

## **DIFICULDADES DOS CUIDADORES DE DOENTES DEPENDENTES**

### **DIFFICULTIES OF CAREGIVERS OF DEPENDENT PATIENTS**

Rita Margarida Dourado Marques; Maria dos Anjos Dixe

Email para contacto: [ritamdmarques@gmail.com](mailto:ritamdmarques@gmail.com)

#### **RESUMO**

**Introdução e objectivos:** É bem conhecido que uma das causas das sucessivas recorrências dos doentes dependentes ao serviço de urgência, nomeadamente os idosos, se prende com dificuldades sentidas pelos cuidadores no domicílio pelo que este estudo teve como objectivos determinar a taxa de prevalência, os factores preditivos de readmissão dos doentes dependentes e conhecer quais são as dificuldades dos seus cuidadores e as respostas prestadas pelos serviços de saúde.

**Metodologia:** Neste estudo correlacionado aplicamos uma entrevista a 107 doentes dependentes e seus cuidadores que recorreram a um Serviço de Urgência de um Hospital Central de Lisboa nos meses de Abril a Julho. A taxa de prevalência foi determinada através de uma entrevista telefónica um mês após a entrevista e alta do serviço de Urgência.

**Resultados:** Os resultados demonstraram uma taxa de readmissão de 28%. Informação sobre a Satisfação das Necessidades Humanas Básicas do doente, sintomas da doença, evolução e prognóstico assim como a medicação e seus efeitos foram as necessidades mais referidas pelos cuidadores. Um menor nível de dependência e menor número de dias decorridos desde a última vinda do doente ao serviço de urgência foram determinadas como factores preditivos da readmissão. As características sociodemográficas tanto do doente como do cuidador não constituem factores preditivos de readmissão.

**Palavras-chave:** Dificuldades; Cuidador; Doente Dependente; Readmissão; Serviço de Urgência

#### **ABSTRACT**

**Introduction and goals:** It is well known that one of the causes of repeated recurrences of dependent patients in the emergency department, including the elderly, is related to difficulties faced by caregivers at home so this study aims to determine the rate of prevalence,

the predictors of dependent patients readmission, and know what are the difficulties of their caregivers and the answers provided by health services.

**Methodology:** In this correlated study, an interview was applied to 107 dependent patients and their caregivers, who resorted to the emergency department of a central hospital in Lisbon from April to July. The prevalence rate was determined through a telephone interview one month after the interview and the discharge of the emergency department.

**Results:** The results showed a readmission rate of 28%. Information on the satisfaction of basic human needs of the patient, symptoms, evolution and prognosis of the disease as well as medication and its effects were more needs reported by caregivers. A lower level of dependence and a smaller number of days elapsed since the last arrival of the patient at the emergency department were determined as predictors of readmission. The sociodemographic characteristics of the patient and caregiver are not predictors of readmission.

**Keywords:** Difficulties; Caregiver; Dependent Patients, Readmission, Emergency Department

## 1. INTRODUÇÃO

Nos últimos anos em Portugal, e na maioria dos países da Europa, tem-se verificado um envelhecimento da população devido aos baixos níveis de fecundidade e mortalidade causados, tanto pelos progressos da medicina, como pelos avanços tecnológicos pelo que, este novo século, na opinião de Oliveira (2008) pode denominar-se pelo “século dos idosos”.

Os últimos dados da Eurostat (2007) sobre as condições de vida na Europa revelam que na Europa no ano de 2005, existiam 16,9% de pessoas com idades compreendidas entre os 60 e 79 anos, com 80 ou mais anos existiam 4%. Em relação a este grupo de pessoas, as expectativas para 2050 apontam para um aumento de 14,1%, quase quadruplicando. Nesse mesmo ano os dados apontados pelo Eurostat (2007) destacam que Portugal era o 7º país da Europa com maior número de pessoas idosas com 80 ou mais anos (13,6%). Entre 1960 e 2001 verificou-se um incremento de 140% da população idosa. (INE, 2002)

Verifica-se, também, um aumento, tanto das doenças crónicas não transmissíveis como das situações de morbilidade por acidentes (de trabalho, de viação ou outros), o que contribui para

que a pessoa sobreviva, contudo, por vezes em situações de morbilidade e dependência de outros.

Se por um lado é verdade que os indivíduos vivem mais, segundo Paúl e Fonseca (2005), fazem-no frequentemente acompanhados de incapacidade e patologias múltiplas mesmo antes dos 65 anos.

Como referem Neuman, Steed & Mulligan (2004), é na faixa etária considerada idosa que existe maior número de doentes com doenças crónicas que trazem associadas várias complicações e, conseqüentemente, mais casos de dependência, o que leva à procura dos cuidados de saúde.

Não esquecendo a permissa que o envelhecimento não é uma doença, não podemos negar que a experiência de doença na velhice é complexa, as pessoas idosas tendem a sofrer de várias patologias e/ou incapacidades estando polimedicadas. As doenças crónicas, as deficiências, o luto, a perda das redes sociais, os baixos rendimentos e o isolamento são acontecimentos que ocorrem na população idosa, o que condiciona a sua saúde, a independência, a autonomia e a qualidade de vida. (Fonseca, 2007)

Assim, surge a dependência do prestador de cuidados, cujo esforço depende para manter o doente a ser cuidado no domicílio, sendo responsável por um conjunto de tarefas que vão muito além da satisfação das actividades de vida diária a quem os anglo-saxónicos designam de “caregiver” ou “carer”, cuidador primário ou cuidador familiar, ou seja, a pessoa que olha pelo doente, que o apoia e cuida dele no dia-a-dia. (Rica e Hernando, 1994)

São geralmente membros da família ou comunidade, mulheres (mãe, filha, nora, esposa, neta), que prestam cuidados de forma parcial ou integral, a pessoas com dificuldades ou incapacitadas de se auto-cuidarem, e diferenciam-se dos formais pela natureza da motivação (afectos e obrigação) para ajudar, pelas habilidades trazidas para as tarefas e pelo facto de não serem remunerados por essa actividade. (Rica e Hernando, 1994; Fernandes, Pereira & Ferreira, 2002; Martins, 2002)

Contudo e, segundo varios autores, é redutor pensar que a tarefa de cuidar de pessoas dependentes se limita à satisfação das actividades de vida diária, como cuidados com a alimentação, higiene, mobilidade e eliminação, facilmente mensuráveis e observáveis. Cuidar de alguém é muito mais do que as tarefas observáveis pois requer um esforço contínuo ao

nível cognitivo, emocional e físico, muitas vezes não reconhecido e que, por vezes, constitui um “fardo pesado”, chegando mesmo a levá-lo à doença. (Paül, 1997)

No que se refere às necessidades dos cuidadores são agrupadas em necessidades de formação/informação (diagnóstico do doente, tratamento e, técnicas de cuidar), económicas (recursos materiais e humanos), fisiológicas (repousar, dormir, estar com o doente, atender às suas próprias necessidades), emocionais (obter suporte emocional, serem escutados e compreendidos tanto pela família como pelos profissionais de saúde, respeitados e exprimir abertamente as suas emoções), espirituais (atribuir sentido ao evento). (Palma, 1999; Mendonça, Martinez & Milheiras, 2000; Shyu, 2000)

Pois, ao assumir o papel de cuidador, o sujeito vê-se confrontado com uma situação sem alternativa de escolha, modelada por uma forte obrigação moral e social, a qual, raramente, é partilhada com outros elementos da família. O estado de saúde e as solicitações do doente podem absorver de tal forma o tempo do cuidador, que este deixa de ter tempo livre para descansar o suficiente, para desenvolver actividades de que gostava e lhe davam prazer e vê-se confrontado com uma grande e contínua sobrecarga física e emocional, que o conduz a um isolamento e diminuição dos contactos sociais pelo que, um sistema de apoio social tem uma importância primordial. (Paül, 1997; Brito, 2002)

No caso específico dos prestadores de cuidados a idosos, *“as situações de crise e mesmo de ruptura são frequentes, ... precipitando frequentemente na institucionalização do idoso”*. (Paul, 1997:128)

Os cuidados exigidos ao doente são sentidos pelas famílias, principalmente, pelo prestador de cuidados, como uma enorme sobrecarga que os leva muitas vezes aos limites das suas capacidades, tanto físicas e psicológicas como emocionais. (Burman, 2001; Martins, 2002)

Por outro lado, Shyu, MinChi & Hsiao (2004) concluíram que, os problemas que o prestador de cuidados enfrenta no domicílio constituem uma das maiores causas de readmissão após um período de internamento. Eles são vítimas de um enorme stress e tem imensa dificuldade em se prepararem tanto física como psicologicamente, aquando o regresso do doente a casa.

Contudo, segundo Brazil, Bolton, Ulrichsen & Knott (1998) tanto os doentes como os cuidadores preferem os cuidados prestados no domicílio pelo que, o acesso a um serviço

rápido de resposta aos doentes idosos no domicílio evitava a recorrência ao serviço de urgência.

A utilização dos serviços hospitalares poderia ser significativamente reduzida se os doentes e os seus cuidadores fossem sujeitos a intervenções adequadas e tivessem acesso a redes de apoio apropriadas. No entanto, devido à falta de conhecimento de como alcançar serviços apropriados verifica-se uma recorrência exacerbada dos doentes ao hospital através do serviço de urgência. (Leung et al, 2004)

Actualmente em Portugal, segundo o Relatório Final da Fase I do Diagnóstico da Situação Actual (2005), o número de pessoas idosas que recorrem ao serviço de urgência é de 21% prevendo-se que à semelhança de outros países da Europa essa percentagem possa duplicar até 2030.

Como nos refere Aleixo (2002), a manutenção do doente dependente em casa/comunidade está estreitamente relacionada com o apoio familiar que este tem. A sua institucionalização poderá estar mais relacionado com as atitudes e o bem-estar do cuidador do que com o seu grau de incapacidade, isto é, a família entra em stress e tenta encontrar alternativas, constituindo as mais frequentes, os sucessivos reinternamentos hospitalares.

No entanto, como referem alguns autores, cada vez mais surgem políticas de saúde orientadas para a assistência domiciliária em detrimento da hospitalização tradicional e preconizam-se internamentos mais curtos pelo que, os doentes vítimas de doenças crónicas são encaminhados para o cuidado das suas famílias independentemente das suas condições sociais, económicas, psicológicas, físicas, conhecimentos ou condições habitacionais adequadas. (Augusto e Carvalho, 2002; Veríssimo e Moreira, 2004).

Relativamente aos factores que contribuem para a readmissão, na maioria dos estudos, a idade do doente acima dos 65, mulheres idosas com múltiplos problemas de saúde e que vivem sozinhas bem como a existência de doenças crónicas são considerados factores de risco. (Wong; Ho; Chui; Lui; Chan & Lee, 2002; Leung et al, 2004; Martin-Gill e Reiser, 2004). Factores demográficos, sociais e problemas de saúde decorrentes da idade, viuvez, suporte social, satisfação de vida, gravidade da doença, doença do cônjuge, depressão e stress do prestador de cuidados são outros factores referenciados como predisponentes da readmissão hospitalar sendo que, 40-50% das readmissões são devidas a problemas sociais ou perda dos

apoios dos serviços da comunidade. (Proctor, Wilcockson, Pearson & Allgar, 2000; Chuang et al, 2005)

Contudo, como referem Bazo e Domínguez-Alcon (1998), apesar de existirem serviços públicos que prestam algum apoio formal aos cuidadores informais nos cuidados a doentes e/ou idosos dependentes, estes são marcadamente insuficientes, já que na maioria dos casos este é o único apoio com que podem contar quando se encontram em suas casas em situação de dependência pelo que, as redes de apoio informal são estruturas que têm de ser valorizadas.

O deficiente apoio domiciliário fornecido pelas instituições, quer pela escassez das mesmas, quer pelo tipo de apoio que prestam, deveria ser mais abrangente, incluindo não só os serviços de alimentação mas também apoio na higiene e conforto dos doentes e limpeza e, arranjo da unidade habitacional, permitindo, nomeadamente, aos idosos, uma maior autonomia e, simultaneamente, criar as condições mínimas para que estes permanecessem nas suas residências.

## **2 – METODOLOGIA**

### **2.1 Tipo de estudo:** Correlacionado

### **2.2 Hipoteses**

H1 - Existe relação entre a readmissão do doente dependente no serviço de urgência e as suas características sociodemográficas e clínicas;

H2 - Existe relação entre a readmissão do doente dependente no serviço de urgência e as características sociodemográficas do cuidador;

H3 - Existe relação entre a readmissão do doente dependente no serviço de urgência e as necessidades e dificuldades verbalizadas pelo cuidador;

H4 - Existe relação entre a readmissão do doente dependente no serviço de urgência e existência de apoio dos profissionais de saúde ao doente dependente e cuidador;

### **2.3 – Participantes**

A população alvo do estudo foi constituída pelos doentes dependentes da área de abrangência de um Hospital Central da Grande Lisboa, que foram readmitidos no Serviço de Urgência nos meses de Abril a Julho e os respectivos prestadores de cuidados.

A amostra ficou constituída por 107 doentes dependentes e seus cuidadores, tendo sido utilizada a técnica de amostragem não probabilística de conveniência para a selecção da amostra.

Para a selecção da amostra foram definidos os seguintes critérios de inclusão: recorrer ao Serviço de Urgência do Hospital, nos meses de Abril a Julho; ter recorrido ao serviço de urgência pelo menos uma vez nos últimos 6 meses pelo mesmo motivo de saúde; o prestador de cuidados tem que ser uma pessoa da família, ou amiga, não remunerada, que se assume como principal responsável pela organização ou assistência e prestação de cuidados à pessoa dependente; doente apresentar um grau de dependência inferior a 80 pontos de acordo com o Índice de Barthel; o cuidador deve ter mais de dezoito anos; mostrar interesse e disponibilidade para participar no estudo. Esta disponibilidade estendeu-se a participar no segundo momento de recolha de dados através de contacto telefónico.

#### **2.4 Instrumentos**

Os dados foram colhidos no serviço de urgência ao doente dependente e ao cuidador pela investigadora através de um formulário constituído pelas variáveis relativas aos dados sociodemográficos de ambos; história de saúde do doente que incluía a avaliação do nível de dependência através do Índice de Barthel; variáveis relativas às necessidades e dificuldades do cuidador e, variáveis relativas ao apoio dos profissionais de saúde.

#### **2.5 – Procedimentos formais e éticos e Tratamento dos dados**

Antes de emprendermos a colheita de dados propriamente dita, encetámos algumas diligências para a realização do estudo na instituição escolhida. Foi solicitada a autorização ao Conselho de Administração da Instituição assim como o consentimento informado e esclarecido ao doente e cuidador

Para sistematizar e realçar a informação fornecida pelos dados recorreu-se a técnicas de estatística descritiva: frequências (absolutas e relativas), medidas de tendência central (medianas e médias aritméticas), medidas de dispersão e variabilidade (desvio padrão e coeficiente de variação) e inferencial (teste U de Mann Whitney e qui quadrado).

### **3 - RESULTADOS**

Antes da análise e discussão de dados é de salientar que apesar de a amostra ser constituída por 107 inquiridos (30 readmitidos e 77 não readmitidos) nem sempre nos foi possível

verificar se algumas variáveis eram factores preditivos da readmissão em virtude do n em cada grupo das variáveis não ser igual ou superior a cinco.

Para a colheita de dados utilizou-se um formulário e após 30 dias a entrevista telefónica, com o intuito de se verificar se o doente foi readmitido ou não. Decorrente desta entrevista verificou-se uma taxa de readmissão de 28% ou seja apenas 30 doentes foram readmitidos.

No que se refere ao tempo de readmissão, foi em média de 10.8 dias contudo, existiu grande dispersão dos dados em torno da média tal como se pode comprovar pelo coeficiente de variação (cv = 73,5%).

Quadro 1: Caracterização da amostra dos doentes readmitidos relativamente ao tempo de readmissão

Readmissão	N	Xmin	Xmáx	$\bar{x}$	S	CV
Sim	30	2	29	10.8	7.9	73.5

### 3.1 Relação entre a readmissão do doente dependente no serviço de urgência e as suas características sociodemográficas e clínicas;

Relativamente à caracterização sócio-demográfica dos doentes constatamos (quadro 2 e 3) que tanto para o caso dos readmitidos como não readmitidos, uma média de idade de 70.0 anos e, aproximadamente 50.0% para ambos os géneros. Relativamente ao estado civil, 36.7% (11) dos doentes reamitidos e 49,4% (38) dos não readmitidos são casados sendo que os restantes são solteiros, viúvos ou divorciados.

Ao aplicarmos o teste estatístico o teste não paramétrico U de Mann-Whitney verificamos que não existem diferenças estatisticamente significativas no que se refere á idade, género e estado civil do doente pelo que podemos concluir que não são factores preditivos de readmissão ( $p > 0.05$ ).

Quadro 2: Estatística descritiva e resultados da aplicação do teste U de Mann Whitney para comparação da idade dos doentes readmitidos e não readmitidos

	N	Xmin	Xmáx	MD	$\bar{x}$	S	CV	U	Z	P
Não readmitidos	77	18.0	98.0	69.0	66.6	20.2	30.3	1070.500	-0.586	0.558
Readmitidos	30	18.0	101.0	73.5	70.0	19.9	28.4			



Quadro 3: Estatística descritiva e resultados da aplicação do teste Qui-quadrado para comparação dos doentes readmitidos e não readmitidos consoante o seu género e estado civil

Variáveis		Não Readmitidos		Readmitidos		$\chi^2$	P
		Nº	%				
Género do doente	Masculino	38	49.4	15	50.0	0.000	1.000
	Feminino	39	50.6	15	50.0		
Estado civil do doente	Casado	38	49.4	11	36.7	0.935	0.234
	Não casado	39	40.7	19	63.4		

Da análise do quadro 4 pode-se verificar que, os doentes readmitidos são em média menos dependentes (31.6) que os não readmitidos (21.3) sendo que, essas diferenças tem significado estatístico ( $U = 862,500$ ;  $p < 0.05$ ) ou seja, nesta amostra maior nível de dependência não é factor preditivo de readmissão.

Quadro 4: Estatística descritiva e resultados da aplicação do teste U de Mann Whitney para comparação dos doentes readmitidos e não readmitidos consoante o seu nível global de dependência

	N	Xmin	Xmáx	$\bar{x}$	Md	S	U	Z	P
Não readmitidos	77	0.00	70.0	21.3	15.0	22.4	862.500	-2.078	0.038
Readmitidos	30	0.00	65.0	31.6	40.0	22.3			

### 3.2 Relação entre a readmissão do doente dependente no serviço de urgência e as características sociodemográficas do cuidador;

No que concerne à caracterização dos cuidadores dos doentes readmitidos verificou-se uma idade média de 56.7 anos e 59,3 para os não readmitidos contudo, em ambos os grupos há cuidadores com idade superior a 65 anos. São maioritariamente do género feminino e, casados.

No nosso estudo, podemos constatar que, a idade, o género e o estado civil do cuidador não constituem factores preditivo da readmissão já que, através da aplicação do teste não paramétrico U de Mann-Whitney verificamos que as diferenças não têm significado estatístico ( $p > 0.05$ ).

Quando questionados acerca do seu estado de saúde ambos os cuidadores responderam que a sua saúde é muito fraca e, que piorou desde que começou a cuidar do doente.

### 3.3 - Relação entre a readmissão do doente dependente no serviço de urgência e as necessidades e dificuldades verbalizadas pelo cuidador;

Os cuidadores dos doentes readmitidos prestam cuidados em média há 39.8 meses para um desvio padrão de 45.2 sendo o tempo de experiência de cuidador mais elevado (media = 53,2; s=61,1) no cuidador do doente não readmitido não tendo essas diferenças significado estatístico ( $p > 0,05$ )

Quadro 5: Estatística descritiva e resultados da aplicação do teste U de Mann Whitney para comparação do tempo de experiência como cuidador consoante cuidam de doentes readmitidos ou não readmitidos

Readmissão	N	Xmin	Xmáx	$\bar{x}$	Md	S	CV	U	Z	p
Não	77	6.0	396.0	53.2	35,0	61.1	114.8	921.500	- 1.620	0.105
Sim	30	9.0	232.0	39.8	27,5	45.2	113.6			

Por outro lado, verbalizam que despendem em média 7.8 horas por dia a cuidar do doente para um desvio padrão de 2.1 contudo, apesar destas diferenças, verifica-se que, estas não são estatisticamente significativas ( $U = 1035.000$ ;  $p > 0.05$ ).

Quadro 6: Estatística descritiva e resultados da aplicação do teste U de Mann Whitney para comparação do número de horas dispendido por dia pelo cuidador a cuidar dos doentes consoante estes são readmitidos ou não readmitidos

Readmissão	N	Xmin	Xmáx	$\bar{x}$	Md	S	CV	U	Z	P
Não	77	5.0	17.0	8.3	8	2.5	30.1	1035.000	- 0.844	0.398
Sim	30	5.0	13.0	7.8	8	2.1	26.9			

Relativamente à existência de outro prestador de cuidados, os cuidadores dos doentes não readmitidos têm mais ajudas contudo, apesar das diferenças, estas não são estatisticamente significativas ( $\chi^2 = 0.674$ ;  $p > 0.05$ ), ou seja, o facto de o cuidador principal ter ajuda nos cuidados a prestar ao doente não está relacionado com a readmissão.

Quadro 7: Estatística descritiva e resultados da aplicação do teste Qui-quadrado para comparação da existência de outro prestador de cuidados consoante o cuidador cuida de doentes readmitidos ou não readmitidos

Existência de outro prestador de cuidados	Não Readmitidos		Readmitidos		$\chi^2$	P
	Nº	%	Nº	%		
Sim	30	39.0	50.0	15	0.674	0.384
Não	47	61.0	50.0	15		
Total	77	100.0	100.0	30		

Relativamente às dificuldades e necessidades que o cuidador tem para cuidar o seu familiar verificou-se que todos os cuidadores referiram aspectos em que necessitavam de mais informação, nomeadamente a nível da satisfação das necessidades humanas básicas, sintomas da doença, evolução e prognóstico assim como a medicação e seus efeitos foram as necessidades mais referidas pelos cuidadores (quadro 8).

Quadro 8: Distribuição da amostra dos cuidadores dos doentes readmitidos e não readmitidos segundo os aspectos em que os cuidadores consideram que necessitavam de mais informação.

Dificuldades /necessidades do cuidador	Não Readmitidos		Readmitidos	
	Nº	%	Nº	%
Satisfação de todas as NHB ao doente	13	16.9	1	3.3
Higiene e mobilização do doente	0	0	1	3.3
Mobilização do doente	2	2.6	2	6.7
Alimentação e dietoterapia do doente	1	1.3	2	6.7
Exercícios e técnicas de reabilitação ao doente	10	13.0	1	3.3
Apoios sociais ao doente e cuidador	6	7.8	2	6.7
Doença e apoios sociais aos doente e cuidador	11	14.3	3	10.0
Sintomas da doença, evolução e prognóstico	9	11.7	8	26.7
Doença e opções de tratamento	13	16.9	1	3.3
Como lidar com a doença	1	1.3	3	10.0
Medicação usada, efeitos e interações	3	3.9	6	20.0
Como ser mais paciente e tolerante	7	9.1	0	0.0
Combater a fadiga e o stresse	2	2.6	0	0.0
<b>Total</b>	<b>77</b>	<b>100.0*</b>	<b>30</b>	<b>100.0</b>

\* Acerto estatístico

### 3.4 – Relação entre a readmissão do doente e o apoio técnico e dos profissionais de saúde prestado ao doente e cuidador

Quando questionados acerca de instituições que dão apoio a doentes dependentes no domicílio, a maioria dos cuidadores referiu que tinha conhecimento sendo que, as diferenças encontradas não têm significado estatístico ( $p > 0.05$ ) ou seja, o facto do cuidador ter conhecimento de instituições que dão apoio a doentes dependentes no domicílio não é factor preditivo de readmissão.(quadro 9)

Quadro 9: Estatística descritiva e resultados da aplicação do teste Qui-quadrado para comparação do conhecimento que os cuidadores têm sobre instituições que dão apoio a doentes dependentes no domicílio consoante cuidam de doentes readmitidos e não readmitidos.

Conhecimento sobre instituições que dão apoio a doentes dependentes no domicílio	Não readmitidos		Readmitidos		$\chi^2$	P
	Nº	%	Nº	%		
Sim	67	87.0	23	76.7	1.042	0.240
Não	10	13.0	7	23.3		

Relativamente à necessidade de ajudas técnicas pode constatar-se que a maioria dos cuidadores de ambos os grupos já necessitou de alguma ajuda técnica sendo que, a maioria obteve-as ou através de compra directa e ajuda de familiares ou através da assistente social do hospital.

Quadro 10: Distribuição das respostas dos cuidadores dos doentes readmitidos e não readmitidos relativamente à forma como obteve a ajuda técnica.

Forma como obteve a ajuda técnica	Não Readmitidos		Readmitidos	
	Nº	%	Nº	%
Assistente social do hospital	2	3.8	1	4.8
Assistente social do apoio domiciliário	6	11.3	1	4.8
Através de familiares	2	3.8	2	9.5
Através de amigos	2	3.8	0	0,0
Compra directa	29	54.7	9	42.9
Familiares e compra directa	8	15.1	7	33.3
Assistente social do hospital e compra directa	4	7.5	1	4.8
Total	53	100.0	21	100.0*

\* acerto estatístico

Relativamente ao apoio do pessoal médico e de enfermagem do centro de saúde da área de residência pode verificar-se que a maioria dos cuidadores sentem apoio do pessoal de saúde do Centro de saúde da sua área de residência não havendo diferenças estatisticamente significativas entre as duas amostras ( $p > 0,05$ ).

Quadro 11: Estatística descritiva e resultados da aplicação do teste Qui-quadrado para comparação do apoio do pessoal médico e de enfermagem do CS da área de residência sentido pelo cuidador consoante cuidam de doentes readmitidos e não readmitidos

Sente apoio do pessoal médico e de enfermagem do CS da sua área de residência		Não Readmitidos		Readmitidos		$\chi^2$	P
		Nº	%	Nº	%		
Médico	Sim	58	75.3	20	66.7	0,439	0,468
	Não	19	24.7	10	33.3		
Enfermeiro	Sim	70	90.9	25	83.3	0,600	0,311
	Não	7	9.1	5	16.7		

Quando questionados acerca da importância da continuidade de cuidados, todos os indivíduos consideram que a ligação entre o serviço de urgência e o centro de saúde lhe traria benefícios; a totalidade dos cuidadores dos doentes readmitidos e a quase totalidade dos não readmitidos verbalizaram inúmeras vantagens na existência de um documento com informação específica sobre o problema do doente e, a grande maioria de ambos os cuidadores considera que seria importante a existência de uma consulta de enfermagem com enfermeira de referência no serviço de urgência.

#### **4. DISCUSSÃO/CONCLUSÃO**

De seguida irá discutir-se os principais resultados do estudo.

Os resultados encontrados, sendo válidos para a amostra estudada, remetem-nos para uma taxa de readmissão de 28% nos 30 dias após a alta e, que os doentes readmitidos são em média menos dependentes que os não readmitidos. Deste modo, conclui-se que um menor nível de dependência e menor número de dias decorridos desde a última vinda do doente ao serviço de urgência são factores preditivos de readmissão.

Tal como nos referem alguns autores, a faixa etária que predomina na nossa amostra são os doentes idosos e seus cuidadores, contudo, ao contrário da maioria dos estudos consultados (Wong et al, 2002; Leung et al, 2004; Martin-Gill e Reiser, 2004) verificamos que, a idade, o género e o estado civil do doente e cuidador não são factores preditivos da readmissão.

No que concerne a dificuldades e necessidades verbalizadas pelo cuidador devemos salientar que existe uma grande percentagem que refere ter muitas dificuldades.

No que diz respeito ao apoio financeiro e ao psico-social podemos constatar que, os cuidadores da nossa amostra não são objecto de qualquer medida de apoio o que, muitas vezes para além de contribuir para o agravamento do processo de saúde-doença pode determinar a sua vinda ao serviço de urgência tal como é referido por Proctor et al (2000) e Chuang et al, (2005).

Por outro lado, ao contrário do pressuposto inicial que se têm quando se pensa no apoio do pessoal do Centro de Saúde, podemos constatar que a maioria dos inquiridos sente apoio do médico e do enfermeiro o que nos leva a questionar o motivo porque tão frequentemente recorrem ao serviço de urgência. Todavia, quanto ao esclarecimento dos profissionais de

saúde não ser factor preponderante na readmissão dos doentes poderá levar-nos a questionar se os ensinamentos foram bem efectuados ou bem assimilados.

Este estudo permitiu também reunir elementos empíricos que sugerem que a pessoa em estado de dependência necessita de ajuda de outras pessoas tanto na satisfação das suas necessidades básicas como nas de estima e de realização pessoal, pelo que, o processo de cuidados ao doente dependente deve incluir todo um conjunto de actividades desenvolvidas pela família, comunidade e profissionais de saúde tendo como missão a identificação das necessidades afectadas.

Neste sentido, concordamos com alguns autores que referem fundamental delinear estratégias do ponto de vista da prestação/organização dos cuidados de saúde, que impliquem a actuação de uma equipa multidisciplinar envolvendo os profissionais de saúde (enfermeiros, médicos, psicólogos, sociólogos, assistentes sociais), em articulação com áreas sociais (instituições de solidariedade social, igreja), recursos comunitários (vizinhos, amigos, voluntariado) e as estruturas internas familiares.

## **BIBLIOGRAFIA**

- Ⓔ Aleixo, Susana. (2002). A intervenção do serviço social hospitalar face ao idoso. *Servir* 50: 161-164.
- Ⓔ Augusto, Berta M. e Rogério Carvalho (2002). *Cuidados Continuados – Família, Centro de Saúde e Hospital como parceiros no Cuidar*. 1ª Edição. Editora Formasau, Coimbra. 123 pps. ISBN 972-8485-29-8.
- Ⓔ Bazo, Maria T. e Domínguez-Alcon Carmen. (1998). Los cuidados familiares de salud en las personas ancianas y las políticas sociales. *Revista Española de Investigaciones* 73: 43-56.
- Ⓔ Brazil, K. ; Bolton, C.; Ulrichsen, D.& Knott, C. (1998). Substituting home care hospitalization: The role of a quick response service for the elderly. *Journal of Community Health [online]*, 23(1): 29-43. Available: <http://www.proquest.com/> [19.10.2008].
- Ⓔ Brito, L. (2002). *A Saúde Mental dos Prestadores de Cuidados a Familiares Idosos*. Coimbra. Quarteto Editora. 167 pp. ISBN 972-8717-19-9
- Ⓔ Burman, Mary E. (2001). Family caregiver expectations and management of the stroke trajectory. *Rehabilitation Nursing* 26(3): 94-98.

- Ⓢ Chuang, Kung-Yang et al. (2005). Identifying factors associated with hospital readmissions among stroke patients in Taipei. *Journal of Nursing Research [online]*, 13(2): 117-127. Available: <http://www.proquest.com/> [11.7.2008].
- Ⓢ Eurostat (2007). *Living conditions in Europe*. Available: [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY\\_OFFPUB/KS-53-03-831/EN/KS-53-03-831-EN.PDF](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-53-03-831/EN/KS-53-03-831-EN.PDF) [11.7.2008].
- Ⓢ Fernandes, Margarida C. & Pereira, Maria L. Sousa & Ferreira, Maria Azevedo & Machado, Rosa Fernandes & Martins, Teresa (2002). Sobrecarga física, emocional e social nos cuidadores informais de doentes com AVC. *Sinais Vitais*, 43, 31-35.
- Ⓢ Fonseca, A.M (2007). Prefácio. In Sousa, L; Mendes, A.; Relvas, A.P. *Enfrentar a velhice e doença crónica*. Lisboa. Climepsi Editores. 152 pps. ISBN: 978-972-796-259-9.
- Ⓢ INE (2002). O Envelhecimento em Portugal: Situação demográfica socio-económica recente das pessoas idosas. Available: <http://alea-estp.ine.pt/html/actual/act29.html>. [15/12/2008]
- Ⓢ Leung, Antony et al. (2004). Reduzindo a utilização de serviços do Hospital pela gerência do caso: uma experimentação controlada randomised. *Australian Health Review*. Sydney. 28:1 79-86. Available: <http://www.proquest.com> [23/11/2008]
- Ⓢ Martin-Gill, C. e Reiser, R.C. (2004). Risk factors for 72-hour admission to the ED. *The American journal of emergency medicine*. 22:6 448-53. Available: <http://www.serch.epnet.com/> [05/12/2008]
- Ⓢ Martins, Maria M. F. P.S. (2002). *Uma crise acidental na família. O doente com AVC. Processos familiares/aceitação/dependência*. Formasau. Formação e Saúde, Lda. Coimbra. ISBN: 972-8485-30-1.
- Ⓢ Mendonça, Francisco; Martinez, Maria; Rodrigues, Milheiras. (2000). Avaliação das Necessidades dos Prestadores Informais de Cuidados de Saúde. *Geriatrics*. XIII (127): 33-49.
- Ⓢ Neuman, S., Steed, L. & Mulligan K. (2004) Self-management interventions for chronic illness. *Lancet*. 364 , 1523-1537. Available: <http://www.thelancet.com/> [20.05.2008 ]
- Ⓢ Oliveira, J.H.B.(2008). *Psicologia do Envelhecimento e do Idoso*. 3ªEd. Legis Editora. Porto. 148pps. ISBN 9789898148063.
- Ⓢ Palma, Emilia M. (1999). A Família com Idosos Dependentes – Que Expectativas? *Revista de Enfermagem*. 15:2 p.27-40.
- Ⓢ Paúl, M.C. (1997). *Lá para o fim da vida. Idosos, família e meio ambiente*. Coimbra, Livraria Almedina. 171 pps. ISBN 972-40-1000-7.

- Ⓔ Proctor, S.; Wilcockson, J.; Pearson, P.; Allgar, V. (2000). Adequacy of home care and hospital Readmission for elderly congestive heart failure patients. *Health & Social Work*. 25(2): 87-97. Available: <http://www.proquest.com> [15/11/2008]
- Ⓔ Relatório Final da Fase I de Diagnóstico da Situação Actual (2005). Available: [http://www.portugal.gov.pt/pt/Documentos/Governo/MS/Diagnostico\\_NeRede\\_Cuidados\\_Cont\\_Integrados\\_Saude.pdf](http://www.portugal.gov.pt/pt/Documentos/Governo/MS/Diagnostico_NeRede_Cuidados_Cont_Integrados_Saude.pdf) [11.7.2008].
- Ⓔ Rica, M. de la; Hernando, I. (1994). Cuidadores del Anciano demente. *Rol. Barcelona*. 187: 35-40.
- Ⓔ Shyu, Yea-Ing (2000). The needs of family caregivers of frail elders during the transition from hospital to home: a taiwanese sample. *Journal of Advanced Nursing*. 32 (3): 619-625. Available: <http://www.proquest.com/> [20.05.2008].
- Ⓔ Shyu, Y. MinChi, C. & Hsiao, L. (2004). Caregiver`s needs as predictors of hospital readmission for the elderly in Taiwan. *Social science & medicine*. 58(7): 1395-1403. Available: <http://www.search.ebscohost.com/> [20.10.2008].
- Ⓔ Veríssimo, C.; Moreira, I. (2004). Os cuidadores familiares/informais. Cuidar o idoso dependente em domicílio. *Pensar em Enfermagem*. 8 (1): 60-65.
- Ⓔ Wong, F.K.; Ho, M. Chui, I.Lui, W.K. Chan, C. & Lee, K.M.. (2002). Factors Contributing to Hospital Readmission in a Hong Kong Regional Hospital – A Case-Controlled Study. *Nursing Research*. 51(1) 40-49.

Publicado em:

Marques, R. & Dixe, M. A. (Abril de 2010). Dificuldades dos Cuidadores dos Doentes Dependentes. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*. 1(1), pp. 487-497