Escrita

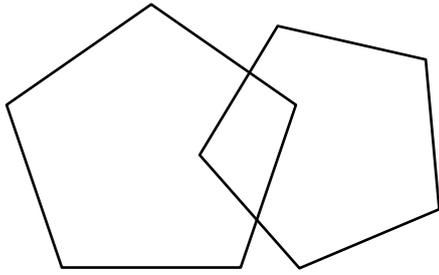
Escreva uma frase.
(Deverá ter sujeito, verbo e ter sentido. Erros gramaticais e troca de letras não são relevantes)

	0	1
Escreve	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

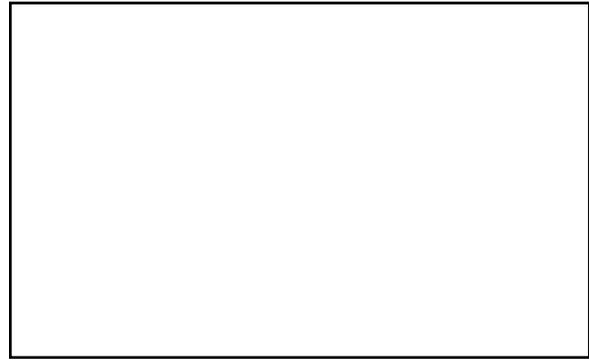
Desenho

Copie o desenho que lhe vou mostrar neste cartão *
(Deverão estar presentes 10 ângulos e 2 deles devem estar intersectados. Tremor e erros de rotação não são relevantes.)

	0	1
Desenha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Total



Défice cognitivo se: analfabetos ≤ 15 pontos; 1º a 11º ano de escolaridade ≤ 22 ;
escolaridade superior ao 11º ano ≤ 27 pontos

IDNR

•	•	•			
---	---	---	--	--	--

ÍNDICE DE BARTHEL

1 - Avaliação Estado Atual

	Data: _____
1.Alimentação INDEPENDENTE (Capaz de usar qualquer instrumento. Come num tempo razoável) NECESSITA DE AJUDA (Necessita de ajuda para cortar os alimentos, levar à boca) DEPENDENTE	10 5 0
2.Vestir INDEPENDENTE (Veste-se, despe-se e ajusta a roupa. Aperta os sapatos, etc.) NECESSITA DE AJUDA (Pelo menos em metade das tarefas, mas realiza-as num bom tempo) DEPENDENTE	10 5 0
3.Banho INDEPENDENTE (Toma banho geral no duche ou banheira. Entra e sai do banho sem ajuda de terceiros) DEPENDENTE	5 0
4.Higiene Corporal INDEPENDENTE (Lava a face, mãos e dentes. Faz a barba) DEPENDENTE	5 0
5.Uso da Casa de Banho INDEPENDENTE (Usa-a sem ajuda, senta-se, levanta-se e arranja-se sozinho)	10 5

NECESSITA DE AJUDA (Para manter o equilíbrio, limpar-se e ajustar a roupa) DEPENDENTE	0
6. Controlo Intestinal INDEPENDENTE (Não apresenta episódios de incontinência. Se necessita de enemas ou clisteres, fá-lo sozinho) INCONTINENTE OCASIONAL (Episódios ocasionais de incontinência e necessita de ajuda para enemas ou clisteres) INCONTINENTE FECAL	10 5 0
7. Controlo Vesical INDEPENDENTE (Não apresenta episódios de incontinência. Se necessita de sonda ou colector, fá-lo sozinho) INCONTINENTE OCASIONAL (Episódios ocasionais de incontinência e necessita de ajuda para uso de sonda ou colector) INCONTINENTE OU ALGALIADO	10 5 0
8. Subir Escadas INDEPENDENTE (Sobe e desce escadas. Pode usar um instrumento de apoio) NECESSITA DE AJUDA (Necessita de ajuda física ou supervisão para subir/descer escadas) DEPENDENTE	10 5 0
9. Transferência Cadeira-Cama INDEPENDENTE (Não necessita de qualquer ajuda. Se usa a cadeira de rodas, transfere-se sozinho) NECESSITA DE AJUDA MÍNIMA (Ajuda mínima e supervisão) NECESSITA DE GRANDE AJUDA (É capaz de se sentar, mas necessita de muita ajuda para a transferência) DEPENDENTE	15 10 5 0

10.Deambulação	
INDEPENDENTE (Caminha pelo menos 50 metros sozinho ou com ajuda de andarilho, canadianas)	15
NECESSITA DE AJUDA (Caminha 50 metros com ajuda ou supervisão) INDEPENDENTE COM	10
CADEIRA DE RODAS (anda pelo menos 50 metros)	5
DEPENDENTE	0
Score Total:	

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))

Deste questionário 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 experiência.

Informação sobre estruturas de apoio

1. Informação sobre como conseguir fazer AVD:

As necessárias Algumas, não as suficientes Nenhumas

2. Informação sobre a existência de serviços comunitários:

As necessárias Algumas, não as suficientes Nenhumas

O cliente não necessita

3. Alguém arranjou serviços comunitários:

As necessárias Algumas, não as suficientes Nenhumas

Serviços não necessários

4. Informação sobre equipamento:

Sim Não Não necessita de equipamento

Informação sobre Medicação

5. Informação sobre medicação a levar para casa

As necessárias Algumas, não as suficientes Nenhumas

Não tomou medicação

6. Informação sobre efeitos secundários da medicação:

As necessárias Algumas, não as suficientes Nenhumas

Não tomou medicação

7. Informação por escrito sobre os medicamentos:

As necessárias Algumas, não as suficientes Nenhumas

Preparação para a reintegração

8. Informação para preparar o dia-a-dia em casa:

Sim Não

9. Preocupado com a execução das atividades diárias:

Sim Não

Controlo sobre as circunstâncias

10. Confiança para executar as tarefas diárias em casa

Sim Não sei bem Não

11. Atraso no dia da alta do hospital:

Sim Não

12. Em geral até que ponto se sentiu preparado para regressar a casa

Muito preparado Preparado Sem preparação

13. Satisfeito com as orientações recebidas aquando a alta hospitalar

Não recebeu Satisfeito Não satisfeito

14. Sente-se motivado para iniciar um programa de reabilitação

Sim Pouco Não

APÊNDICE C - INFORMAÇÃO ESCRITA FORNECIDA AO PARTICIPANTE

Enfermagem de Reabilitação na RAM: Um estudo de Caracterização

Grupo de Investigadores: Mestrados de Enfermagem de Reabilitação 2018 2019

Investigadora Responsável: Prof. Doutora Bruna Gouveia

Contacto telefónico: 291 743 444

E-mail: turma.mer2018@gmail.com;

bgouveia@esesjcluny.pt

Folha de Informação ao Participante

Foi-lhe pedido para participar num estudo de investigação na área da Enfermagem de Reabilitação desenvolvido no âmbito de um Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação.

A sua participação neste projeto significa que informação sobre a sua saúde em geral e os cuidados de enfermagem de reabilitação de que é alvo será recolhida e analisada.

Qual é o Objetivo deste Estudo?

Esta pesquisa tem como objetivo descrever a enfermagem de reabilitação na RAM, no que se refere aos enfermeiros de reabilitação, aos cuidados, aos clientes e aos cuidadores informais.

Particularmente no que respeita ao Cliente dos cuidados de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, pretende-se caracterizar variáveis como: o nível de independência, qualidade de vida, atividade física, dependência dos cuidados de reabilitação, satisfação, preparação para a alta, equilíbrio, força e capacidade aeróbica.

O que é que este estudo envolve?

No que respeita ao cliente alvo de cuidados de Enfermagem de Reabilitação, este estudo envolve a recolha de dados através de entrevista e avaliações clínicas simples (como a avaliação da força, equilíbrio, frequência cardíaca e outras). No que se refere aos cuidadores, a recolha dos dados será através de questionário de autopreenchimento.

Onde decorrerão as atividades deste estudo?

Decorrerão nos Hospitais, Centro de Saúde e Unidades de Internamento de Rede do SESARAM, E.P.E, que constituam locais de prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação.

A quem é pedido para participar?

Foi-lhe pedido para participar neste estudo porque tem idade superior a 18 anos, é alvo de cuidados de Enfermagem de Reabilitação no serviço de saúde público ou é cuidador informal.

A pesquisa envolverá todos os Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação que prestam cuidados de enfermagem no serviço de saúde público, assim como, muitas pessoas alvo de cuidados de Enfermagem de Reabilitação, voluntários residentes na Região Autónoma da Madeira.

Existem risco nesta participação?

Não. Todas as avaliações são coerentes com a normal abordagem de enfermagem de reabilitação, pelo que não acresce risco para o cliente. Os testes físicos realizados serão de baixa a moderada intensidade, equiparando-se ao nível de esforço necessário para o desempenho das suas atividades de vida diárias, pelo que não se prevê que a inclusão neste estudo acrescente risco para a sua saúde.

Existem benefícios por participar?

Todos os participantes do estudo irão beneficiar de uma avaliação em aspetos relevantes para a reabilitação no âmbito deste projeto, com resultados úteis para a prestação dos cuidados pelos enfermeiros especialistas em reabilitação.

Futuramente, a informação obtida neste estudo irá beneficiar outros clientes dos cuidados de enfermagem de Reabilitação, permitindo o delineamento de intervenções mais eficazes.

Quem terá acesso à minha informação?

Não será utilizado o seu nome em nenhum documento, mas sim um número de identificação atribuído a cada participante por ordem de inscrição.

Os dados de identificação dos participantes serão apenas do conhecimento da investigadora

responsável e do participante, sendo esta informação destruída após a conclusão do estudo e o encaminhamento dos participantes para os recursos de saúde necessários.

A sua informação pessoal será sempre confidencial e só poderá ser revelada se solicitada pelas vias legais.

Está prevista a publicação dos resultados deste estudo no futuro, mas a sua identidade não será divulgada.

Quais serão as condições de privacidade?

Todas as avaliações individuais serão realizadas num ambiente particular, garantindo as condições de privacidade.

Existem custos envolvidos?

Por participar neste estudo não terá a seu cargo despesas adicionais, além das já previstas para a deslocação ao local onde é alvo de cuidados de enfermagem de reabilitação.

Todos os outros custos serão atribuídos aos investigadores.

Que tempo terei de despende?

Ao participar neste estudo, ser-lhe-á pedido para despende o tempo para um momento de avaliação (com fracionamento e marcação de acordo com a sua disponibilidade), com a duração máxima de 1 hora.

Quais são os meus direitos?

Antes de decidir participar neste estudo, será informado individualmente da natureza, dos fins, dos procedimentos e das metodologias, da identidade e contactos da investigadora responsável, das condições, benefícios, riscos e custos inerentes à sua participação. Ser-lhe-ão explicados todos os procedimentos, razões e efeitos decorrentes. Antes de tomar a sua decisão terá direito a esclarecer as suas dúvidas e pedir a opinião de terceiros. Receberá este documento assinado pelos investigadores responsáveis.

Se recusar ou desistir da sua participação neste estudo, em qualquer momento, não irá sofrer qualquer dano ou prejuízo futuro, nem perder nenhum direito de saúde ou legal.

A quem posso contactar se tiver alguma questão ou preocupação?

Se tiver alguma dúvida sobre os seus direitos como participante, pode contactar a Investigadora principal ou o Investigador responsável pela aplicação dos questionários, através dos contactos acima descritos ou na morada institucional (Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny).

Os investigadores comprometem-se a disponibilizar-se para responder a qualquer dúvida e a respeitar os princípios éticos que regulam o exercício da profissão de enfermagem, durante todo este processo de investigação.

O Investigador Responsável

Data: _____

APÊNDICE D - QUESTIONÁRIO SUBMETIDO À COMISSÃO DE ÉTICA



Exma. Senhora
Presidente do Conselho de Administração
do Serviço de Saúde da Região
Autónoma da Madeira, E.P.E.
Dra. Tomásia Alves
Av. Luís de Camões, 57
9004-514 FUNCHAL

Assunto: Pedido de autorização para realização de estudo/projeto de investigação

Nome do Investigador Principal: Bruna Raquel Figueira Ornelas de Gouveia, Escola Superior de Enfermagem de S. José de Cluny

Título do projeto de investigação: Enfermagem de Reabilitação na RAM. Um estudo de Caracterização

Pretendendo-se realizar nos Serviços Hospitalares, de Cuidados de saúde Primários e Rede de Cuidados Continuados, com Enfermeiros Especialistas em Reabilitação, do Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira – EPE (SESARAM, E.P.E.) o estudo/projeto de investigação em epígrafe, solicito a V. Exa., na qualidade de Investigador/Promotor, autorização para a sua efetivação.

Para o efeito, anexo toda a documentação referida no procedimento de Submissão de Projetos de Investigação da Comissão de Ética do SESARAM, E.P.E.

Com os melhores cumprimentos.

Funchal, 2 de maio de 2019

O Investigador/Promotor

E-mail: bgouveia@esesjcluny.pt

Telf/Telm: 291 743 444/963344643

Rampa da Quinta de Sant'Ana, 22 - 9050-535 Funchal - 291 743464 - geral@esesjcluny.pt - www.esesjcluny.pt

Questionário de Submissão CES

Comissão de Ética para a Saúde do SESARAM,EPE

Questionário de Submissão

Estudos Não Envolvendo Experimentação Humana (Observacionais, Inquéritos)

1. IDENTIFICAÇÃO DO PROJECTO

a) **Título do projeto** (do estudo, investigação, etc.)

Enfermagem de Reabilitação na RAM: Um estudo de Caracterização.

b) **Autores / Promotor**

a. Promotor (Indivíduo ou entidade responsável pela execução do estudo)

Escola Superior de Enfermagem de S. José de Cluny

b. Investigador Principal

Prof.ª Doutora Bruna Raquel Ornelas de Gouveia

(Prof. Adjunta, Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny; Coordenadora do MER;

Regente da Unidade Curricular Dissertação de Natureza Científica).

c. Colaboradores

20 Enfermeiros Mestrandos do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

d. Há algum Investigador/Colaborador pertencente ao SESARAM,EPE?

Sim. Mestrandos do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação.

c) **Natureza do estudo:**

Inquérito isolado Estudo observacional Estudo retrospectivo com colheita de dados pessoais

Inquéritos seriados Outro

Qual?

Estudo quantitativo, transversal, descritivo e correlacional.

d) Local onde decorre o estudo (Internamento, Consulta Externa, Hospital de Dia, Laboratório, etc):

Todos os Serviços do SESARAM, E.P.E., onde existam Enfermeiros Especialistas em Reabilitação a desempenhar funções.

e) Existem outros centros, onde a mesma investigação será feita?

Sim, Nacionais

Sim, Internacionais

Não

Em caso afirmativo indique-os _____

Descreva sucintamente o (os) objetivos da investigação:

Os Objetivos da investigação são:

- (1) Descrever a Enfermagem de reabilitação na RAM, no que respeita a variáveis associadas aos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação, aos Clientes destes cuidados e aos Enfermeiros de Reabilitação.
- (2) Analisar as relações entre variáveis associadas aos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação, aos Clientes destes cuidados e aos Enfermeiros de Reabilitação, por exemplo, a independência e a cognição dos utentes, a atividade física e a independência, a nível de comprometimento dos enfermeiros e a satisfação.

f) Encargos e situações especiais (se a investigação proposta envolve):

- i) Envolvimento de pessoal administrativo - indique o tipo, frequência e duração prevista. Especifique se o tempo ocupado com a sua colaboração se destina especialmente para esta investigação ou se seria executado no âmbito dos cuidados assistenciais habituais a prestar ao doente.

Não Aplicável.

- ii) Consultas / entrevistas de seguimento – Especifique se as consultas são feitas especialmente para esta investigação ou se seriam executadas no âmbito dos cuidados médicos habituais a prestar ao doente.

Não Aplicável.

Especifique se os entrevistadores estão obrigados ao segredo médico ou - em alternativa - se assinaram um acordo de confidencialidade com a Instituição.

Os entrevistadores são os investigadores do projeto, designadamente os Enfermeiros Mestrandos do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, que como tal estão sujeitos à confidencialidade prevista no seu código deontológico, além da garantia do respeito da confidencialidade expressa no documento de consentimento e folha de informação ao sujeito assinados pelos investigadores.

g) Caderno de recolha de dados (CRF):

- i) Como serão recolhidos os dados? (Nota: junte um exemplar do caderno de recolha de dados)

Através de questionários, que consistem em instrumentos de colheita de dados validados para a população portuguesa. Destes instrumentos, alguns serão de autopreenchimento (no caso dos dirigidos aos enfermeiros especialistas) e outros preenchidos pelos investigadores (no caso dos aplicados aos clientes).

- ii) Como será mantida a confidencialidade nos registos?

Nos documentos a aplicar não figurarão dados pessoais dos participantes, sendo estes substituídos por um número de ordem, atribuído aos participantes após consentimento na participação.

h) Comentários adicionais (por favor indicar a alínea a que se referem)

Não Aplicável.

- i) **Tem informação dos responsáveis dos serviços onde vai aplicar o projecto?** (por favor indique quais e anexe os pareceres dos mesmos)

Não Aplicável.

2. JUSTIFICAÇÃO CIENTÍFICA DA INVESTIGAÇÃO

Descreva sucintamente os fundamentos científicos da investigação. Indique em particular:

- se a investigação já foi feita anteriormente com seres humanos, qual o motivo que justifica a sua repetição; no caso da investigação nunca ter sido realizada em seres humanos, se o problema foi devidamente estudado a nível experimental em animais de modo a otimizar os aspectos analíticos e técnicos e avaliar os possíveis danos.

A presente investigação tem caráter inédito no contexto regional e nacional, surgindo na ausência de estudos que descrevam a prestação dos cuidados de enfermagem de reabilitação.

Assim, esta investigação permitirá pela primeira vez caracterizar a enfermagem de reabilitação, no que se refere ao cliente, aos cuidados e aos enfermeiros; identificar associações entre variáveis de relevo no processo de reabilitação; e identificar áreas de potencial melhoria nas condições e cuidados de enfermagem de reabilitação.

Este conhecimento será pertinente no sentido de cientificamente descrever a características da resposta de enfermagem de reabilitação na RAM e constituir uma base para estudos futuros, particularmente focados no domínio da eficácia e efetividade das intervenções de enfermagem de reabilitação.

3. SUJEITOS

Número de indivíduos previstos incluir:

(População de clientes adultos alvo de cuidados de enfermagem de reabilitação na data da avaliação e enfermeiros especialistas nesta área)

(incluir a população à data da avaliação)

Critérios inclusão/exclusão :

As mulheres grávidas são excluídas?

Sim Não x

As crianças são excluídas?

Sim Não

4

- Os doentes com perturbações psíquicas são excluídos? Sim Não
- Os indivíduos com compreensão comprometida são excluídos? Sim Não

4. DESCRIÇÃO RESUMIDA DO PLANO DA INVESTIGAÇÃO

Data prevista do início: 27/05/2019 (colheita de dados)

Data prevista da conclusão: 28/07/2019 (apresentação de resultados)

Descrição das Etapas do Plano:

Colheita de Dados: a partir de 27/05/2019 até de 07/06/2019.

Processamento e análise de Dados: a partir de 08/06/2019 até de 29/06/2019.

Apresentação de Resultados: A partir de 28/07/2019.

5. RISCO / BENEFÍCIO

a) Potenciais benefícios para o doente pela participação no estudo

A participação neste estudo poderá determinar benefícios para os profissionais e clientes dos cuidados de enfermagem de reabilitação, uma vez que o conhecimento decorrente deste estudo será relevante para a definição de melhorias nas condições e cuidados de enfermagem de reabilitação. Acresce ainda o benefício direto de todas as avaliações realizadas serem coerentes com os referenciais para a abordagem de enfermagem de reabilitação e fornecerem resultados úteis para a prestação dos cuidados pelos enfermeiros especialistas em reabilitação.

Adicionalmente, os instrumentos ficarão compilados e disponíveis para uso posterior em todos os contextos da prática de enfermagem de reabilitação do SESARAM, E.P.E.

b) Precauções que julga devem ser observadas na realização do estudo

A participação neste estudo não acresce risco para o enfermeiro, nem para o cliente alvo de cuidados, uma vez que todas as avaliações são coerentes com a normal abordagem de enfermagem de reabilitação de que são alvo estes últimos. Contudo, será precaução garantir, junto de Enfermeiros

5

Especialista em Reabilitação dos serviços, que os clientes participantes têm uma situação clínica estável, que são garantidas as condições segurança e é acautelado o normal funcionamento dos serviços, onde será desenvolvido o estudo.

c) Questões previsíveis

Não Aplicável.

d) Considera que os meios utilizados no estudo podem violar a privacidade do doente?

Sim Não

Em caso afirmativo, indique que medidas serão tomadas para assegurar a confidencialidade.

Neste estudo, toda a colheita de dados a clientes será coerente com uma normal abordagem de enfermagem de reabilitação, sendo garantidas as condições de privacidade e confidencialidade inerente. No caso dos enfermeiros especialistas participantes, a privacidade será também garantida no autopreenchimento dos questionários e a confidencialidade será garantida com a anonimização e atribuição de números aos questionários.

e) Pagamento aos doentes

Pelas deslocações Sim Não

Pelas faltas ao serviço Sim Não

Por danos resultantes da sua participação no estudo Sim Não

6. CONSENTIMENTO ESCLARECIDO (Junte cópia)

a) A investigação ou estudo envolve:

• Menores Sim Não

• Inimputáveis Sim Não

Em caso afirmativo, juntar folha de consentimento para os representantes legais.

Caso o menor disponha de capacidade de entendimento e manifestação de vontade é necessário também o seu consentimento (recomendável a partir dos 7 anos, obrigatório a partir dos 14 anos).

7. BENEFÍCIOS PARA O INVESTIGADOR / INSTITUIÇÃO

a) Que tipo de benefícios resultarão do estudo, para o investigador e/ou instituição?

Especifique:

Na que se refere aos benefícios para os investigadores, esta investigação permitirá o desenvolvimento de trabalhos de dissertação dos Enfermeiros Mestrandos do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny.

No que respeita aos benefícios para a instituição acolhedora, designadamente o Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, E.P.E., esta investigação permitirá caracterizar, identificar associações entre variáveis e potencialmente identificar áreas de melhoria nas condições e cuidados de enfermagem de reabilitação. Este conhecimento será útil para a visibilidade da resposta de enfermagem de reabilitação e um recurso para os processos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados.

Se apropriado junte cópia do acordo financeiro.

Não Aplicável.

b) Os dados obtidos constituirão propriedade exclusiva do promotor? Sim Não

Se não, que outras entidades têm acesso aos dados _____

c) A publicação dos resultados do estudo será da exclusiva responsabilidade do promotor?

Sim Não

8. TERMO DE RESPONSABILIDADE

Data do pedido de submissão (DD / MM / AAAA): 24/04/2019

Eu abaixo assinado, Bruna Raquel Figueira Omeias de Gouveia, na qualidade de investigador principal, declaro por minha honra que as informações prestadas neste questionário são verdadeiras. Mais declaro que, durante o estudo, serão respeitadas as recomendações constantes das Declarações de Helsinquia a de Tóquio, da Organização Mundial de Saúde e da Comunidade Europeia, no que se refere à experimentação que envolva seres humanos, bem como o constante DL 43/04 de 19 de agosto, DR I Série.

Funchal, 02 de maio de 2019

Bruna Raquel Figueira Omeias de Gouveia

APÊNDICE E - QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO

2. QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO (Versão Geral, Clientes)

1. Idade: _____ anos

2. Género: feminino Masculino

3. Estado Civil:

Solteiro(a)

Casado(a)/União de Facto

Divorciado(a)/Separado(a)

Viúvo(a)

4. Escolaridade:

Não sabe ler nem escrever Ensino Básico - 1º Ciclo

Ensino Básico – 2º e 3º Ciclo Ensino Secundário (10º ao 12º ano)

Ensino Superior (1º ciclo e/ou superior)

5. Situação Profissional:

Estudante

Desempregado

Trabalhador por Conta de Outrem

Doméstica

Trabalhador por Conta Própria

Reformado/Inválido

6. Situação de Vida:

Vive sozinho(a) Vive com Cônjuge

Vive com Familiares Outra

7. Tem apoio de cuidador informal? Sim Não

8. Vamos agora, falar da sua Saúde. Como considera a sua saúde atual?

Má Fraca Razoável Boa Muito Boa Não Aplicável

9. Antecedentes de saúde:

Obesidade

Hipertensão Arterial (HTA)

Diabetes *Mellitus*

Hábitos Tabágicos

Doença Mental

Hábitos Etílicos

Problema do Foro Cardíaco

Problema do Foro Respiratório

Problema do Foro

Ortotraumatológico

Problema do Foro Neurológico

Dislipidemia

Outros

- Centro de Saúde

10. Tem dificuldades na mobilidade?

13.3. Qual? _____

Sim Não

10.1. Quais: _____

11. Tem dificuldades sensitivas (i.e. órgãos dos sentidos)? Sim Não

11.1. Quais: _____

16. Usa óculos? Sim Não
17. Usa aparelho auditivo? Sim Não
18. Usa prótese dentária? Sim Não
19. Utiliza outro tipo de prótese? Sim Não

19.1. Especifique: _____

20. Utiliza alguma ortótese ou ajuda técnica? Sim Não

- Ortótese para o tronco **20.1.**
Qual? _____
- Ortótese para os membros superiores **20.2**
Qual? _____
- Ortótese para os membros inferiores **20.3.**
Qual? _____
- Ajuda técnica **20.4.**
Qual/Quais? _____

21. Faz medicação habitualmente? Sim Não

22. O seu Diagnóstico Médico atual é de:

- Acidente Vascular Cerebral
- Traumatismo crânio-encefálico
- Traumatismo Vertebro Medular
- Doença Neurológica Degenerativa
- Outras patologias do foro neurológico
- Doença Cardiovascular

- Doença Respiratória
- Doença Ortopédica
- Outro

23. Qual foi o motivo de procura dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação?

- Problema do Foro Cardíaco
- Problema do Foro Respiratório
- Problema do Foro Ortotraumatológico
- Problema do Foro Neurológico
- Cirurgia Recente
- Outro

24. No último mês, teve algum dos seguintes sintomas:

- Dor
- Dispneia
- Cansaço Fácil

25. Há quanto tempo é seguido pelo Enfermeiro(a) Especialista em Enfermagem de Reabilitação (evento de saúde atual)?

_____ (dias).

26. Número de sessões semanais com o Enfermeiro(a) de Reabilitação? _____

27. Esteve internado(a) no último mês?

Sim

Não

28.1. Se Sim, em que serviço? _____

