

ELSA MARIA ESTEVES MONTEIRO PINTO

Independência funcional e Regresso ao Domicílio:
Variável chave para a Enfermagem de Reabilitação

Relatório final do I Curso de Mestrado em
Enfermagem Reabilitação

Trabalho efectuado sob a orientação de
Professora Doutora Rosa Maria Lopes Martins

Junho, 2011

Dedico este trabalho de uma maneira muito especial,
aos meus filhos, Catarina e Gonçalo, pela paciência e
grande compreensão que sempre demonstraram, pelas horas
de ausência passadas ao computador...

AGRADECIMENTOS

Com o *terminus* deste trabalho cabe agora deixar expressa a nossa gratidão a todos aqueles que tornaram possível a sua concretização.

Desde já os meus profundos agradecimentos à orientadora desta dissertação Sr^a Professora Doutora Rosa Martins, exemplo de dedicação e profissionalismo; pelo apoio, disponibilidade, estímulo, amizade e confiança demonstradas desde o primeiro momento.

Aos idosos e cuidadores informais que integraram este estudo, à Instituição onde se realizou a colheita de dados (Hospital São Teotónio, E.P.E. - Viseu).

Um agradecimento ao Dr. António Quim pela colaboração dada no tratamento estatístico.

À Natividade, pela amizade e apoio demonstrado nas *horas mais difíceis...*

À minha família pelo encorajamento, paciência e pela grande compreensão da minha pouca disponibilidade.

A todos aqueles que de forma directa ou indirecta contribuíram para que este trabalho fosse uma realidade, agradeço a tolerância, motivação e ajuda.

A todos o meu **Muito Obrigada.**

RESUMO

Introdução: Embora o envelhecimento não seja sinónimo de doença e dependência, o seu processo potencia a limitação progressiva das capacidades do indivíduo, para satisfazer as Actividades de Vida Diária com autonomia, conduzindo a maiores necessidades de apoio informal e/ou formal.

Objectivos: identificar em que medida as variáveis sócio – demográficas, clínicas, habitacionais e de suporte social influenciam a independência funcional no regresso do idoso ao seu meio sócio – familiar.

Método: Optámos por uma metodologia triangulada, seguindo uma via descritivo-correlacional, utilizando para o efeito uma amostra não probabilística por conveniência, constituída por 50 doentes internados num Serviço do Hospital São Teotónio, E.P.E. - Viseu, e seus cuidadores informais. O instrumento de medida utilizado foi uma entrevista semi-estruturada e o Índice de Barthel

Resultados: A população estudada é maioritariamente masculina, com uma média de idades de 73,7 anos, casada, residente em meio rural. Tem como habilitações o 1º ciclo de estudos e predomínio de doenças cérebro-vasculares. Apresenta dependência moderada no momento da alta, regressando preferencialmente ao domicílio próprio. As variáveis que influenciaram significativamente a independência funcional são: a idade, habilitações literárias, local de residência após o internamento, a adaptação habitacional e o apoio formal.

Conclusões: Não obstante a pouca relevância do perfil do cuidador, a sua inexistência ou impossibilidade no cuidar foi preditiva de institucionalização. O presente estudo poderá então ser mais um contributo no desenvolvimento de estratégias de sensibilização/acção com vista ao sucesso de um plano de reintegração sócio-familiar.

Palavras – Chave: Independência Funcional, envelhecimento, redes de apoio formal e informal, ensinos.

ABSTRACT

Introduction: Although aging is not synonymous with illness and dependency, the process enhances the progressive limitation of the capabilities of the individual to meet daily living activities independently, leading to greater need for informal and / or formal support.

Objectives: To identify the extent to which socio - demographic, clinical, housing and social support influence the functional independence of the elderly in return for their socio - familiar environment.

Method: We chose a triangulated methodology, following a descriptive–correlational route, using for this purpose a non-probabilistic sample for convenience, consisting of 50 patients admitted in Service Hospital S. Teotónio, E.P.E. - Viseu and their caregivers. The measuring instrument used was a semi-structured interview and the Barthel Index.

Results: The studied population is mostly male, with an average age of 73.7 years old, married, residing in rural areas. Their qualifications are the 1st cycle of studies (four years of Primary School) and have a predominance of cerebrovascular diseases. Shows moderate dependence at discharge, preferably returning to their own home. The variables that significantly influenced the functional independence are: age, qualifications, place of residence after the internment, housing adaptation and formal support.

Conclusions: Despite the limited relevance of the caregiver's profile, their absence or inability to care was predictive of institutionalization. This study could then be a further contribution in the development of awareness strategies / actions for the success of a plan of socio-familiar reintegration.

Keywords: Functional independence, aging, formal and informal support networks, teaching.

ÍNDICE

Pág.

ÍNDICE DE TABELAS

ÍNDICE DE QUADROS

ÍNDICE DE FIGURAS

ÍNDICE DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ÍNDICE DE SIMBOLOS

1 INTRODUÇÃO	23
1ª PARTE – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	27
2 ENVELHECIMENTO versus INDEPENDENCIA FUNCIONAL	27
2.1 ENVELHECIMENTO DEMOGRAFICO	27
2.2 CONCEITOS DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL	30
3 FAMILIA E PREPARAÇÃO PARA A ALTA	35
3.1 REDES DE APOIO	38
3.1.1 Cuidador Informal	39
3.1.2 Apoio Formal	43
2ª PARTE – TRABALHO EMPÍRICO	47
4 METODOLOGIA	47
4.1 OBJECTIVOS DO ESTUDO	47
4.2 QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO	48
4.3 DESENHO DO ESTUDO	48
4.4 DEFINIÇÃO DE VARIÁVEIS	49
4.4.1 Variável Dependente	49

4.4.2 Variáveis independentes	49
4.5 POPULAÇÃO E AMOSTRA	50
4.6 HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO.....	50
4.7 PROCEDIMENTO DE RECOLHA DOS DADOS.....	51
4.8 INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS	51
4.9 PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DE DADOS	53
5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	55
5.1 ANÁLISE DESCRITIVA	55
5.2 ANÁLISE INFERENCIAL.....	61
5.3 ANÁLISE QUALITATIVA.....	70
6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	71
7 CONCLUSÕES E SUGESTÕES	83
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	89
APÊNDICES	97
APÊNDICE I - Pedido de autorização para aplicação do formulário	99
APÊNDICE I I–Dificuldades Manifestadas Pelo Cuidador informal	101
APÊNDICE III - Dificuldades observadas pelo profissional ao Cuidador Informal	103
APÊNDICE IV – Análise descritiva	105
APÊNDICE V – Análise inferencial	115
APÊNDICE VI – Ensinos realizados ao cuidador informal	133
ANEXOS	135
ANEXO I – Instrumento de colheita de dados	137

ÍNDICE DE TABELAS

	Pág.
Tabela 1 - Distribuição da amostra segundo o sexo em função dos grupos etários	55
Tabela 2 - Distribuição da amostra segundo as variáveis socio-demográficas em função do sexo	56
Tabela 3 - Distribuição da amostra segundo a patologia incapacitante em função do sexo	57
Tabela 4 - Distribuição da amostra segundo as variáveis de contexto habitacional e redes de apoio em função do sexo	58
Tabela 5 - Estatísticas relativas à independência funcional ao 1.º dia de internamento segundo o sexo	58
Tabela 6 - Estatísticas relativas à independência funcional no dia da alta segundo o sexo	59
Tabela 7 - Estatísticas relativas ao cuidador informal segundo o grau de parentesco com o doente	60
Tabela 8 - Distribuição da amostra nas redes de apoio no 1.º dia de internamento por sexo	60
Tabela 9 - Distribuição da amostra nas redes de apoio na alta de internamento por sexo	60
Tabela 10 - Associação entre independência funcional e grupos etários	62
Tabela 11 - Comparação das classificações médias da escala de independência funcional segundo o sexo	63
Tabela 12 - Comparação das classificações médias da escala de independência funcional segundo a residência	63
Tabela 13 - Teste de Kruskal-Wallis: comparação das classificações médias da escala de independência funcional na alta de internamento em função do estado civil	63
Tabela 14 - Associação entre independência funcional e Habilitações Literárias	64

Tabela 15	-	Teste de Kruskal-Wallis: comparação das classificações médias da escala de independência funcional em função dos grupos profissionais	65
Tabela 16	-	Teste de Kruskal-Wallis: comparação das classificações médias da escala de independência funcional em função do agregado familiar	65
Tabela 17	-	Teste de Kruskal-Wallis: comparação das classificações médias da escala de independência funcional em função da Patologia Incapacitante	66
Tabela 18	-	Teste de Kruskal Wallis: comparação da independência funcional dos doentes em função do seu local de residência	66
Tabela 19	-	Associação entre independência funcional e local de residência do doente após o internamento	67
Tabela 20	-	Associação entre independência funcional e acessibilidade	67
Tabela 21	-	Comparação das classificações médias da escala de independência funcional segundo a habitação adaptada	68
Tabela 22	-	Associação entre independência funcional de doentes que regressaram ao domicílio próprio e redes de apoio	69
Tabela 23	-	Associação entre independência funcional de doentes que regressaram ao domicílio de familiar e redes apoio	69
Tabela 24	-	Teste de Kruskal Wallis: comparação da independência funcional dos doentes em função do seu cuidador	70
Tabela 25	-	Teste de Mann Whitney: comparação da independência funcional dos doentes em função do interesse do cuidador pelo ensino	70

ÍNDICE DE QUADROS

	Pág.
Quadro 1 – Redes de Apoio	44

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1 – Pirâmide etária das projecções populacionais para 2008-2060	29
Figura 2 – Manutenção da capacidade funcional durante o ciclo de vida	31

ÍNDICE DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADI – Apoio Domiciliário Integrado

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Actividades de Vida Diária

cf. – Conforme

CI – Cuidador Informal

CID 10 – Classificação Internacional de Doenças – 10ª revisão

cit. in – Citado em

CV% - Coeficiente de variação

Dec. - Decreto

DGS – Direcção Geral da Saúde

Dp – Desvio padrão

ed. – Edição

et al. – E outros

gl – Grau de liberdade

H_0 – hipótese nula

HSD – Hematoma Subdural

HSA – Hemorragia Sub-aracnoideia

INE – Instituto Nacional de Estatística

K – kurtosis

K-S – Kolmogorov-Smirnov

Md – Mediana

MTSS – Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social

n – Frequência absolutas

Nº / nº – Número

OMS – Organização Mundial de saúde

Onsa – Observatório Nacional de Saúde

p – Significância

P. / p. – Página

R – Coeficiente de correlação de ρ de Spearman

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RSES – Rede de Serviços e Equipamentos Sociais

SAD – Serviço de Apoio Domiciliário

Sk – Skewness

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

UAI – Unidade de Apoio Integrado

UCC – Unidade de Cuidados Continuados

U de M-W – Resultado do teste de Mann-Whitney

Vol. – Volume

ÍNDICE DE SÍMBOLOS

\bar{x} – Média

% – Por cento (percentagem)

χ^2 – Qui-quadrado

< – Menor

> – Maior

+ – Mais

- – Menos

= – Igual

\geq – Maior ou igual

\leq – Menor ou igual

1 INTRODUÇÃO

Actualmente assiste-se a um envelhecimento populacional elevado, relacionado não só com o declínio da natalidade, mas também com um aumento da longevidade, engrossando a camada dos mais velhos e conseqüentemente o aumento de doenças crónico-degenerativas, patologia cerebrovascular, dependência física, emocional e social.

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 mudanças não só do ponto de vista biológico, as quais conduzem à diminuição da capacidade funcional, mas também do ponto de vista psico-social, na modificação de papéis, de status (ANDRADE, 2009).

Podemos mesmo dizer que processo de envelhecimento faz parte natural do ciclo de vida do ser humano, que deve ser avaliado não apenas por critérios cronológicos, mas sim pela análise das condições físicas, funcionais e mentais de cada indivíduo.

Assim, segundo Andrade (2009) e Dias (2008), a dependência no idoso manifesta-se não só pela redução das capacidades físicas ou psicológicas, que influenciam as suas actividades de vida diárias (AVD's), mas também, na insegurança económica, isolamento, solidão, dependência de familiares e/ou de outro tipo de suporte social.

Também a Direcção Geral da Saúde (DGS 2004) com o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, tem chamado a atenção de todos os profissionais da saúde no sentido de estarem atentos no desempenho das suas funções, as quais devem visar a manutenção da autonomia, independência, qualidade de vida e recuperação global das pessoas idosas, prioritariamente no seu domicílio e meio habitual de vida.

A capacidade funcional surge assim como um novo componente de modelo de saúde no contexto de envelhecimento, uma vez que instalada a incapacidade, esta pode determinar a dependência parcial ou total do idoso, fortemente relacionada com a realização das actividades da vida diária (AVD's), e a necessidade de alguém para o auxiliar no seu desempenho, ou seja um prestador de cuidados (formal e/ou informal).

A família representa a instituição mais antiga no cuidar, contudo sofreu ao longo dos tempos profundas alterações, assistindo-se cada vez mais ao aumento de famílias do tipo nuclear, à situação de idosos a cuidarem de idosos, idosos esses que apresentam com muita frequência a capacidade funcional cognitiva e/ou sensorial diminuídas necessitando de ajuda parcial ou total para cuidar de si próprios.

Assim quando, numa família, um dos seus elementos fica dependente, toda a dinâmica familiar sofre alterações, que vão ser influenciadas pelo respectivo grau de dependência. Autores como Leitão e Freitas (2007) defendem que a institucionalização deverá ser encarada pelas famílias como um último recurso para resolver o problema da dependência, uma vez que o domicílio continua a ser o *habitat*, o meio ambiente onde o idoso se identifica, em que se sente mais seguro, e portanto o local privilegiado na promoção da sua autonomia.

Não obstante, sabemos que o papel de cuidador é por vezes complexo, e por isso o seu envolvimento na preparação da alta hospitalar deve constituir um objectivo central, na equipa de saúde e assim ter início no momento da admissão do doente. Consciente deste contexto sócio-económico os profissionais de saúde, em particular os enfermeiros (e dentro deles os especialistas em reabilitação) devem estar despertos para as necessidades destes, focalizando as suas acções no regresso ao domicílio, tendo em atenção a existência de redes de apoio formal, às quais o familiar cuidador poderá recorrer, de forma a reduzir a sobrecarga do seu papel, promovendo a qualidade de vida, bem como dos cuidados prestados.

É nesta linha de pensamento que a relação, doente/ familiar cuidador / profissional de saúde, deve ser entendida como uma relação de parceria, onde a partilha de conhecimentos impulsiona a recuperação do indivíduo, visando a sua maior autonomia. Foi neste sentido que no serviço de Neurocirurgia/U-AVC, do Centro Hospitalar Tondela - Viseu, E.P.E. se iniciou um projecto (em vigor desde 2005), de modo a promover o envolvimento da família no processo de cuidados, tornando-a um elemento activo, habilitando-a para cuidar do seu familiar doente no domicílio, garantindo-lhe a continuidade dos cuidados. No entanto, a equipa assistia diariamente a uma redução do número de ensinos efectuados, bem como de doentes a regressar ao domicílio, perante tal acontecimento, consideramos pertinente uma reflexão nesta área.

Assim, como enfermeira de reabilitação da equipa optou-se pela realização do presente estudo de forma a perceber qual a problemática que envolvia o regresso do doente ao domicílio, tentando obter respostas às seguintes questões de investigação:

Q1. “Será que o nível de (in)dependência funcional influencia o regresso do doente ao seu domicílio?”

Q2. “Será que a família se interessa ou se demite do seu papel de cuidadora e no primeiro caso, quais as necessidades de aprendizagem?”

Q3. “No caso do cuidador informal não apresentar capacidades para cuidar, haverá necessidade de recorrer às redes de apoio formal?”

Face à abrangência destas questões optámos pela utilização de uma metodologia triangulada (quantitativa/qualitativa), por nos parecer a mais adaptada aos objectivos do estudo. Assim recorreremos aos métodos estatísticos para a caracterização sócio - demográfica, clínica, habitacional, rede de apoio formal e independência funcional, da população em estudo. Para conhecer as dificuldades manifestadas pelos familiares cuidadores, recorreremos à técnica de entrevista semi-estruturada, com a subsequente análise de conteúdo, utilizando a metodologia qualitativa.

No sentido de responder às questões de investigação enunciadas definimos os seguintes objectivos:

- 1- Descrever as características sócio -demográficas e clínicas dos doentes em estudo;
- 2- Identificar as características habitacionais e necessidades adaptativas após alta.
- 3- Identificar as redes de apoio utilizadas no antes e pós - alta;
- 4- Quantificar e comparar níveis de Independência Funcional da população em estudo, através da aplicação do Índice de Barthel (no momento da admissão e alta)
- 5- Proceder à caracterização do cuidador informal;
- 6- Identificar a influência do ensino ao cuidador informal para o regresso do doente ao domicílio;
- 7- Identificar as dificuldades do regresso do doente ao domicílio.

A concepção deste estudo leva à reflexão sobre a relevância da independência funcional e o regresso ao domicílio, assim como em que medida a formação fornecida aos familiares/cuidadores informais, o apoio facilitado pelas redes informais lhes permite implementar os cuidados necessários ao familiar dependente em contexto domiciliário, promovendo a sua autonomia.

Deste modo e considerando as diversas vertentes deste estudo construímos este documento que se encontra dividido em duas partes: a primeira que designamos de fundamentação teórica, é constituída por dois capítulos. O primeiro diz respeito ao envelhecimento demográfico versus independência funcional. O segundo aborda os procedimentos inerentes à preparação para a alta, dando enfoque às redes de apoio social formal e informal.

A segunda parte descreve o trabalho empírico, o qual faz parte a metodologia, a apresentação e análise dos resultados, a discussão e as conclusões do estudo.

1ª PARTE – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2 ENVELHECIMENTO VERSUS INDEPENDENCIA FUNCIONAL

O envelhecimento da população é um fenómeno que vem ocorrendo há vários séculos no contexto do progresso mundial, existindo porém dificuldade em enunciar uma definição geral, uma vez que se trata de um processo gradual que se dá ao longo do percurso do ser humano, em que a única certeza é de que representa um processo inevitável e irreversível.

Corroborando da opinião de Martins (2004) e Cabete (2005), o processo de envelhecimento universal, não se repercute do mesmo modo nos diferentes órgãos ou sistemas de uma pessoa, tal como não afecta todos os indivíduos da mesma forma ou ao mesmo tempo. Trata-se portanto de um processo diferenciado e diferenciador, uma vez que existem diferenças entre cada pessoa, entre diferentes sociedades e culturas.

Segundo Ferreira (2008) e Cabete (2005), o envelhecimento primário (processo natural) é distinto do envelhecimento secundário (induzido ou agravado por uma patologia), uma vez que este último estará directamente relacionado com maior incapacidade funcional, determinando consequências a nível do indivíduo, família e comunidade.

Independentemente das divergências surgidas nos diferentes modelos conceptuais existe uma necessidade de uniformizar critérios, e nesse sentido a Organização Mundial de Saúde (OMS) estabeleceu os 65 anos como a idade a partir da qual todo o indivíduo é considerado idoso, independentemente do sexo e estado de saúde, critério este que tem sido adoptado pela regulamentação administrativa da constituição Portuguesa.

2.1 ENVELHECIMENTO DEMOGRAFICO

Com já anteriormente referimos, nas últimas décadas a diminuição progressiva da natalidade, aliada a um aumento da esperança média de vida, em especial nos países mais industrializados e ainda, devido aos progressos de medicina, melhoria dos cuidados de saúde, higiene e nutrição, impulsionou o envelhecimento demográfico.

Segundo Martins (2004), Portugal tal como os restantes países europeus, em termos demográficos é caracterizado pela existência de uma baixa fecundidade, uma baixa mortalidade, um acentuado envelhecimento, bem como um decréscimo nas dimensões dos agregados familiares e ainda por ritmos de crescimento próximos do zero.

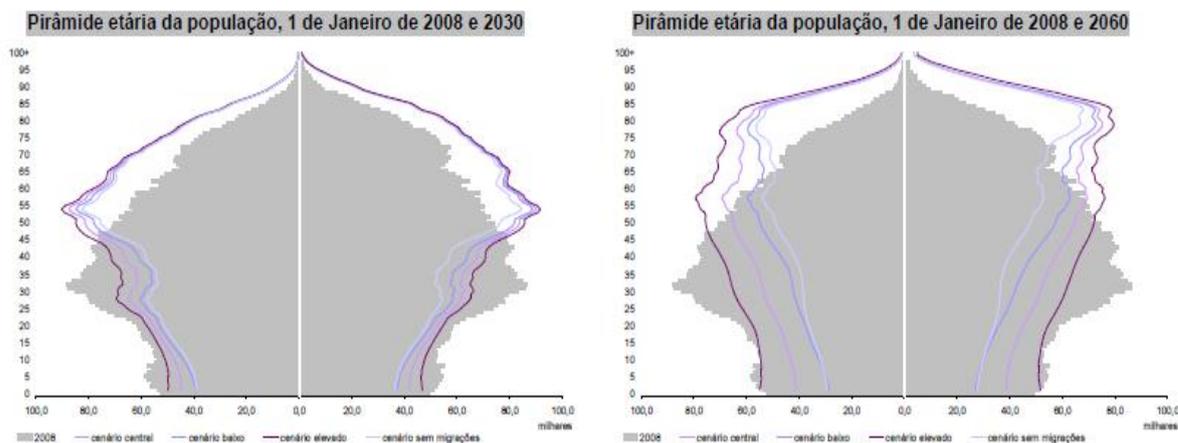
De acordo com o mesmo autor, também os estudos divulgados pelo Instituto Nacional de Estatística (INE, 2010) revelam que o índice de envelhecimento populacional tem vindo a aumentar, conforme nos indicam os valores da esperança média de vida à nascença do triénio (2007-2009), em que para os homens foram de 75,80 anos, de 81,80 anos para as mulheres e de 78,80 para ambos os sexos, verificando-se no entanto um maior índice de envelhecimento no Alentejo seguido da região Centro, sendo as regiões Autónomas onde se verificam os índices mais baixos. Ainda segundo o INE (Censos 2001) atendendo ao predomínio de idosos na zona rural, verifica-se que a profissão com maior percentagem seja a de agricultor e trabalhadores qualificados da agricultura e pesca em (69,0%) dos homens e (73,5%) das mulheres, sendo (10,2%) destas classificadas em trabalhadores não qualificados.

As Projecções desenvolvidas pelo INE (2009), aponta para o aumento da percentagem da população idosa, o que contribui sobretudo para a evolução da população mais idosa, ou seja, com 80 e mais anos de idade, que poderá passar de (4,2%) do total de efectivos existentes em 2008 para valores entre (12,7%) e (15,8%) em 2060. Assim, nos próximos 50 anos, Portugal irá manter a tendência de envelhecimento demográfico, projectando-se que em 2060 residam no território nacional cerca de 3 idosos por cada jovem, com predomínio do sexo feminino.

Essa longevidade do sexo feminino tem associada um maior numero de incapacidades, embora as mulheres vivam mais anos a esperança de vida sem incapacidades é bastante mais reduzida quando comparada com a dos homens, estas deparam-se com uma percentagem superior de situações adversas no que diz respeito a: locomoção, quedas, rede social e isolamento social, excepto na autonomia instrumental, em que apresentam valores superiores à da população masculina, Oliveira, et. al (2008, cit. in Burnay, 2011).

Em consequência destas alterações, a forma da pirâmide da estrutura etária tem vindo a sofrer alterações, com tendência a agravar com o desenrolar dos anos, conforme se pode observar na próxima figura 1.

Figura 1-Pirâmide etária das projecções populacionais para 2008-2030 e 2008-2060



Fonte: INE- Projecções 2009

Este fenómeno social deve constituir um dos desafios mais importantes do século XXI. Obrigando-nos à reflexão sobre questões, que não se restringem unicamente à idade, mas também aos factores envolventes que condicionam a saúde dos indivíduos, como a sua autonomia, independência e qualidade de vida, assim como, os contextos de natureza social e familiar, uma vez que de um modo geral a população idosa detém baixos níveis de instrução (mais de metade da população com 65 e mais anos (55,1%) não apresenta qualquer nível de instrução - INE, 2002) e dentro desta são as mulheres que registam os níveis mais baixos, o que para alguns autores é significativo, uma vez que para um maior nível de instrução corresponde um maior nível de independência funcional, podendo mesmo afirmar-se que os baixos níveis educacionais e socioeconómico têm particular impacto no envelhecimento das mulheres portuguesas, dado que estes contribuem de forma positiva para um envelhecimento saudável e bem sucedido, (CUNHA et al, 2007; BURNAY, 2011).

2.2 CONCEITOS DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL

No que se refere ao envelhecimento, a problemática da dependência funcional tem vindo a tomar um lugar de destaque, ainda que não seja sinónimo de doença e dependência, o aumento da população idosa leva a um acréscimo de pessoas com debilidades físicas e emocionais e, em muitos casos, dependentes de um cuidador. O próprio processo de envelhecimento potencia a limitação progressiva das capacidades do indivíduo, para satisfazer as necessidades básicas com independência e autonomia.

De acordo com alguns autores, o avanço da idade também é um dos factores que predispõe à dependência funcional, alguns deles comprovam que o sexo feminino apresenta uma forte associação à dependência funcional, no qual a probabilidade de ocorrer dependência é mais de duas vezes superior à do sexo masculino (BRANCO *et al*, 2001; KOUKOULI *et al*, 2002; ROSA *et al*, 2003; MARTINS, 2004)

Corroborando Radwanski e Hoeman (2000, cit. in CUNHA *et al*; 2007, p.40) “viver mais tempo, aumenta, em (80%), as probabilidades de desenvolver uma ou mais doenças crónicas, assim como limitações físicas incapacitantes”, incapacidades essas que podem ser temporárias ou permanentes, originando um forte impacto sobre a qualidade de vida dos idosos pois acarreta custos individuais, familiares e sociais elevados.

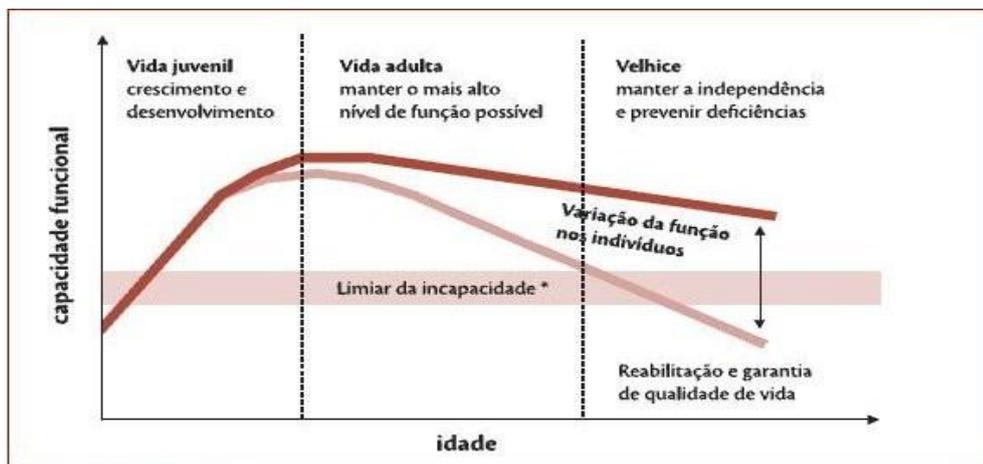
Na opinião de Loureiro *et al*. (2007), o aumento da idade poderá conduzir a maiores necessidades de apoio, que poderá surgir de cuidadores informais e/ou formais, onde se incluem a família, os amigos, diversos técnicos de instituições de saúde e de apoio social.

Problemas de saúde como as doenças cerebrovasculares, cardiovasculares e neurológicas, apresentam maior incidência e prevalência à medida que aumenta a idade dos indivíduos, e o próprio processo natural de envelhecimento diminui a capacidade funcional do organismo, como podemos verificar pela figura 2. Tratando-se de uma etapa natural do ciclo vital, é desejável que constitua uma oportunidade de viver de forma saudável e autónoma e pelo maior tempo possível. Para que este objectivo se torne realidade, torna-se necessário promover o envelhecimento bem sucedido, ou seja, potenciar ao máximo as capacidades, promovendo a independência.

Na opinião de Cunha *et al* (2007), o enfermeiro de reabilitação é o profissional da equipa de saúde melhor posicionado para esta função, não só pelos conhecimentos técnico-científicos que possui, mas também por ser um dos profissionais que mais tempo permanece

próximo do doente, capacitando-o para o auto-cuidado nas actividades de vida diária, de forma a gerir os obstáculos passíveis de provocar dependência, proporcionando uma melhor qualidade de vida.

Figura 2 – Manutenção da capacidade funcional durante o ciclo de vida



Fonte: Organização Pan – América da Saúde (OPAS): Envelhecimento Activo (2005, p.15)

Na verdade a nossa experiência profissional mostra que, a presença de múltiplas afecções associadas na mesma pessoa (situação frequente nos idosos) aumenta a probabilidade de incapacidade para uma ou mais actividades de vida diária (AVD). De acordo com Ribeirinho (2005) as capacidades físicas e psicomotoras para desempenhar as AVD's são essenciais, dado que a habilidade para desempenhar estas actividades tem impacto directo sobre a independência, promovendo a mobilidade, a autonomia e qualidade de vida.

Neste sentido torna-se oportuno clarificar os termos utilizados por diferentes autores consultados para conceptualizar independência/capacidade e dependência/incapacidade.

Em 1989 a OMS definiu a incapacidade como a limitação ou ausência de capacidade para realizar uma actividade de forma considerada normal para qualquer indivíduo.

Segundo a INFOPÉDIA (2011), a independência consiste na qualidade de gozar de liberdade e autonomia de ser independente.

Para a Comissão dos Ministros aos Estados Membros da UE (1998) expressa na Carta Social (2009, p.8) do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (MTSS), dependência é "...um estado em que se encontram as pessoas que, por razões ligadas à falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, têm necessidade de assistência e/ou de ajudas importantes a fim de realizar os actos correntes da vida ou Actividades de Vida Diária (AVD's)".

No âmbito do Complemento por dependência (Dec. Lei nº 265/99 de 14 de Julho) consideram-se em situação de dependência:

“Os indivíduos que não possam praticar com autonomia os actos indispensáveis à satisfação das necessidades básicas da vida quotidiana, carecendo da assistência de outrem. Consideram-se actos indispensáveis à satisfação das necessidades básicas da vida quotidiana, nomeadamente, os relativos à realização dos serviços domésticos, à locomoção e cuidados de higiene.”

Assim, em sentido estrito, a dependência manifesta-se pela necessidade de assistência nas actividades quotidianas, habitualmente realizadas sem ajuda, mais concretamente nas actividades de sobrevivência, nomeadamente: alimentar-se, lavar-se, vestir-se. Esta pode limitar de modo significativo o desempenho funcional do indivíduo, com consequências negativas nas relações pessoais, familiares, sociais e, sobretudo na qualidade de vida.

O estudo realizado por Pavarini e Neri (2000), citado por Andrade (2009) refere que (13%) dos idosos que têm entre 65 e 74 anos e (25%) dos que estão entre os 75 e os 84 anos apresentam incapacidade moderada. Nos idosos acima dos 85 anos, a incapacidade é de quatro a cinco vezes maior do que aos 65 anos, subindo para (46%) a percentagem dos indivíduos com incapacidade moderada.

Para Dias (2008), como consequência do aumento da população idosa, as doenças crónicas e incapacidades também aumentaram, (88%) dos indivíduos com mais de 65 anos manifesta pelo menos uma patologia crónica e (21%) possui incapacidades crónicas. As mulheres são as mais abrangidas, sendo que (35%) a (50%) entre os 70-80 anos apresenta dificuldade de locomoção e na realização de tarefas diárias. Também Rosa et al (2003, cit in Mascarenhas et al, 2010), verificou que a profissão de dona de casa (trabalho não qualificado), o analfabetismo, a reforma está associado a dependência funcional moderada/grave.

Os dados estatísticos disponíveis em Portugal mostram que (12%) das pessoas com 65 e mais anos precisam de ajuda para o exercício das AVD's, sendo esta realidade agravada pelo facto das pessoas idosas viverem na companhia de apenas uma pessoa e (12%) delas viverem em situação de isolamento (DGS 2004, baseado num estudo realizado pelo Observatório Nacional de Saúde - ONSA 2001).

De acordo com os dados da DGS (2004), a prevalência do AVC aumenta com a idade, de (3%) aos 65 anos para (30%) aos 85 e mais anos, sendo uma das principais causas de morte e de grave deficiência na União Europeia. No entanto, o AVC, não pode ser analisado apenas

sob o ponto de vista da mortalidade, mas principalmente pela incapacidade funcional/limitações que pode provocar no doente, família e comunidade onde este está inserido.

Estamos em sintonia com Araújo (2007), quando este afirma que perante o crescimento de uma população envelhecida a avaliação da autonomia/ independência funcional se torna fundamental tanto na avaliação do estado de saúde, como na planificação dos cuidados. Revelando-se nos últimos anos no melhor modelo de diagnóstico e terapêutico, uma vez que permite identificar as capacidades e limitações de cada indivíduo.

Existem para tal diversos instrumentos de avaliação funcional, entre eles o *Índice de Barthel (1965)*, através do qual se pode medir o grau de dependência *versus* autonomia. Este avalia o nível de independência da pessoa para a realização de dez actividades básicas de vida: comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas (Mahoney e Barthel, 1965). A versão desenvolvida por (Wade e Collin, 1988) propõe uma pontuação dos itens em (0,1,2 ou 3), obtendo um valor total da escala entre 0 (totalmente dependente) e 20 (totalmente independente) em oposição à versão original (0-100).

O estudo de revisão, realizado por Paixão e Reichenheim (2005), a 30 instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso, demonstrou ser o Índice de Barthel aquele que possui resultados de fidelidade e validade mais consistentes, uma vez que através dele também é possível obter informações importantes a partir das pontuações parciais. O conhecimento das pontuações permite conhecer as incapacidades específicas de cada pessoa, possibilitando a adaptação dos respectivos cuidados, uma vez que, dois idosos com a mesma pontuação global poderão necessitar de cuidados distintos, de acordo com a actividade para a qual demonstra maior incapacidade.

Na diversa literatura consultada encontramos diferentes conceitos acerca da operacionalização do grau ou nível de dependência funcional, o que facilita a sua interpretação. Neste sentido consideramos pertinente referir os conceitos apresentados na Carta Social (2009, p.15 do Ministério do Trabalho e Solidariedade Social, MTSS):

“**Autónomo** – Capaz de realizar sem apoios de terceiros os cuidados de necessidade básica.

Parcialmente dependente – Necessita de apoio de terceiros para cuidados de higiene pessoal e/ou deslocação.

Independência funcional e Regresso ao Domicílio

Dependente – Não pode praticar, com autonomia, os actos indispensáveis à satisfação de necessidades básicas da vida quotidiana: actos relativos à alimentação, locomoção e/ou cuidados de higiene pessoal.

Grande dependente – Acumulam as situações de dependência que caracterizam os dependentes e encontram-se acamados ou apresentam quadros de demência grave”.

A revisão da diferente literatura, leva-nos a confirmar a teoria de que a capacidade funcional seja o melhor indicador de saúde, uma vez que a perda de função na pessoa idosa é o principal indício de doença, correspondendo habitualmente a cada doença, uma perda funcional específica, impossibilitando o desempenho de um determinado grupo de actividades de vida diária.

Nesta linha de pensamento também autores como Ribeirinho (2005); Rebelatto e Morelli (2004) defendem a capacidade funcional da pessoa idosa como fundamental, estando esta directamente relacionada com a probabilidade do idoso ter capacidade em continuar a viver na sua própria casa e na sua comunidade, na qual o ambiente físico e social que o rodeia também acaba por exercer uma influência relevante na manifestação da dependência.

Associado às alterações descritas também a nível de ambiente físico e a existência de barreiras arquitectónicas (escadas, degraus, pisos escorregadios, iluminação deficiente) e ergonómicas, (sofás excessivamente fundos, moles e baixos, armários e camas demasiado altas), constituem uma dificuldade que urge ultrapassar (PAVARINI e NERI, 2000 Cit. in ANDADRE, 2009).

Em suma, podemos referir que a perda da capacidade funcional está relacionada com a possibilidade de fragilidade, dependência, problemas de mobilidade, risco de quedas acrescido, institucionalização, acarretando cuidados de longa duração com custos elevados, devido à necessidade de assistência médica, bem como risco de hospitalização.

Para alguns autores (BATTINI et al; 2006), a probabilidade de um envelhecimento bem sucedido aumenta, quando associado à manutenção da autonomia, à auto-aceitação, redes de apoio, crenças religiosas e objectivos de vida.

3 FAMÍLIA E PREPARAÇÃO PARA A ALTA

Na opinião de Nunes (2008), a alta não significa a total recuperação do doente e por isso é fundamental garantir a continuidade de cuidados, quer seja por parte da família, quer de instituições de saúde e /ou sociais, de maneira a que este possa ser reintegrado com o maior grau de autonomia na sua comunidade.

O planeamento da alta é de facto um processo complexo, que deve ser iniciado desde a admissão até ao dia da alta propriamente dito. Este processo implica a efectivação de uma série de procedimentos, nomeadamente a criação de um plano de alta, o qual deve envolver o doente, os profissionais de saúde (em especial os enfermeiros) e a família. A comunicação e a interligação entre esta equipa multidisciplinar é imprescindível, de modo a que o plano de cuidados a prestar vá de encontro às reais necessidades do doente e família.

A Direcção Geral de Saúde, já em 2004 na circular informativa nº12, chama a atenção dos agentes de saúde dizendo que: “Um bom planeamento das altas hospitalares é fundamental, não somente para reduzir o tempo de internamento e o número de readmissões, mas também para o sucesso da reintegração dos doentes e suas famílias na comunidade.

Um bom planeamento da alta é o culminar de um programa da melhor prática clínica e o assegurar que a dependência e o isolamento social do doente no pós-alta hospitalar serão minimizados, sendo maximizada a sua autonomia.”

Apesar das mudanças estruturais das famílias evidenciadas nos últimos anos em Portugal, estas continuam a ter um papel importantíssimo, no apoio dos seus membros, continuando a ser considerada a principal fonte de suporte nos cuidados directos, no apoio psicológico e nos contactos sociais à pessoa idosa dependente.

Esta ideia é reforçada por Andrade (2009), ao afirmar que as famílias são reconhecidas como a principal entidade prestadora de cuidados às pessoas na última fase da sua vida, quando as suas capacidades funcionais diminuem e a autonomia não é mais possível.

De acordo com o perfil de competências do enfermeiro especialista de reabilitação (Regulamento nº 125/2011) este “intervém na educação dos clientes e pessoas significativas, no planeamento da alta, na continuidade dos cuidados e na reintegração das pessoas na família e na comunidade, proporcionando -lhes assim, o direito à dignidade e à qualidade de vida.”

Aspectos que vão de encontro com a autonomia e qualidade de vida desejada ao privilegiar-se a prestação dos cuidados no domicílio, de forma a promover a autonomia, não pode descorar-se os condicionalismos e as limitações que daí podem advir, entre as quais, a inadequação habitacional, necessidade de apoio nocturno, grau de dependência e ainda a insuficiência de recursos. No entanto, também é necessário ter em conta os factores condicionantes que actualmente envolvem as famílias, de forma a responsabilizá-las pela solidariedade para com os seus familiares dependentes, uma vez que o modo como esta lida com a doença de um dos seus membros, pode debilitar ou fortalecer o estado de saúde deste (RIBEIRINHO, 2005 e LAGE, 2007).

Neste sentido, apesar de todos os argumentos defenderem a manutenção do idoso no seu domicílio, nem sempre essa é a melhor opção, há que considerar um conjunto de factores, nomeadamente o grau de dependência da pessoa idosa, o tipo de apoio que necessita e ainda as possibilidades/capacidades que a família apresenta aos níveis económicos, de tempo, físicos, cognitivos, etc. Em nosso entender o Enfermeiro Especialista de Reabilitação é um elemento chave nesta avaliação, uma vez que é da sua função proceder à respectiva avaliação e auxiliar a família na decisão da melhor opção, garantindo a continuidade dos cuidados.

Atendendo ao actual envelhecimento populacional, já em 2005 a Organização Pan-América da Saúde (OPAS), referia que um dos maiores desafios da política de saúde é alcançar um equilíbrio entre o apoio ao auto-cuidado (pessoas que cuidam de si mesmas), apoio informal (familiares, amigos, vizinhos) e cuidado formal (serviço social e de saúde).

Também na opinião do MTSS (2009), a opção entre as duas modalidades de prestação de cuidados, rede informal e rede formal, surge associada a uma inexistente ou debilitada relação familiar, ou devido a um elevado nível de dependência, com repercussões na exigência dos cuidados, podendo mesmo em algumas situações existir o apoio das duas redes (formal e informal), nomeadamente doentes/idosos que recebem apoio dos familiares (informal, sem remuneração, realizado por solidariedade, parentesco), mas que também beneficiam do apoio formal (ex: serviço de apoio domiciliário, exercido por pessoal qualificado, sob recompensa monetária), especialmente na alimentação, higiene pessoal. Podendo assim, as relações entre os dois tipos de redes de suporte, ser de complementaridade ou de substituição.

Neste sentido a interacção com os cuidados formais permite que a sobrecarga dos cuidadores informais não seja tão pesada e desgastante, proporcionando melhores cuidados e reduzindo o tempo de solidão, com que muitos idosos se deparam, (FERREIRA, 2008).

Corroborando a opinião de Andrade (2009), sempre que é possível à família prestar cuidados à pessoa dependente, a única forma de proporcionar essa continuidade, será através de um familiar cuidador, sobre o qual recai a responsabilidade pela prestação da maioria dos cuidados ligados às funções de manutenção e continuidade da vida da pessoa idosa dependente.

É nesta linha de pensamento que o projecto da família como parceira de cuidados em vigor no serviço de Neurocirurgia/U-AVC desde 2005, local onde exercemos funções, procura capacitar a família para cuidar do seu familiar doente no domicílio, garantindo-lhe a continuidade dos cuidados, tornando-a no principal agente do processo de reeducação funcional e reinserção social.

Para uma uniformização dos ensinosa/avaliação do familiar cuidador, a equipa de enfermagem procedeu à elaboração de grelhas de avaliação (higiene no leito e w.c, alimentação por sonda nasogástrica (SNG), posicionamentos, transferências, aspiração de secreções,...), as quais são preenchidas pelo enfermeiro responsável no final de cada ensino, avaliando assim em que medida o familiar cuidador se encontra apto para o seu novo papel.

Sabendo que o desempenho nas AVD's é o parâmetro mais reconhecido e aceite para avaliação da capacidade funcional, reflectindo a qualidade de vida, o nosso papel como enfermeira de reabilitação no referido projecto, passa essencialmente por ensinar e treinar os doentes nas AVD's, visando a sua maior autonomia, durante e após o internamento hospitalar. Assim como, ensinar e orientar os respectivos familiares no processo de reabilitação, minimizando o impacto das incapacidades instaladas.

Também o estudo realizado por Chaves (2010) a idosos acamados, nos evidencia a importância do ensino/treino das AVD's ao cuidador informal, uma vez que as actividades mais frequentemente realizadas por este no domicilio incidem sobre: auxiliar no banho (88,4%); ajudar a vestir (86%); ajudar a despir (81,4%); auxiliar para sair da cama/transferência (69,8%); ajudar para sentar e levantar (58,1%); auxiliar para subir e descer escadas (41,9%); auxiliar na deambulação (32,6%); ajudar a virar-se na cama (30,2%); preparar e servir a alimentação (27,9%). O referido autor é da opinião que, não adianta querer

manter o doente/idoso no domicílio sob os cuidados da família, quando esta não se encontra preparada para tal função, é de primordial importância oferecer condições favoráveis para o doente/idoso e cuidador informal.

Corroboramos assim de Baia (2010), quando este considera o enfermeiro, como o profissional de saúde com uma importante função pedagógica ao nível de educação do doente e sua família, tanto no internamento, como no momento da alta. No estudo do referido autor, podemos constatar que os ensinamentos ao familiar cuidador com maior evidência dizem respeito: ao posicionamento do doente (52%); alimentação (48%); cuidados de higiene (44%); deambular (20%). É ainda de salientar as dificuldades manifestadas pelo cuidador informal com o regresso do doente ao domicílio, nomeadamente a existência de escadas (16%); a falta de condições habitacionais (16%); dificuldade de comunicação com o doente (12%); posicionar o doente (8%).

Em suma, atendendo a que as principais funções do cuidador informal estão relacionados com as Actividades de Vida Diária (AVD), de forma a estimular e/ou ajudar: na higiene; eliminação; alimentação; no vestir/despir; mobilização/transferência; locomoção, bem como promover a comunicação e socialização, torna-se então fundamental que os profissionais de saúde, em especial os enfermeiros especialistas de reabilitação, pelas competências adquiridas na sua formação especializada, se disponibilizem para capacitar os familiares cuidadores no sentido destes garantirem a continuidade dos cuidados iniciados no internamento.

3.1 REDES DE APOIO

No que diz respeito a redes de apoio social existem inúmeras definições, para Martins (2005), estas referem-se às transacções que se estabelecem entre os indivíduos. No entanto Pietrukowicz (2001, cit in Cunha *et al* 2007) é mais abrangente considerando o apoio social como um processo de interacção entre pessoas ou grupos de forma sistemática, através do qual se estabelecem vínculos de amizade e partilha de informação, obtendo diferente tipo de apoio (material, emocional e afectivo), contribuindo reciprocamente para a manutenção do bem – estar, assim como num factor positivo na prevenção da doença e manutenção da saúde.

As redes de apoio, enquanto fornecedores de cuidados podem dividir-se em formais e informais: as formais dizem respeito à prestação de cuidados por profissionais qualificados, sob recompensa financeira, com função de complementar ou substituir o cuidador informal nos cuidados a prestar (MTSS 2009).

De acordo com Castro (2008), o apoio informal geralmente é fornecido por uma pessoa da família, amigo ou vizinho, que proporciona a maior parte dos cuidados a quem necessita de ajuda para a realização das suas AVD's, não possui formação profissional, nem remuneração financeira é baseado apenas numa relação de afecto e/ou solidariedade, responsabilidade e de dever.

Consequentemente as redes de apoio sofreram alterações ao longo dos tempos, seguindo a evolução da sociedade, no entanto, a sua existência torna-se cada vez mais imprescindível, devendo para isso estar devidamente organizadas e acessíveis, de forma a garantir a continuidade e qualidade de cuidados no domicílio.

3.1.1 Cuidador Informal

O acto de cuidar faz parte do nosso ciclo de vida, desde o nascer até morrer, além de acto individual é também um acto de reciprocidade que prestamos a quem temporária ou definitivamente tem a sua autonomia comprometida (COLLIÈRE, 1999, cit. por MOURA et al, 2009).

Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE, 2006, p. 172) o papel de prestador de cuidados, significa “Indivíduo com as características específicas: Aquele que assiste na identificação, prevenção ou tratamento da doença ou incapacidade, aquele que atende às necessidade de um dependente.”

Os cuidadores são pessoas que se ocupam de alguém com incapacidades funcionais e graves perdas de autonomia (MARQUES, 2007).

Na opinião de Lage (2007), muitos familiares decidem ser cuidadores informais, pois acreditam ser um dever moral, para não se sentirem culpados e ainda, de serem reconhecidos a nível familiar e social.

Nesta perspectiva entrar no “papel” de cuidador informal vai um pequeno passo, mesmo antes de a própria pessoa tomar consciência disso, uma vez que essa situação é muitas vezes encarada como uma extensão das relações pessoais e familiares e não como “cuidador informal” propriamente dito

Assim, quando está em causa o cuidado intergeracional, a selecção de quem será o cuidador informal, segundo o Modelo Hierárquico de Shanas (1979, cit.in LAGE, 2007), é assumido inicialmente pelo cônjuge, seguindo-se dos filhos, na impossibilidade destes o papel é assumido por outros familiares, prosseguido dos vizinhos e/ou amigos.

Também Santos (2008), no que diz respeito ao nível de parentesco do familiar cuidador, aponta para que os cônjuges (mulheres) sejam a principal assistência, na ausência destes são as filhas que assumem o papel de cuidadoras, no caso de não haver filhas, será o filho, que por sua vez transfere a responsabilidade para a esposa (nora), na inexistência de familiares, tornam-se cuidadores os amigos e/ou vizinhos.

Pode-se então depreender que, são maioritariamente os familiares do sexo feminino, a responsabilizarem-se pelos cuidados, conforme exposto nos estudos de alguns autores (MOREIRA, 2001; RIBEIRO, 2004; IMAGINÁRIO, 2005; CERQUEIRA, 2005; MARTINS, 2006; PINTO, 2007; Cit. in CASTRO, 2008). Há no entanto a referir que os cuidados relacionados com a gestão financeira e com os transportes, tem ficado mais ao cuidado dos homens, uma vez que o “cuidar” propriamente dito, não faz parte do seu papel social (FERREIRA, 2008).

Em contrapartida, para alguns autores muitos maridos, embora em menor número, também assumem o papel de cuidadores informais, prestando todo o tipo de cuidados pessoais e tarefas domésticas, bem como apoio emocional e instrumental. Geralmente é o que acontece com as famílias unigeracionais, em que o único apoio fornecido é o cônjuge, também ele muitas vezes já idoso dependente com necessidade de cuidados, em que a participação dos amigos/vizinhos, cingem-se a pequenas tarefas, como companhia, ajuda pontual em situações de emergência (MIZUNO e KINUKO, 2005; RIBEIRO, 2005 e LAGE, 2007)

De uma maneira geral, os cuidadores informais podem designar-se como primários já que são os principais responsáveis pelos cuidados prestados ao seu familiar dependente e actividade não remunerada. No entanto o papel do cuidador secundário também tem a sua relevância, pois prestam cuidados de uma forma suplementar, acabando por ser uma preciosa ajuda adicional, estes cuidadores são habitualmente o cônjuge ou o filho(a) do cuidador primário (LAGE, 2007).

Apesar do que referimos tem-se notado nos últimos tempos que, o apoio aos seus elementos mais velhos tem vindo a diminuir por várias razões, entre as quais destacamos o facto de as mulheres cada vez mais trabalharem fora de casa, por um lado e por outro o reduzido espaço habitacional. Associada a esta situação temos o aumento da esperança de vida que prolonga o número de anos a necessitar de apoio, diminuição da proximidade geográfica entre os elementos da família, aumento dos divórcios, a redução da taxa de

natalidade, o que diminui por sua vez, o número de pessoas para poderem cuidar (CASTRO, 2008; SANTOS, 2008).

Na verdade, o cuidar ao longo dos tempos tem estado vinculada à família, e por essa razão frequentemente é considerado como uma obrigação. Apesar das alterações verificadas na dinâmica familiar nas últimas décadas, nomeadamente a entrada da mulher no mundo do trabalho, esta continua a ser a principal cuidadora da pessoa doente, quer seja criança, adulto ou idoso.

Diversos são os estudos realizados sobre cuidadores informais os quais apontam para diversas necessidades, nomeadamente de ordem material, emocional e/ou informativa. Assim, e segundo alguns autores existe uma inadequada preparação para o desempenho do papel de cuidador informal, ou mesmo uma insuficiente educação para a continuidade dos cuidados (alimentação, higiene, vestuário, medicação, extensão da doença) o que vai influenciar a taxa de reinternamento no hospital (LEVINE et al, 2006; ROTONDI et al, 2007; CASTRO, 2008 ;LAGE, 2007).

Lage (2007) e Sequeira (2010) vão mais longe ao referirem que a falta de conhecimentos/competências por parte do cuidador informal, pode comprometer a qualidade dos cuidados, logo a aquisição de competências por parte deste, pode mesmo prevenir a institucionalização precoce do seu familiar.

Muitas das necessidades apontadas pelo cuidador informal são de ordem informativa (sobre serviços disponíveis, subsídios, direitos), formativa (vestir/despír o doente, higiene), financeira devido às despesas com medicação, ajudas técnicas, nomeadamente cadeira de rodas, camas articuladas, andarilho, entre outras (FERREIRA, 2008; ALVES, 2010).

A incapacidade funcional que afecta muitos idosos, constitui deste modo um desafio para o doente, para a família e comunidade, e na opinião de CUNHA *et al* (2007,p.74) “cabe ao enfermeiro de reabilitação a tarefa de potenciar as capacidades da família de forma a ajudar a desenvolver as capacidades do doente, promovendo a sua recuperação.”

Os próprios cuidadores sentem essas insuficiências pois muitos deles sentem-se isolados e sem apoio, o que mostra que, a rede formal deveria ter um plano de intervenção, em especial no momento que antecede o regresso a casa, de forma a ir de encontro às necessidades quer do doente, quer do cuidador informal, nesta fase tão importante de transição (LEVINE et al,2006; SIT et al,2004; ROTONDI et al,2007; TURNER *et al*,2007).

Na opinião de Petronilho (2008) o suporte fornecido por parte da rede formal revela-se bastante insuficiente, perante a complexidade de cuidados com que habitualmente o cuidador informal se depara.

De facto o papel de cuidador informal é complexo, ao ver-se confrontado com um número acrescido de actividades a realizar, e para as quais não se encontra habilitado.

Dentro das actividades que os cuidadores informais realizam ao idoso com perda de autonomia são essencialmente aquelas relacionadas com a satisfação das AVD's, nomeadamente: a higiene pessoal (dar banho, vestir/despir, troca de fralda, devido a incontinência de esfíncteres), posicionar, transferir, levantar, alimentar, deambular, apoiar emocionalmente, fazer companhia. Para além destas actividades, existem ainda outras relacionadas com a limpeza da habitação, preparar as refeições, ir às compras, o que provoca um desgaste físico e emocional ao cuidador, podendo mesmo no caso de falta de apoios desencadear uma exaustão limite, na qual o cuidador informal fica incapaz de assumir o seu papel (MOURA 2009; CASTRO, 2008).

O conjunto das circunstâncias descritas mostram que, ser cuidador informal não é tarefa fácil, uma vez que este passa a viver em função do familiar dependente, sofrendo alterações quer na sua vida familiar e social, como profissional e mesmo emocional. Cabe ao profissional de saúde a identificação das principais dificuldades e necessidades do cuidador informal, de forma a capacitá-lo para que a continuidade dos cuidados seja mantida no domicílio.

Realçamos a necessidade de um ensino dirigido e específico que vá de encontro às necessidades do doente e cuidador informal, para isso, o enfermeiro deve procurar identificar os conhecimentos que este já possui. Por outro lado o cuidador informal tem que ter competência para saber o que necessita aprender mediante o grau de dependência do seu familiar. Em continuidade o profissional de saúde (enfermeiro), deve envolvê-lo no processo de aprendizagem, sempre que possível, com recurso a prática (com demonstração prévia), uma vez que este método de aprendizagem acaba por ser mais eficaz, pois permite ao cuidador tomar consciência das “reais” dificuldades. De seguida, deve proceder-se à respectiva observação/correção de eventuais erros (conhecimentos, execução de actividades) para posterior revisão do plano de ensino. Sempre com o objectivo de maximizar a autonomia do doente, de forma, a que a manutenção no domicílio seja o maior tempo possível (CASTRO, 2008).

Perante a complexidade desta situação corroboramos Cunha et al (2007), ao afirmar que é tarefa do enfermeiro de reabilitação potenciar as capacidades do cuidador informal, de forma a este promover a autonomia, a independência no auto-cuidado e reintegração na comunidade do seu familiar dependente, num menor espaço de tempo. “ O processo reabilitador, pode ter início com profissionais especializados numa instituição, mas continuará em casa, na comunidade e às vezes por toda a vida” Martins (2003, Cit. in CUNHA et al; 2007, p.74).

Na ausência de um cuidador informal ou na incapacidade deste para o desempenho do papel, obriga que a prestação de cuidados recaia sobre instituições de saúde, com custos acrescidos para todos, Sequeira (2010).

3.1.2 Apoio Formal

No que diz respeito aos idosos durante muito tempo (até década 50/60), a institucionalização definitiva constituía a única possibilidade de apoio formal, mesmo para aqueles que ainda apresentavam alguma autonomia, podendo manter-se no domicílio, com respectivo apoio às suas necessidades. Nos finais dos anos 60 surgem as primeiras valências de Centro de Dia, evitando ou retardando a institucionalização definitiva contribuindo assim para a manutenção do idoso no seu meio sócio-familiar (MTSS 2009; FERREIRA 2008).

A necessidade do idoso em abandonar o seu domicílio, para ir viver para a casa dos filhos ou para uma instituição, acaba por se tornar em algumas situações um pouco traumático, pois é como se este perdesse parte da sua identidade ao deixar o “seu lar”, o ambiente onde se sente bem, onde guarda as suas recordações, no fundo o seu *habitat*.

É na linha de pensamento de manter o maior tempo possível o idoso no seu domicílio, que surge assim a partir da década de 80 até aos dias de hoje, uma maior capacidade de resposta social, nomeadamente: Serviço de Apoio domiciliário (SAD); Apoio Domiciliário Integrado (ADI), dirigidos a pessoas com deficiência e /ou incapacidade, actuando estas valências como complemento do apoio familiar, na satisfação das necessidades diárias da pessoa dependente (MTSS 2009). No entanto, na opinião da Rede de Serviços e Equipamentos Sociais (RSES 2009,) a inserção das respostas sociais não se realiza de forma uniforme, privilegiando as zonas de maior densidade populacional, nomeadamente as áreas metropolitanas de Lisboa e Porto e, ainda, a península de Setúbal.

Num estudo realizado pelo MTSS (2009) revela que, as respostas sociais continuam a dirigir-se maioritariamente aos idosos (52,3%), tendo o Serviço de Apoio Domiciliário (SAD)

Independência funcional e Regresso ao Domicílio

apresentado a maior taxa de crescimento (87,5 %) seguido -se da Residência e Lar de Idosos (76 %) e do Centro de Dia (44,4%).

Este desenvolvimento do SAD, vem confirmar a concretização da política desenvolvida nos últimos anos, que consiste em adiar a institucionalização do idoso, em alternativa às respostas convencionais, uma vez que este assegura a satisfação das necessidades básicas dos doentes, potenciando a sua autonomia.

De acordo com a RSES (2009) tutelada pelo Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, os idosos e adultos em situação de dependência podem beneficiar das respostas sociais, que podem visualizar de forma mais detalhada no quadro, que a seguir apresentamos (Quadro 1).

Quadro 1- Redes de Apoio

Idosos e Pessoas Adultas em Situação de Dependência	<i>Serviço de Apoio Domiciliário -SAD[#]</i>	Consiste na prestação de cuidados individualizados e personalizados no domicílio a indivíduos e famílias quando, por motivo de doença, deficiência ou outro impedimento, não possam assegurar temporária ou permanentemente, a satisfação das necessidades básicas e/ou as actividades da vida diária.
	<i>Centro de Convívio</i>	Apoio a actividades sócio-recreativas e culturais, organizadas e dinamizadas com participação activa das pessoas idosas de uma comunidade.
	<i>Centro de Dia</i>	Consiste na prestação de um conjunto de serviços que contribuem para a manutenção das pessoas idosas no seu meio sócio-familiar.
	<i>Centro de Noite</i>	Tem por finalidade o acolhimento nocturno, prioritariamente para pessoas idosas com autonomia que, por vivenciarem situações de solidão, isolamento ou insegurança necessitam de suporte de acompanhamento durante a noite
	<i>Acolhimento Familiar para Pessoas Idosas</i>	Consiste em integrar, temporária ou permanentemente, em famílias consideradas idóneas, pessoas idosas quando, por ausência ou falta de condições de familiares e/ou inexistência ou insuficiência de respostas sociais, não possam permanecer no seu domicílio.
	<i>Residência</i>	Constituída por um conjunto de apartamentos com espaços e/ou serviços de utilização comum, para pessoas idosas, ou outras, com autonomia total ou parcial.
	<i>Lar de Idosos</i>	Destinada ao alojamento colectivo, de utilização temporária ou permanente, para pessoas idosas ou outras em situação de maior risco de perda de independência e/ou de autonomia.

	<i>Apoio Domiciliário Integrado – ADI *</i>	Resposta que se concretiza através de um conjunto de ações e cuidados pluridisciplinares, flexíveis, abrangentes, acessíveis e articulados, de apoio social e de saúde, a prestar no domicílio, durante vinte e quatro horas por dia e sete dias por semana.
	<i>Unidade de Apoio Integrado – UAI *</i>	Resposta, desenvolvida em equipamento, que visa prestar cuidados temporários, globais e integrados, a pessoas que, por motivo de dependência, não podem, manter-se apoiadas no seu domicílio, mas que não carecem de cuidados clínicos em internamento hospitalar.

Fonte: adaptado da Carta Social – Rede de Serviços e Equipamentos Sociais – 2009 (p.37-38)

(*apenas para adultos em situação de dependência / # para idosos e adultos em situação de dependência)

Face a este contexto social, o Conselho de Ministros aprovou a 16 Março de 2006 o diploma que instituiu a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados de Saúde a Idosos e Dependentes (RNCCI), enquadrada juridicamente pelo Decreto – lei n.º 101/2006 (de 06 de Junho), de forma a satisfazer a procura por parte de pessoas idosas com dependência funcional, doentes com patologia crónica múltipla, bem como pessoas com doença incurável e em fase terminal. Esta Rede é tutelada em parceria pelos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social, sendo constituída por instituições públicas ou privadas, que prestam cuidados continuados, tanto no domicílio do doente, como em instalações próprias.

A RNCCI é composta por Unidades de Internamento: Unidades de Convalescença (30 dias), Unidades de Média Duração e Reabilitação (30-90 dias), Unidades de Longa Duração e manutenção (superior a 90 dias) e Unidades de Cuidados Paliativos, dirigida a doentes vítimas de doença severa, incurável e progressiva; Unidades de Ambulatório, unidade de dia e promotora de autonomia. Os últimos dados fornecidos pelo Ministério da saúde, decorrentes do 1º semestre de 2008, revelam que (81%) dos doentes com alta da RNCCI, tiveram como destino o domicílio, dos quais, (67%) não necessitaram de continuar com apoio, uma vez que não foram identificadas necessidades que o justificassem (MTSS, 2009).

A filosofia da RNCCI “assenta no princípio da adequação dos cuidados às necessidades de reabilitação ou manutenção de funções básicas do indivíduo, permitindo-lhe, quando possível, recuperar a autonomia para as actividades de vida diária e reduzir o seu grau de dependência” (MTSS, 2009,p.29). A orientação para a RNCCI, pode ser realizada pela equipa de gestão de altas do hospital (em caso de internamento), ou no Centro de saúde, através do médico, enfermeiro, assistente social. Em relação à taxa de ocupação destas redes sociais, segundo dados fornecidos pelo MTSS (2009), existe uma maior percentagem (64%) de utentes do sexo feminino a usufruir

destas respostas. Em relação à população idosa, observou-se que um em cada três clientes das seguintes redes sociais: Lar de Idosos, Residência, Centro de Dia e Serviço de Apoio Domiciliário, são dependentes ou grandes dependentes, atendendo à filosofia de Centro de Dia e da Residência, são os que revelam um menor ónus de dependentes. Como seria espectável a Unidade de Apoio Integrado é a que verifica maior número de dependentes e grandes dependentes (74,7%), seguida do Apoio Domiciliário Integrado (66,5%).

Num estudo apresentado na Carta social do MTSS (2009), revela que a principal razão de ingresso num Lar parece estar directamente relacionado com a incapacidade do idoso em realizar as suas AVD's, associado também ao facto da impossibilidade, por parte da família em assumir o apoio necessário. A segunda razão deve-se ao factor *isolamento*, atendendo ao envelhecimento demográfico assiste-se a um número crescente de pessoas a viverem sozinhas, segundo o INE (2002) num total de *famílias só de idosos* a grande maioria são constituídas por apenas *um idoso* (50,5%), sobretudo mulheres, atendendo a elevada taxa de viuvez e celibato feminino e por *dois idosos* (48,1%), somente em (32,5%) das *famílias clássicas* residia pelo menos um idoso.

Ideia corroborada por alguns autores ao observarem que os idosos viúvos têm uma probabilidade 3,3 vezes superior de serem dependentes, enunciando a viuvez como factor de risco para a dependência nas AIVD e mobilidade (Rosa et al, 2003; Brink, 2004; cit in Cunha et al, 2007). Assim como no estudo realizado por Hérbert *et al* (1999, cit in Cunha *et al*, 2007), em que apesar da comprovação de que as pessoas que vivem sozinhas são mais independentes, apresentando um menor risco de virem a manifestar declínio funcional, também verificou que o facto de se viver sozinho pode estar associado a um maior risco de institucionalização quando a incapacidade funcional se instalar, devido a falta de apoio social.

Em suma, para Portugal continua a vigorar um modelo misto de solidariedade, quer nas pessoas idosas, quer com dependência funcional, a rede informal tutelada na família (cuidador informal) e a rede formal assente nos apoios público e/ou privados, desenvolvidos através das respostas da RSES e da RNCCI, têm a dupla função de complementar ou em alguns casos substituir, de forma a promover a autonomia, através da reabilitação, bem como a reinserção sócio - familiar.

O trabalho conjunto destes serviços, no apoio ao idoso/ pessoa dependente e cuidador informal, facilitam a tarefa do cuidar, aliviando - o neste seu novo “papel”.

2ª PARTE – TRABALHO EMPÍRICO

4 METODOLOGIA

Na opinião de Imperatori (1999), a metodologia consiste na descrição pormenorizada de todos os métodos e técnicas utilizadas num processo de investigação. Assim, neste capítulo, serão descritas e fundamentadas as opções metodológicas tomadas desde a reflexão sobre a problemática que envolve a independência funcional com o regresso ao domicílio, até à análise e tratamento estatístico dos dados recolhidos.

Neste sentido, e como consideramos que a relação, doente/ cuidador informal / profissional de saúde, deve ser entendida como uma relação de parceria, na qual a partilha de conhecimentos conduz à rápida recuperação do indivíduo, visando a sua maior autonomia, durante e após o internamento hospitalar, optou-se pelo desenvolvimento deste trabalho de investigação no domínio científico da “ **Independência funcional e regresso ao domicílio: Variável chave para a Enfermagem de Reabilitação**”.

4.1 OBJECTIVOS DO ESTUDO

Objectivo Geral

Considerando a independência funcional essencial na promoção do auto-cuidado, auxiliando a pessoa doente a retomar a sua qualidade de vida, torna-se então uma prioridade para os profissionais de saúde (enfermeiros)/familiar cuidador desenvolver as capacidades do doente, para que este possa atingir o máximo de independência, segurança e reintegração na comunidade num menor espaço de tempo.

Desta forma, é nosso objectivo principal: “**Identificar as dificuldades que envolvem o doente com alteração da independência funcional, no regresso ao seu meio sócio-familiar**”, identificando os factores determinantes e mais significativos que influenciam o regresso ao domicílio, bem como em que medida o interesse demonstrado pelo cuidador informal em relação aos ensinamentos efectuados, de modo a promover a continuidade de cuidados, foi factor determinante no momento da alta.

Independência funcional e Regresso ao Domicílio

A partir deste objectivo geral, foram definidos os seguintes objectivos específicos:

Objectivos específicos

- 1- Descrever as características sócio-demográficas e clínicas dos doentes em estudo;
- 2- Identificar as características habitacionais e necessidades adaptativas após alta.
- 3- Identificar as redes de apoio utilizadas no antes e pós - alta;
- 4- Quantificar e comparar níveis de Independência Funcional da população em estudo, através da aplicação do Índice de Barthel (no momento da admissão e alta)
- 5- Proceder à caracterização do cuidador informal;
- 6- Identificar a influência do ensino ao cuidador informal para o regresso do doente ao domicílio;
- 7- Identificar as dificuldades do regresso do doente ao domicílio.

4.2 QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

O objectivo da questão de investigação prende-se com o facto de expressar o melhor possível o que o investigador pretende compreender, constituindo a premissa fulcral sobre a qual se apoiam os resultados da investigação. Assim, para o presente estudo elaboraram-se as seguintes questões de investigação:

Q₁. *“Será que o nível de (in)dependência funcional influencia o regresso do doente ao seu domicílio?”*

Q₂. *“Será que a família se interessa ou se demite do seu papel de cuidadora e no primeiro caso, quais as necessidades de aprendizagem?”*

Q₃. *“No caso do cuidador informal não apresentar capacidades para cuidar, haverá necessidade de recorrer às redes de apoio formal?”*

4.3 DESENHO DO ESTUDO

O presente estudo enquadra-se no tipo de estudos com metodologia triangulada (quantitativa/qualitativa), trata-se assim de um estudo de investigação descritivo, longitudinal e correlacional, com abordagem fenomenológica, uma vez que esta “(...)é considerada como a busca de sentido numa descrição da experiência humana(..), Fortin (2003, p.315) pretendendo-se assim, recolher a subjectividade das percepções do cuidador informal

É descritivo na medida em que procura fornecer informação sobre a população em estudo. É longitudinal e correlacional, uma vez que a obtenção dos dados é realizada em diversas ocasiões, tanto ao doente como ao cuidador informal. É também correlacional pois procura analisar a existência de relações entre as variáveis, através da formulação de hipóteses, Fortin (2003).

4.4 DEFINIÇÃO DE VARIÁVEIS

Segundo Fortin (2003, p.36) as variáveis são a unidade de base de investigação e define-as como “*qualidades, propriedades ou características de objectos, de pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação*”. Estas podem ser classificadas em dependentes e independentes de acordo com a relação que apresentam.

A variável dependente é aquela que representa o comportamento a medir, a observar, ou ainda os fenómenos ou acontecimentos que se pretendem estudar e explicar em função da influência das variáveis independentes, que actuam tanto a nível da pessoa como do seu meio (HOUT, 2002; TUCKMAN, 2000).

4.4.1 Variável Dependente

No presente estudo a variável dependente corresponde à Independência Funcional, no qual se pretende saber qual o nível de independência dos doentes internados no serviço de neurocirurgia, no momento da admissão e no dia da alta.

4.4.2 Variáveis independentes

O nível de Independência Funcional é muitas vezes influenciado por determinados factores, considerados variáveis independentes. Assim, com base na fundamentação teórica, nas questões de investigação e objectivos do estudo foram seleccionadas, as seguintes variáveis: sócio-demográficas e clínicas (idade, sexo, residência, estado civil, habilitações literárias, profissão, patologia incapacitante, agregado familiar); características habitacionais (local residência, acessibilidades); características de suporte social (cuidador informal, visitas do cuidador informal, ensinos ao cuidador informal, dificuldades manifestadas pelo cuidador informal, redes de apoio).

4.5 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população - alvo deste estudo corresponde a 290 doentes que tiveram alta de internamento do Serviço de Neurocirurgia/U-AVC do Hospital de São Teotónio, E.P.E. - Viseu no período de 15 de Setembro a 15 de Dezembro de 2010, representando 4% do total de internamentos deste hospital.

Da população de doentes (população por conveniência), foi seleccionada uma amostra de 50 participantes. A dimensão da amostra garante uma estimativa de erro $\pm 5\%$, para um nível de confiança de 95% (população finita), sendo a amostra mínima necessária de 49.

A selecção da amostra foi efectuada de acordo com disponibilidade dos indivíduos e os seguintes critérios de inclusão:

- Foram considerados válidos todos os doentes avaliados com um Índice de Barthel à entrada ≤ 19 (critérios de inclusão).
- Familiares cuidadores de pessoas dependentes para as AVD's

Foram também aplicados os seguintes **critérios de exclusão**:

- Doentes institucionalizados
- Doentes independentes (Índice de Barthel=20)

4.6 HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO

De acordo com Fortin (2003) as hipóteses são a formulação de uma previsão sobre a relação entre duas ou mais variáveis, permitindo ou não apoiar uma teoria. Assim, tendo por base o problema em estudo e respectivos conhecimentos obtidos na fundamentação teórica, formularam-se as seguintes hipóteses que pretendemos testar:

- H₁**: As variáveis sócio demográficas e clínicas (idade, sexo, residência, estado civil, habilitações literárias, profissão, patologia incapacitante, agregado familiar), influenciam a Independência Funcional.
- H₂**: As variáveis habitacionais (local residência, acessibilidades), influenciam a Independência Funcional.
- H₃**: As variáveis de suporte social (cuidador informal, visitas do cuidador informal, ensinos ao cuidador informal, dificuldades manifestadas pelo cuidador informal, redes de apoio), influenciam a Independência Funcional.

4.7 PROCEDIMENTO DE RECOLHA DOS DADOS

Em Setembro de 2010 foi dirigido um ofício ao Sr. Presidente do Conselho de Administração do Hospital de São Teotónio, E.P.E. - Viseu no sentido de ser autorizado a aplicação de um instrumento de colheita de dados, no Serviço de Neurocirurgia/U-AVC aos doentes internados e seu cuidador informal (Apêndice I)

Assim, de forma a ser possível a recolha de dados, foi essencial aplicação de um instrumento de colheita de dados adequado ao objectivo do estudo, implicando para o efeito o cumprimento de certos procedimentos éticos, nomeadamente a protecção do direito dos doentes e seu familiar cuidador ao anonimato (Anexo I).

O Formulário foi aplicado no período de 15 de Setembro a 15 de Dezembro, de 2010 a todos os doentes internados com Índice de Barthel ≤ 19 e que não estivessem Institucionalizados, assim como, ao familiar cuidador caso o tivessem. O seu preenchimento foi realizado pela autora do estudo, de maneira a reduzir o número de enviesamentos.

Assim, era efectuado junto do doente e/ou cuidador informal a respectiva colheita de dados, de forma a elaborar um programa de alta em equipa. Para tal, a monitorização do Índice de Barthel era realizada no primeiro dia de internamento e no momento da alta, com o objectivo de avaliar a capacidade funcional dos doentes, que dificuldades específicas apresentavam na realização das AVD's, de modo a que o plano de ensino ao doente e/ou cuidador informal, fosse de encontro às (in)capacidades específicas de cada um.

4.8 INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Exercendo funções de enfermeira especialista na área de reabilitação, no Serviço de Neurocirurgia/U-AVC, deparamo-nos com frequência com a problemática que envolve o doente e cuidador informal no regresso ao domicílio. Os doentes aqui internados são maioritariamente do foro neurológico, com moderado a elevado grau de dependência funcional, necessitando de apoio e/ou substituição na satisfação das AVD's. Como tal é indispensável uma disponibilidade elevada por parte do cuidador informal, bem como a existência de redes de apoio formal, como suporte.

De modo a ser possível a realização deste estudo foi elaborado um instrumento de colheita de dados (Anexo I) composto por cinco partes, na primeira parte do Formulário é realizada a caracterização sócio-demográfica e clínica, seguida da caracterização habitacional,

onde se pretende saber quais as acessibilidades da habitação do doente, se esta necessita de ser adaptada para o receber, atendendo à incapacidade funcional. A terceira parte consiste na caracterização da independência funcional através da Escala de Independência funcional - Índice de Barthel. A nossa escolha pelo Índice de Barthel prende-se com o facto de para além deste avaliar o grau de dependência em cada AVD, permite-nos também identificar o tipo de dependência. É um instrumento que possui óptimos resultados de fidelidade e validade, muito utilizado na prática clínica com o objectivo de monitorizar a (in)dependência funcional dos indivíduos para a realização de dez Actividades de Vida Diária (AVD's): comer, higiene pessoal, uso de sanitário, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas (MAHONEY e BARTHEL, 1965). Podemos então dizer que o Índice de Barthel avalia dez actividades, instrumentais de vida diária, medindo a capacidade que o indivíduo tem para ter uma vida independente na comunidade.

Na versão original a pontuação da escala vai de 0-100 (com intervalos de 5 pontos). A pontuação mínima de zero corresponde a máxima dependência para todas as AVD's avaliadas e a máxima de 100 equivale a independência total para as mesmas AVD's. A versão desenvolvida por Wade e Collin (1988) propõe uma pontuação dos itens em (0,1,2 ou 3) obtendo um score total da escala entre 0 (totalmente dependente) e 20 (totalmente independente), em oposição à original de (0-100). Assim, de forma a quantificar mais pormenorizadamente o grau de (in)dependência temos: Dependência Total (0-8); Dependência Grave (9-12); Dependência Moderada (13-19); Independência Total (20).

Na quinta e última parte procede-se a recolha de dados sobre o suporte social existente, no qual se pretende saber o perfil do cuidador informal, qual o grau de parentesco, quantas vezes visita o doente durante o internamento, se demonstra interesse/disponibilidade em participar nos cuidados, que ensinamentos são efectuados, de forma manter a continuidade de cuidados no domicílio. Tem ainda a finalidade, em tomar conhecimento das dificuldades manifestadas pelo cuidador informal em relação ao regresso ao domicílio, da decisão da melhor opção a tomar (institucionalização *versus* desinstitucionalização) tendo sempre como objectivo a maximização das potencialidades do doente e sua reinserção na comunidade.

Nesta fase procede-se a uma análise qualitativa, uma vez que estamos perante a subjectividade das percepções do familiar, para as quais foi elaborado análise de conteúdo,

com os respectivos quadros de categorização, que remetemos para Apêndice, onde podem ser consultados (Apêndice II e III).

É ainda de salientar que o preenchimento do Formulário foi realizado pela autora, uma vez que esta ia tomando notas acerca do comportamento do familiar, da sua receptividade para o ensino, do que este ia manifestando ao longo do internamento, facilitando a compreensão das dificuldades e enriquecendo a colheita de dados.

4.9 PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DE DADOS

Após a colheita de dados através do Formulário aplicado procedeu-se a uma metodologia triangulada (quantitativa/qualitativa), no que diz respeito ao tratamento estatístico, este foi efectuado utilizando o software Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versão 16.0, utilizando para o efeito testes não paramétricos, nomeadamente o teste de Mann-Witney, o teste de Kruskal-Wallis e o teste do Qui-Quadrado.

Para estabelecer as relações entre as variáveis foram utilizados os seguintes testes: Correlação de Pearson; Teste T de Student, Teste One Way Anova.

Para todos os testes estatísticos foi considerado como valor de significância estatística $p < 0,05$.

Os resultados são apresentados sob a forma de quadros, com a respectiva descrição, salientando-se os factos e relações significativas.

Em relação ao estudo qualitativo, mais propriamente ao estudo fenomenológico, no qual se pretende conhecer a opinião dos cuidadores informais, no que respeita ao regresso do seu familiar doente ao domicílio, recorreu-se a análise qualitativa, utilizando a técnica de análise de conteúdo. Esta é considerada como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, nas quais os dados são colhidos no decurso de entrevistas, observação directa junto do fenómeno que se deseja explicitar, com “o objectivo de conhecer uma realidade do ponto de vista das pessoas que a vivem” Fortin (2003, p.149). Para o efeito foram realizadas unidades de registo, que serão apresentadas em Apêndice (Apêndice II e III).

5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Os resultados obtidos neste trabalho são apresentados e analisados em duas partes distintas, em que na primeira procedemos a uma análise do tipo descritivo, enquanto na segunda é feita uma análise de tipo inferencial, testando a existência de associações entre as diferentes variáveis sócio-demográficas e clínicas, habitacionais, suporte social e a Independência Funcional. A análise qualitativa é remetida para Apêndice (Apêndice II, Apêndice III).

É ainda de salientar que, atendendo à extensão do trabalho por um lado e ao limite de paginas que nos é imposto por outro, apenas será feita referência aos dados mais significativos, remetendo-se os restantes para os respectivos Apêndices. (Apêndice IV, Apêndice V).

5.1 ANÁLISE DESCRITIVA

Pela análise da tabela 1 podemos verificar que a nossa amostra é maioritariamente representada pelo sexo masculino (52%), sendo o sexo feminino de (48%); com uma média etária de 73, 7 anos, sendo as mulheres mais representativas que os homens no grupo etário compreendido entre os 69-77 anos de idade (44,7% vs 23,1%).

Tabela 1 – Distribuição da amostra segundo o sexo em função dos grupos etários.

Sexo Grupos etários	Masculino (n = 26; % = 52)		Feminino (n = 24; % = 48)		Total (n = 50; % = 100,0)	
	n	%	n	%	n	%
<=68	9	34,6	3	12,5	12	24,0
69-77	6	23,1	10	41,7	16	32,0
78-81	6	23,1	5	20,8	11	22,0
>=82	5	19,2	6	25	11	22,0

Na tabela 2, relativamente à localização do domicílio temos (90%) de residentes em zona rural e (10%) em zona urbana.

Relativamente ao estado civil, constatamos que a maioria (48%) dos doentes da nossa amostra são casados e (46%) são viúvos, sendo esta percentagem mais prevalente nas mulheres.

Independência funcional e Regresso ao Domicílio**Tabela 2 – Distribuição da amostra segundo as variáveis socio-demográficas em função do sexo.**

Variáveis	Sexo		Masculino (n = 26; % = 52)		Feminino (n = 24; % = 48)		Total (n = 50; % = 100,0)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Residência								
Zona Rural	23	88,5	22	91,7	45	90,0		
Zona Urbana	3	11,5	2	8,3	5	10		
Estado Civil								
Casado(a)	17	65,4	7	29,2	24	48,0		
Viúvo(a)	8	30,8	15	62,5	23	46,0		
Divorciado(a)	0	0,0	1	4,2	1	2,0		
Solteiro(a)	1	3,8	1	4,2	2	4,0		
Habilitações literárias								
Não sabe ler nem escrever	6	23,1	5	20,8	11	22,0		
Sabe assinar	3	11,5	9	37,5	12	24,0		
1º Ciclo de estudos (4.ª classe)	14	53,8	10	41,7	24	48,0		
2º Ciclo de estudos (9.º antigo)	2	7,7	0	0,0	2	4,0		
Curso Superior	1	3,8	0	0,0	1	2,0		
Profissão								
Quadros superiores e dirigentes	0	0,0	0	0,0	0	0,0		
Especialistas intelectuais	1	3,8	0	0,0	1	2,0		
Técnico de nível intermédio	0	0,0	0	0,0	0,0	0,0		
Pessoal administrativo	0	0,0	2	8,3	2	4,0		
Pessoal dos Serviços e vendas	3	11,5	1	4,2	4	8,0		
Agricultura e pescas	15	57,7	11	45,8	26	52,0		
Operários e artífices	7	26,9	2	8,3	9	18,0		
Trabalhadores não qualificados	0	0	8	33,3	8	16,0		
Agregado Familiar								
Sozinha	6	23,1	6	25,0	12	24,0		
Cônjuge	16	61,5	7	29,2	23	46,0		
Filho/a	3	11,5	9	37,5	12	24,0		
Outros (irmã/sobrinha)	1	3,8	2	8,3	3	6,0		

Quanto às habilitações literárias, cerca de metade da amostra tem o 1º ciclo de estudos (48,0%), sendo a percentagem maior no sexo masculino (53,8%). Salientamos ainda que (22%) dos sujeitos não sabe ler nem escrever e que (24%) sabe apenas assinar o seu nome, não tendo portanto concluído qualquer ciclo de estudos.

No que diz respeito ao grupo profissional com maior representação é o dos agricultores, com uma percentagem superior de homens (57,7%), enquanto (33,3%) das mulheres integram-se no grupo de trabalhadores não qualificados.

Em relação ao agregado familiar destacam-se os doentes que vivem com o cônjuge (46%), mais de metade são homens, seguido de casos com a mesma percentagem (24%), que

vivem sozinhos e/ou com os filhos. Destacando-se as mulheres como o grupo que maioritariamente vive sozinha (25%) ou com os filhos (37,55).

No que diz respeito à patologia incapacitante, como podemos constatar pela tabela 3, as doenças cérebro-vasculares (70%) são as de maior relevo e com maior representatividade no sexo masculino (73,1%). Já as patologias degenerativas dos discos cervicais/intervertebrais estão mais representadas no grupo das mulheres do que nos homens (12,5% vs 7,7%).

Tabela 3 – Distribuição da amostra segundo a patologia incapacitante em função do sexo.

Sexo Patologia Incapacitante	Masculino (n = 26; % = 52)		Feminino (n = 24; % = 48)		Total (n = 50; % = 100,0)	
	n	%	n	%	n	%
Tumores (cabeça/coluna)	3	11,5	3	12,5	6	12,0
Doença sistema nervoso (Alzheimer)	0	0,0	1	4,2	1	2,0
Doença cérebro vascular (AVC, HSD, HSA)	19	73,1	16	66,7	35	70,0
Patologia degenerativa discos cervicais /intervertebrais	2	7,7	3	12,5	5	10,0
Lesões traumáticas # crânio, # coluna	2	7,7	1	4,2	3	6,0

A tabela 4, permite observar a distribuição da amostra segundo as variáveis de contexto habitacional e redes de apoio presentes após o internamento.

Assim, podemos verificar que o local de residência mais representado na amostra, após o internamento, é o domicílio do próprio (42%), seguido do domicílio de familiar (32%), sendo as mulheres as que residem essencialmente em domicílio de familiares (45,8%), uma percentagem menos significativa de doentes (26%) foi institucionalizada.

Verificamos também que (97,7%) dos doentes da nossa amostra, possuem barreiras arquitectónicas, nomeadamente escadas no interior e/ou exterior da sua habitação. No entanto apenas 11 doentes consideram importante realizar adaptações na habitação, mas só 9 desses doentes realmente o fizeram.

Independência funcional e Regresso ao Domicílio**Tabela 4 – Distribuição da amostra segundo as variáveis de contexto habitacional e redes de apoio em função do sexo.**

Sexo Variáveis	Masculino (n = 26; % = 52)		Feminino (n = 24; % = 48)		Total (n = 50; % = 100,0)	
	n	%	n	%	n	%
Local de Residência após internam.						
Domicílio próprio	15	57,7	6	25	21	42,0
UCC	5	19,2	5	20,8	10	20,0
Lar	0	0,0	2	8,3	2	4,0
Outro	1	3,8	0	0	1	2,0
Domicílio de familiar	5	19,2	11	45,8	16	32,0
Acessibilidade/barreiras domicílio						
Não	3	11,5	3	12,5	6	12
Sim:	23	88,5	21	87,5	44	88
<i>Elevador</i>	0	0,0	1	4,8	1	2,3
<i>Escadas</i>	23	100,0	20	95,2	43	97,7
<i>Rampa</i>	0	0	0	0,0	0	0,0
Habitação adaptada						
Sim	5	21,7	6	28,6	11	25,0
Não	18	78,3	115	71,4	33	75,0
Tipo de adaptação						
Alteração das escadas	3	75,0	2	40,0	5	55,6
Alteração espaço interior	1	25,0	2	40,0	3	33,3
Alteração wc	0	0,0	1	20,0	1	11,1
Financiamento de obras						
Não	25	96,2	19	79,2	44	88
Sim:	1	3,8	5	20,8	6	12
<i>Próprio doente</i>	1	100,0	0	0,0	1	16,7
<i>Familiares</i>	0	0,0	5	100,0	5	83,3
<i>Entidade Pública</i>	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Pela análise da tabela 5 podemos constatar que no 1.º dia de internamento, (92%) de doentes da nossa amostra apresentavam dependência funcional total, sendo que (88,5%) pertencem ao sexo masculino e (95,8%) ao sexo feminino.

Tabela 5 – Estatísticas relativas à independência funcional ao 1.º dia de internamento segundo o sexo.

Sexo Ind. Funcional 1.º dia de internamento	Masculino (n = 26; % = 52)		Feminino (n = 24; % = 48)		Total (n = 50; % = 100,0)	
	n	%	N	%	N	%
Dependência Total (0-8)	23	88,5	23	95,8	46	92,0
Dependência Grave (9-12)	1	3,8	1	4,2	2	4,0
Dependência Moderada (13-19)	2	7,7	0	0,0	2	4,0
Independência Total (20)	0	0,0	0	0,0	0	0,0

No que diz respeito ao índice de independência funcional no momento da alta, podemos verificar pela tabela 6 que os doentes se encontram mais dispersos por outros níveis de dependência. Assim, verifica-se que os doentes com dependência total baixou para (38%), tendo agora maior prevalência os níveis de dependência moderada (44%), particularmente nos homens (50%) e que apenas (18%) dos doentes apresentam dependência grave.

Tabela 6 – Estatísticas relativas à independência funcional no dia da alta segundo o sexo.

Ind. Funcional No dia da Alta	Sexo		Total			
	Masculino (n = 26; % = 52)		Feminino (n = 24; % = 48)		Total (n = 50; % = 100,0)	
	N	%	n	%	n	%
Dependência Total (0-8)	7	26,9	12	50,0	19	38,0
Dependência Grave (9-12)	6	23,1	3	12,5	9	18,0
Dependência Moderada (13-19)	13	50,0	9	37,5	22	44,0
Independência Total (20)	0	0,0	0	0,0	0	0

Centrando a nossa análise agora no perfil do cuidador informal, podemos verificar pela tabela 7 que (44,1%) dos cuidadores informais são os respectivos cônjuges, seguindo-se as filhas em (38,2%) e noras (17,6%).

Constatou-se, também que a maior prevalência das visitas diárias ao familiar internado é realizada pelos cônjuges (86,7%), apenas (13,3%) destes visita o familiar internado com menos regularidade (2 a 3 vezes por semana).

Em relação ao interesse/ disponibilidade demonstrados pelo cuidador informal na prestação de cuidados ao seu familiar (ensinos), este é mais sentido no caso dos cônjuges (esposas) e das filhas. Não obstante tivemos ainda 4 cônjuges do sexo masculino que manifestaram vontade em receber ensinos.

Os ensinos realizados ao cuidador informal, visavam não só facilitar o retorno do doente ao domicílio, mas também constituir-se meio facilitador na recuperação. Assim, estes incidiram maioritariamente na promoção da autonomia na alimentação (16,8%), seguidos das transferências (cama/cadeira e vice-versa) do treino de marcha e estratégias de prevenção de quedas (11%). O banho no leito apenas atingiu (2,6%), conforme se pode verificar no Apêndice VI.

Independência funcional e Regresso ao Domicílio**Tabela 7 – Estatísticas relativas ao cuidador informal segundo o grau de parentesco com o doente.**

Cuidador Inf.	Cônjuge (n = 15; % =44,1)		Filho(s) (n = 13; % =38,2)		Outro(s):noras (n = 6; % =17,6)		Total (n = 34; % = 100,0)	
	n	%	n	%	n	%	N	%
Visitas efectuadas pelo cuidador								
Diariamente	13	86,7	11	84,6	5	83,3	29	85,3
2 a 3 vezes por semana	2	13,3	2	15,4	1	16,7	5	14,7
Quinzenalmente	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nunca	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Interesse/disponibilidade do cuidador na prestação de cuidados (ensinos)								
Sim	14	93,3	13	100,0	6	100,0	33	97,1
Não	1	6,7	0	0,0	0	0,0	1	2,9

No que se refere às redes de apoio já existentes antes do internamento por parte de alguns doentes, verificamos na tabela 8 que apenas 3 doentes já recebiam Apoio Domiciliário, 1 frequentava Centro de Dia e 2 deles recebiam apoio dos vizinhos. Verificamos, ainda, que existiam mais doentes do sexo masculino a recorrer ao apoio domiciliário, enquanto os doentes do sexo feminino recorria mais a ajuda de vizinhos e amigos.

Tabela 8 – Distribuição da amostra nas redes de apoio no 1.º dia de internamento por sexo

Sexo	Masculino (n = 3; % = 50)		Feminino (n = 3; % = 50)		Total (n = 6; % = 100,0)	
	n	%	n	%	n	%
Redes de apoio 1.º dia internamento						
Apoio domiciliário	2	66,7	1	33,3	3	50
Centro de Dia	1	33,3	0	0,0	1	16,7
Outro (vizinhos, familiares)	0	0,0	2	66,7	2	33,3

Da análise da tabela 9, constatamos que no momento da alta, apenas o Apoio Domiciliário teve um aumento mais significativo, com 8 dos doentes (4 mulheres e 4 homens), relativamente às restantes redes.

Tabela 9 – Distribuição da amostra nas redes de apoio na alta de internamento por sexo

Sexo	Masculino (n = 6; % = 50)		Feminino (n = 6; % = 50)		Total (n = 12; % = 100,0)	
	n	%	n	%	n	%
Redes de apoio na alta de internamento						
Apoio domiciliário	4	66,7	4	66,7	8	66,7
Centro de Dia	1	16,7	1	16,7	2	16,7
Outro (vizinhos, familiares)	1	16,7	1	16,7	2	16,7

5.2 ANÁLISE INFERENCIAL

A análise inferencial diz respeito à verificação das hipóteses formuladas e à análise exploratória dos dados, visando a generalização das conclusões para a população de onde foi seleccionada a nossa amostra, Harel (2003).

Para os testes de hipóteses os critérios de decisão baseiam-se no estudo das probabilidades, confirmando-se a hipótese se a probabilidade for inferior a 0,05 ($p < 0,05$) e rejeitando-se se superior a esse valor.

À semelhança do procedimento anterior, também na análise inferencial apenas serão apresentadas as tabelas que consideramos mais pertinentes, remetendo para apêndice (Apêndice V) a análise inferencial na íntegra para poder ser consultada.

H₁ As variáveis sócio demográficas e clínicas (idade, sexo, residência, estado civil, habilitações literárias, profissão, patologia incapacitante, agregado familiar), influenciam a Independência Funcional.

H_{1a}: Existe associação significativa entre a idade e a independência funcional.

A análise da tabela 10 mostra que a maior prevalência de doentes com idade igual ou inferior a 68 anos são doentes com dependência moderada (83,3%).

Já os doentes com idades compreendidas entre os 69 e os 77 anos são em metade dos casos doentes com dependência total (50%) e uma minoria apresentam dependência grave (18,8%).

Doentes com idades compreendidas entre os 78 e 81 anos apresentam dependência moderada (54,5%), dependência total (36,4%) e dependência grave em (9,1%) dos casos.

Cerca de metade dos doentes com 82 ou mais anos de idade apresentam dependência total e (36,4%) com dependência grave.

Independência funcional e Regresso ao Domicílio**Tabela 10 – Independência funcional por grupos Etários**

Idade \ Indepen. Func. (total=20)	<=68 anos (n = 12; % = 24)		69-77 anos (n = 16; % = 32)		78-81 anos (n = 11; % = 22)		>=82 anos (n = 11; % = 22)		Total (n = 50; % = 100)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Dep.Total (0-8)	1	8,3	8	50	4	36,4	6	54,5	19	38,0
ra		-2,4		1,2		-0,1		1,3		
Dep.Grave (9-12)	1	8,3	3	18,8	1	9,1	4	36,4	9	18,0
ra		-1		0,1		-0,9		1,8		
Dep.Moderada (13-19)	10	83,3	5	31,2	6	54,5	1	9,1	22	44,0
ra		3,1		-1,2		0,8		-2,6		

($\chi^2 = 15495$; gl = 6; p = 0,014 Método Monte Carlo, baseado em 10000 simulações amostrais)

A análise dos valores residuais ajustados identifica uma associação entre doentes com 68 ou menos anos de idade com maior independência funcional e doentes com 82 ou mais anos de idade com menor independência funcional.

Por aplicação do método de Monte Carlo do teste de qui-quadrado, conclui-se existir uma associação significativa entre a independência funcional e classes etárias (p=0,014).

Podemos então concluir que a idades mais elevadas estão associados níveis mais baixos de independência funcional e vice-versa.

Anexo à Tabela 10 – Estatísticas relativas à independência funcional por grupo etário.

Variável	Idade	n	Min.	Max.	\bar{X}	Dp	Sk/ Std.Error	K/ Std.Error	CV (%)	K-S P	Teste Levene
Independência funcional	<=68	12	0	19	15,3	5,3	-4,1	5,9	35	0,004	0,113
	69-77	16	0	19	9,3	6,9	0,3	-1,5	74,2	0,114	
	78-81	11	3	19	12,3	6,6	-0,7	-1,5	53,7	0,039	
	>=82	11	0	17	5,9	4,5	0,6	-1,3	76	0,022	
	TOTAL	50	0	19	10,6	7,1	-0,95	-2,32	67		

H_{1b} : Existe associação significativa entre o sexo e a independência funcional.

Através da aplicação do teste de Mann Whitney, não se observaram diferenças estatisticamente significativas (p = 0,059) entre os valores das ordenações médias da escala em ambos os sexos. Contudo os indivíduos do sexo masculino apresentam valores superiores (29,21) aos do sexo feminino (21,48).

Somos assim levados a rejeitar a hipótese enunciada.

Tabela 11 – Comparação das classificações médias da escala de independência funcional segundo o sexo.

Variável	Sexo	n	Ordenação média	U de Mann-Whitney	p
Independência funcional	Masculino	26	29,21	215,5	0,059
	Feminino	24	21,48		

H_{1c} : Existe associação significativa entre residência e a independência funcional.

Para testar esta hipótese utilizámos o teste de Mann Whitney, e pelos resultados da tabela 12 verificamos, que não se observaram diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,82$) entre os valores das ordenações médias destas variáveis. Assim mais uma vez rejeitamos a hipótese de trabalho atrás enunciada.

Tabela 12 – Comparação das classificações médias da escala de independência funcional segundo a residência

Variável	Residência	N	Ordenação média	U de Mann-Whitney	P
Independência funcional	Rural	45	25,34	105,5	0,82
	Urbana	5	26,9		

H_{1d} : Existe associação significativa entre o estado civil e a independência funcional.

Com base nos resultados apresentados na tabela 13, podemos inferir que as diferenças dos valores de independência funcional entre os sujeitos dos vários grupos não são significativas ($p > 0,05$) embora existam algumas diferenças nas ordenações médias entre os grupos. Veja-se que os solteiros e casados apresentam valores médios de independência funcional superiores aos dos viúvos e dos divorciados.

Apesar deste facto, e dado que não há uma relação estatisticamente significativa nestas variáveis rejeitamos a hipótese enunciada.

Tabela 13 – Teste de Kruskal-Wallis: comparação das classificações médias da escala de independência funcional na alta de internamento em função do estado civil

Variável	Estado civil	N	Ordenação média	χ^2	P
Independência funcional	Casado(a)	24	29,38	4,855	0,183
	Viúvo(a)	23	21,72		
	Divorciado	1	9		
	Solteiro	2	30,75		

H_{1e} : Existe associação significativa entre as habilitações literárias e a independência funcional.

A análise da tabela 14 mostra que a maior prevalência de doentes que não sabem ler ou escrever verifica-se em doentes com dependência total (54,5% dos casos). Os doentes que sabem assinar distribuem-se, equitativamente, entre os doentes com dependência total e dependência moderada (ambos com 47% dos casos) e apenas (16,7%) apresentam dependência grave.

Por aplicação do método de Monte Carlo do teste de qui-quadrado, conclui-se existir uma associação entre a independência funcional e habilitações literárias ($p=0,029$), no qual no nosso estudo, ao menor grau de instrução corresponde um menor índice de independência funcional.

Tabela 14 – Associação entre independência funcional e Habilitações Literárias

Hab. Lit. Indep. Func.(total=20)	Não sabe ler e escrever (n = 11; % = 22)		Sabe assinar (n = 12; % = 24)		1.º ciclo (n = 24; % = 48)		2.º ciclo (n = 2; % = 4)		Curso Superior (n = 1; % = 2)		Total (n = 50; % = 100)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Dep.Total (0-8)	6	54,5	5	41,7	8	33,3	0	0,0	0	0,0	19	38,0
ra	1,3		0,3		-0,7		-1,1		-0,8			
Dep.Grave (9-12)	4	36,4	2	16,7	2	8,3	0	0,0	1	100	9	18,0
ra	1,8		-0,1		-1,7		-0,7		2,2			
Dep.Moderada (13-19)	1	9,1	5	41,7	14	58,3	2	100	0	0,0	22	44,0
ra	-2,6		-0,2		2		1,6		-0,9			

($\chi^2 = 15,495$; gl = 6; $p = 0,014$ Método Monte Carlo, baseado em 10000 simulações amostrais)

H_{1f} : Existe associação significativa entre a profissão e a independência funcional.

Por aplicação do teste de Kruskal-Wallis constata-se que as diferenças de pontuações médias da escala de independência funcional entre os grupos profissionais considerados, não são estatisticamente significativas ($p>0,05$). As diferenças expressas na tabela 15 permitem identificar o pessoal operário e o pessoal dos serviços e vendedores como os grupos profissionais que apresentam valores de ordenação média de independência funcional mais elevados. Não obstante, conclui-se que não há uma relação estatisticamente significativa nos valores médios de independência funcional entre os grupos profissionais, razão pela qual rejeitamos a hipótese enunciada.

Tabela 15– Teste de Kruskal-Wallis: comparação das classificações médias da escala de independência funcional em função dos grupos profissionais

Variável	Grupo Profissional	n	Ordenação média	χ^2	p
Independência Funcional	Especialistas intelectuais	1	26	9,186	0,102
	Pessoal administrativo	2	26,5		
	Pessoal dos Serviços e vendedores	4	35		
	Agricultura e pescas	26	21,67		
	Operários e artífices	9	36,11		
	Trabalhadores não qualificados	8	20,94		

H_{1g} : Existe associação significativa entre o agregado familiar e a independência funcional.

Aqui também se optou por aplicar o teste de Kruskal-Wallis com o objectivo de comparar as diferenças das classificações médias nos 4 grupos de agregado familiar.

Pela análise da tabela 16, constata-se que os doentes que têm os cônjuges como agregado familiar são os que apresentam valores de ordenação média superiores (28,8), bem como em relação à média dos valores de independência funcional (12,3). Conclui-se, no entanto, que as diferenças de pontuações médias da escala de independência funcional entre os grupos de agregado familiar não são estatisticamente significativas ($p > 0,05$), pelo que rejeitamos a hipótese enunciada, uma vez que o agregado familiar não é determinante nos níveis de independência funcional.

Tabela 16 – Teste de Kruskal-Wallis: comparação das classificações médias da escala de independência funcional em função do agregado familiar

Variável	Agregado Familiar	n	Ordenação média	χ^2	p
Independência Funcional	Sozinho	12	22,67	2,234	0,525
	Cônjuge	23	28,8		
	Filho/a	12	22,92		
	Outros (irmã/sobrinha)	3	21,83		

H_{1h} : Existe associação significativa entre a patologia incapacitante e a independência funcional.

Pela análise da tabela 17, constatamos que as diferenças de pontuações médias da escala de independência funcional entre os grupos em função das patologias incapacitantes existem, contudo, não são estatisticamente significativas ($p > 0,05$) pelo que rejeitamos a hipótese enunciada.

Tabela 17 – Teste de Kruskal-Wallis: comparação das classificações médias da escala de independência funcional em função da Patologia Incapacitante

Variável	Patologia Incapacitante	n	Ordenação média	χ^2	p
Independência Funcional	Tumores (cabeça/coluna)	6	33	4,557	0,336
	Doença sistema nervoso (Alzheimer)	1	9		
	Doença cérebro vascular (avc, HSD, HSA)	35	24,3		
	Patologia degenerativa discos cervicais/intervertebrais	5	31,7		
	Lesões traumáticas # crânio, # coluna	3	19,67		

H₂: As variáveis habitacionais (local residência, acessibilidades), influenciam a Independência Funcional.

H_{2a}: Existe associação significativa entre o local de residência do doente após o internamento e a independência funcional.

Através da aplicação do teste de Kruskal Wallis (tabela 18), observou-se que, pelo menos, um dos grupos de residência, difere dos restantes, quanto aos valores de independência funcional, sendo as respectivas diferenças estatisticamente significativas (p=0,001). Uma análise mais profunda permite identificar que os valores de ordenação média da independência funcional são superiores nos doentes que regressam ao domicílio próprio (33,8), seguidos dos doentes que vão para domicílio familiar (22,16) e finalmente dos doentes institucionalizados (16,19). Deste modo aceitamos a hipótese.

Tabela 18 – Teste de Kruskal Wallis: comparação da independência funcional dos doentes em função do seu local de residência

Independência funcional	n	Ordenação Média	χ^2	P
Domicílio do próprio	21	33,81	13,154	0,001
Domicílio de familiar	16	22,16		
Outro (UCC, Lar):	13	16,19		

De uma forma mais detalhada a análise da tabela 19 mostra-nos que a maior prevalência de doentes que regressam ao próprio domicílio é verificada naqueles que apresentam dependência moderada (76,5%). Quanto aos doentes que regressam a casa de

Independência funcional e Regresso ao Domicílio

familiares, (43,8%) são doentes com dependência total, (31,2%) com dependência moderada e (25%) com dependência grave. Já em relação aos doentes que são institucionalizados (UCC, lares), a maioria são doentes com dependência total (69,2%), e com menor expressão os doentes com dependência grave (23,1%) e (7,7%) com dependência moderada.

Tabela 19 – Associação entre independência funcional e local de residência do doente após o internamento

Regresso ao Domicílio / Indep. Func. (total=20)	Domicílio próprio (n = 21; % = 42)		Domicílio de familiares (n = 16; % = 32)		Outro (UCC, Lares) (n = 13; % = 26)		Total (n = 50; % = 100,0)	
	N	%	n	%	N	%	n	%
Dep. Total (0-8)	3	14,3	7	43,8	9	69,2	19	38,0
Ra		-2,9		0,6		2,7		
Dep. Grave (9-12)	2	9,5	4	25	3	23,1	9	18,0
Ra		-1,3		0,9		0,6		
Dep. Moderada (13-19)	16	76,2	5	31,2	1	7,7	22	44,0
Ra		3,9		-1,2		-3,1		

($\chi^2 = 17,475$; gl = 4; ; p = 0,001 Método Monte Carlo, baseado em 20000 simulações amostrais)

H_{2b}: Existe associação significativa entre as acessibilidades do domicílio e a independência funcional.

Não estão reunidos os requisitos de igualdade da forma das distribuições para testar esta hipótese de trabalho, através da aplicação do teste de Mann Whitney. Por esse motivo irá recorrer-se ao teste de associação do Qui-quadrado. Com base nos resultados apresentados na tabela 20, observa-se uma prevalência de necessidade de melhorar a acessibilidade de escadas em doentes com dependência moderada (44,2%) e com dependência total (37%). Apenas um doente com dependência total possuía de elevador na habitação. A análise dos valores residuais e da aplicação do método de Monte Carlo do teste de qui-quadrado permite concluir que não existe uma relação de associação estatisticamente significativa entre acessibilidade e independência funcional (p=0,56).

Tabela 20 – Associação entre independência funcional e acessibilidade

Acessibilidade / Independência F.	Elevador (n = 1; % = 2,33)		Escadas (n = 43; % = 97,7)		Total (n = 44; % = 100,0)	
	N	%	n	%	n	%
Dep. Total (0-8)	1	100	16	37,2	17	38,2
Ra		1,3		-1,3		
Dep. Grave (9-12)	0	0,0	8	18,6	8	18,2
Ra		-0,5		0,5		
Dep. Moderada (13-19)	0	0,0	19	44,2	19	43,2
Ra		-0,9		0,9		

($\chi^2 = 1,625$; gl = 2 ; p = 0,565 - Método Monte Carlo, baseado em 10000 simulações amostrais)

H_{2c}: Existe associação significativa entre a adaptação habitacional e a independência funcional.

Por aplicação do teste de Mann Whitney constata-se que os doentes que tiveram necessidade de adaptar a sua habitação apresentam valores de ordenação média de independência funcional mais baixos (14,68) do que os que não tiveram essa necessidade (25,11). A diferença de pontuações médias da escala de independência funcional entre os dois grupos considerados é estatisticamente significativa (p=0.019).

Assim aceitamos a hipótese enunciada.

Tabela 21 – Comparação das classificações médias da escala de independência funcional segundo a habitação adaptada

Variável	Habitação adaptada	N	Ordenação média	U de Mann-Whitney	P
Independência funcional	Sim	11	14,68	95,500	0,019
	Não	33	25,11		

H₃: As variáveis de suporte social (cuidador informal, visitas do cuidador informal, ensinos ao cuidador informal, dificuldades manifestadas pelo cuidador informal, redes de apoio), influenciam a Independência Funcional.

H_{3a}: Existe relação significativa entre os doentes que regressaram ao domicílio em função das redes de apoio e a independência funcional.

Pela análise da tabela 22 verifica-se que a maior prevalência de casos de doentes com apoio domiciliário é registada entre os doentes com dependência total (50%) e também, que a maior prevalência de casos de doentes sem apoio domiciliário é registado entre os doentes com dependência moderada (93,3% dos casos). Conclui-se existir uma relação de associação entre a independência funcional e apoio domiciliário nos doentes que regressaram ao domicílio próprio (p=0,005). Pelo que é aceite a hipótese enunciada.

Tabela 22– Associação entre independência funcional de doentes que regressaram ao domicílio próprio e redes de apoio.

Indep. Func doentes em domicílio próprio		Com rede de apoio (n = 6; % = 28,6)		Sem rede de apoio (n = 15; % = 71,4)		Total (n = 21; % = 100,0)	
		n	%	n	%	n	%
Dep. Total (0-8)		3	50,0	0	0,0	3	14,3
	Ra		3		-3		
Dep. Grave (9-12)		1	16,7	1	6,7	2	9,5
	Ra		0,7		0,7		
Dep. Moderada (13-19)		2	33,3	14	93,3	16	76,2
	Ra		-2,9		2,9		

($\chi^2 = 9,975$; gl = 2; p = 0,005, Método Monte Carlo, baseado em 20000 simulações amostrais).

Pela análise da tabela 23 verifica-se que a maior prevalência de casos de doentes sem apoio domiciliário é registada entre os doentes com dependência total (50% dos casos), o que é justificado pelo facto dos doentes que regressam ao domicílio familiar terem apoio do cuidador informal. A aplicação do teste de qui-quadrado permite concluir não existir uma relação de associação entre dependência funcional e apoio domiciliário nos doentes que regressaram ao domicílio familiar (p=0,287).

Tabela 23 – Associação entre independência funcional de doentes que regressaram ao domicílio de familiar e redes apoio.

Indep. Func. Doentes em domicílio de familiar		Com rede de apoio (n = 6; % = 37,5)		Sem rede de apoio (n = 10; % = 62,5)		Total (n = 16; % = 100,0)	
		N	%	n	%	n	%
Dep. Total (0-8)		2	33,3	5	50,0	7	43,8
	Ra		-0,7		0,7		
Dep. Grave (9-12)		3	50,0	1	10	4	25,0
	Ra		1,8		-1,8		
Dep. Moderada (13-19)		1	16,7	4	40,0	5	31,2
	Ra		-1,0		1,0		

($\chi^2 = 3,291$; gl = 2; ; p = 0,287 Método Monte Carlo, baseado em 20000 simulações amostrais)

H_{3b}: Existe associação significativa entre o perfil do cuidador informal e a independência funcional do doente.

Por aplicação do teste de Kruskal-Wallis (tabela 24) constata-se que as diferenças de pontuações médias da escala de independência funcional entre os grupos de cuidadores, não são estatisticamente significativas (p>0,05), apesar dos cônjuges (esposas) cuidarem de doentes apresentando maiores valores de ordenação média de independência (22,32),seguido

das filhas (16,15), das noras (11,17) e do cônjuge (marido) com (5,50). Aqui também é rejeitada a hipótese enunciada.

Tabela 24– Teste de Kruskal Wallis: comparação da independência funcional dos doentes em função do seu cuidador

Independência funcional	n	Ordenação Média	χ^2	P
Cônjuge (marido)	1	5,50	7,541	0,057
Cônjuge (esposa)	14	22,32		
Filhas	13	16,15		
Noras	6	11,17		

H_{3c}: Existe relação significativa entre o interesse demonstrado pelo cuidador informal ao ensino e a independência funcional do doente.

Mantendo a aplicação do teste de Mann Whitney constata-se que as diferenças de pontuações médias da escala de independência funcional dos doentes nos dois grupos de interesse demonstrado pelo ensino, não são estatisticamente significativas ($p=0,243$), embora o grupo que recebeu ensino apresente valores de ordenação média mais elevados. Assim é rejeitada a hipótese enunciada

Tabela 25 – Teste de Mann Whitney: comparação da independência funcional dos doentes em função do interesse do cuidador pelo ensino

Independência funcional	n	Ordenação Média	χ^2	P
Sim	43	26,47	109,000	0,243
Não	7	19,57		

5.3 ANÁLISE QUALITATIVA

Como já referido anteriormente e atendendo ao limite de páginas que nos é imposto pelo regulamento de elaboração de relatórios da Escola vamos abster-nos de apresentar com detalhe as informações obtidas através da análise de conteúdo das entrevistas feitas, contudo constarão do trabalho e podem ser consultadas em Apêndice (Apêndice II, Apêndice III).

Além disso, os resultados de maior relevo irão ser incluídos na discussão dos resultados e nas respectivas conclusões.

6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este capítulo é uma etapa fundamental num processo de investigação, dado permitir a discussão e interpretação dos dados apresentados anteriormente dando ênfase aos mais significativos e relacioná-los com a fundamentação teórica.

Relembramos que o nosso principal objectivo pretende identificar as dificuldades que envolvem o doente com alteração da independência funcional, no regresso ao seu meio sócio-familiar.

A discussão dos resultados irá decorrer de acordo com as variáveis seleccionadas e as hipóteses estudadas, realizando uma inter-ligação da Independência Funcional (variável dependente), com as variáveis independentes (sócio-demográficas e clínicas, habitacionais e de suporte social), bem como as dificuldades manifestadas e/ou observadas no cuidador informal.

Os resultados deste estudo mostram que na amostra estudada, a média de idades se situou nos 73,7 anos, sendo estes maioritariamente do sexo masculino (52,0%). A idade vem corroborar os dados apresentados pelo (INE 2009), ao referir que a esperança média de vida para a população portuguesa se situa nos 78,8 anos. Não se processando no entanto o aumento da longevidade de forma equitativa, uma vez que no século XXI vai persistir uma diferença de 6 anos, favorável às mulheres que podem viver em média 81,80 anos (contra os 75,80 dos homens), o que no nosso estudo também se verifica, uma vez que o grupo etário com idades > 82anos é superior nas mulheres (25% *versus* 19,2%).

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. Ideia corroborada também por outros autores, para os quais o aumento da população idosa leva a um acréscimo de pessoas com debilidades físicas e emocionais, em que uma maior longevidade predispõe à dependência funcional. (BRANCO *et al*, 2001; KOUKOULI *et al*, 2002; ROSA *et al*, 2003; MARTINS, 2004; INE).

Este dado também se verifica no nosso estudo, dada a relação de associação entre a idade e a independência funcional, concluindo assim que o aumento da idade está associado a níveis baixos de independência funcional. ($p=0,014$). De facto é na faixa etária dos 82 anos que encontramos a maior percentagem de doentes com dependência total (54%) e

dependência grave (36,6%), enquanto na faixa etária de ≤ 68 anos se verifica a maior percentagem de doentes com dependência moderada (83,3%).

O nosso estudo vem reforçar os pressupostos já enunciados por outros investigadores como por exemplo os realizados por Pavarini e Neri (2000), citado por Andrade (2009), quando referem que os idosos entre os 75 e os 84 anos (25%) apresentam incapacidade moderada e que acima dos 85 anos, a incapacidade é de quatro a cinco vezes maior do que aos 65 anos, subindo para (46%) a percentagem dos indivíduos com incapacidade moderada.

A avaliação que é feita aos doentes no momento do internamento mostra que maioritariamente possuem uma dependência funcional total, sendo esta superior no sexo feminino (95,8% vs 88,5% masculino). Já no momento da alta, o grau de dependência total diminuiu drasticamente para ambos os sexos (masculino 26,9% vs feminino 50%), não se encontrando os doentes tão concentrados nos níveis de dependência total, mas sim com uma distribuição mais dispersa pelos restantes níveis de dependência, nomeadamente no patamar da dependência moderada onde encontramos (50%) dos homens e (37,5%) de mulheres.

No entanto a relação existente entre o sexo e a independência funcional nos elementos do nosso estudo não apresentou diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,059$), embora os valores das ordenações médias do sexo masculino (29,21) sejam superiores às do sexo feminino (21,48), o que nos leva a depreender que existe uma certa tendência para os homens serem mais independentes que as mulheres, contudo como referimos não o podemos generalizar.

Resultados diferentes apresentaram alguns autores, uma vez que comprovaram que o sexo feminino tem uma forte associação com níveis de dependência funcional, com uma probabilidade duas vezes superior à do sexo masculino (BRANCO *et al*, 2001; KOUKOULI *et al*, 2002; ROSA *et al*, 2003; MARTINS, 2004; INE).

Os resultados obtidos demonstram uma melhoria notória na independência dos doentes (homens e mulheres) ao longo do período de internamento, o que nos leva a reconhecer a importância que os programas de reabilitação (associados a outras medidas terapêuticas) têm na promoção da independência funcional do doente. Estes dados vem corroborar os de Cunha *et al* (2007), ao afirmar que o enfermeiro de reabilitação é um dos profissionais que não só pelos conhecimentos técnico-científicos que possui, mas também o que mais tempo permanece próximo do doente capacitando-o para o auto-cuidado, promovendo-lhe o máximo de independência.

No que respeita à localização da residência, a maioria (90%) da população estudada habita em meio rural, repetindo-se a tendência nacional de distribuição dos idosos (INE): contudo não se observaram diferenças estatísticas significativas entre a independência funcional e a localização da residência ($p = 0,82$).

Relativamente ao estado civil e agregado familiar verificamos que (48%) dos doentes da nossa amostra são casados e (46%) viúvos: a maior percentagem de indivíduos casados pertence ao sexo masculino enquanto a viuvez predomina no sexo feminino. Os doentes que vivem com o cônjuge são maioritariamente (61,5%) homens, enquanto que no caso das mulheres só serem (29,2%), mas em contrapartida (25%) vivem sozinhas *versus* (23,1% dos homens) ou com os filhos (37,5%).

Os dados disponibilizados pelo INE (2002), não diferem muito do nosso estudo, uma vez que em (32,5%) das famílias clássicas existentes reside pelo menos um idoso, enquanto (48,1%) das famílias são constituídas só por dois e por apenas um idoso (50,5%), que eram sobretudo mulheres, atendendo a elevada taxa de viuvez e celibato feminino.

A análise da relação entre a independência funcional, o estado civil e agregado familiar, do nosso estudo revela inexistência estatisticamente significativa ($p > 0,05$), entre as variáveis, no entanto para alguns autores a viuvez constitui um factor de risco para a dependência nas AVD's e mobilidade, com uma probabilidade 3,3 vezes superior para se tornarem dependentes, (Rosa et al, 2003; Brink, 2004; cit in Cunha et al, 2007). De referir que esta opinião não é consensual pois outros autores apresentam opiniões opostas, ao verificarem que as pessoas que moram sozinhas se revelam mais independentes Hérbert et al (1999, cit in Cunha et al, 2007).

Reportando-nos às habilitações literárias, cerca de metade da nossa amostra tem o 1º ciclo de estudos (48,0%), sendo a maior percentagem no sexo masculino (53,8%) que no feminino (41,7%): saliente-se ainda que (22%) dos idosos não sabe ler nem escrever e (24%) sabe apenas assinar o seu nome, não tendo portanto concluído qualquer ciclo de estudos, facto com maior representatividade no sexo feminino (58,3%).

Dados corroborados pelos Censos (2001) que também nos revelam, que mais de metade (55,1%) da população com idade igual ou > 65 anos não apresenta qualquer nível de

instrução, sendo esta proporção superior no caso das mulheres (64,7%, versus, 41,3% homens).

Desta feita podemos concluir, que estamos perante uma população com baixo nível educacional, sendo o grupo das mulheres maioritariamente iletrada, facto compreensível atendendo à moldura sócio-cultural que durante anos prevaleceu na nossa sociedade. Ao analisarmos esta correlação, verificámos que existe uma associação estatisticamente significativa, entre a Independência Funcional e as habilitações literárias ($p=0,029$), em que a um menor nível de Independência Funcional (dependência total 54,5%) correspondeu um menor nível de instrução. Dados que são corroborados por outros autores, em que para um maior nível de instrução corresponde um maior nível de independência funcional, (CUNHA et al, 2007; BURNAY, 2011).

Estes autores referem ainda que os baixos níveis educacionais e socioeconómicos têm particular impacto no envelhecimento das mulheres portuguesas, dado que estes contribuem de forma positiva para um envelhecimento saudável e bem sucedido.

Os elementos da nossa amostra é maioritariamente rural, possuem baixo poder económico, uma vez que o grupo profissional com maior representatividade corresponde aos agricultores, com uma percentagem superior de homens (57,7% versus 45,8% mulheres), seguindo-se o pessoal operário e artífice (26,9% homens, 8,3% mulheres). É também no grupo das mulheres que encontramos também uma representação significativa de trabalhadores não qualificadas (33,3%).

Dados esses que vão de encontro ao INE (2002) em que a maior representatividade corresponde aos trabalhadores da agricultura e pecuária (69,0% homens e 73,5% mulheres), bem como nos trabalhadores não qualificados em que (10,2%) são mulheres.

Apesar do nosso estudo identificar o pessoal operário e o pessoal dos serviços e vendedores como os grupos profissionais que apresentam valores de ordenação média de independência funcional mais elevados, logo mais independentes, no entanto não se verificou uma relação estatisticamente significativa entre os valores médios da independência funcional e a profissão ($p=0,102$). Contrariamente a outros autores que verificaram que a profissão de dona de casa (trabalho não qualificado), o analfabetismo, a reforma está associado a dependência funcional moderada/grave, Rosa et al (2003, cit in Mascarenhas et al, 2010).

As patologias incapacitantes encontradas no nosso estudo são maioritariamente as doenças cérebro-vasculares (70%), especialmente representativas no sexo masculino (73,1%), seguidas dos tumores (cabeça/coluna), embora com representatividade semelhante (12,5%) nas mulheres e (11,5%) nos homens: já as patologias degenerativas dos discos (cervicais/intervertebrais) têm maior incidência nas mulheres do que nos homens (12,5% vs 7,7%).

Esta constatação está em consonância com os dados da DGS (2006), quando confirma que a prevalência do AVC aumenta com a idade, sendo uma das principais causas de grave deficiência e morte na União Europeia incluindo Portugal.

Não obstante as diferenças verificadas nos doentes com tumores (cabeça/coluna), e patologia degenerativa dos discos cervicais/intervertebrais, que demonstraram valores médios superiores de independência funcional (14 e 15,4 respectivamente), constatamos que não existe relação estatisticamente significativa entre a independência funcional e as patologias incapacitantes, não permitindo desta forma a sua generalização ($p=0,336$).

Ao indagarmos sobre o local de residência do doente idoso após o internamento, verificámos que a sua opção tem em linha de conta diversos factores, nomeadamente o grau de dependência, o tipo de apoio que necessita e ainda as possibilidades/capacidades que a família apresenta aos níveis económicos, de tempo, físicos e cognitivos. Estes factores no seu conjunto são em nosso entender elementos fundamentais na reintegração do doente no seu habitat natural e o Enfermeiro Especialista de Reabilitação é um elemento chave nesta avaliação, uma vez que é da sua função proceder à respectiva apreciação e auxiliar a família na decisão da melhor opção, garantindo a continuidade dos cuidados.

Alguns autores defendem a capacidade funcional da pessoa idosa como factor fundamental, estando esta directamente relacionada com a probabilidade do idoso ter capacidade em continuar a viver na sua própria casa e na sua comunidade, (RIBEIRINHO, 2005; REBELATTO E MORELLI, 2004). Corroboram da mesma opinião autores como Leitão e Freitas (2007), ao defenderem que a institucionalização deverá ser encarada pelas famílias como um último recurso para resolver o problema da dependência, uma vez que o domicílio continua a ser o *habitat*, o meio ambiente onde o idoso se identifica, em que se sente mais seguro, e portanto o local privilegiado na promoção da sua autonomia.

Estas opiniões foram de encontro aos resultados do nosso estudo, onde se verifica ser o domicílio do próprio, o local de residência mais representado (42%), após o internamento, seguido do domicílio de familiar (32%). Uma percentagem menos significativa de doentes foi institucionalizada (20%) em UCC e (4%) em lares. Confrontando estes dados com o grau de dependência dos doentes que regressaram ao seu domicílio, verificamos que (76,5%) apresentavam dependência moderada, os que regressaram para casa dos familiares (43,8%) apresentavam dependência total, (31,2%) dependência moderada e (25%) dependência grave.

Já em relação aos doentes institucionalizados (UCC, lares), a maioria (69,2%) apresentava dependência total, (23,1%) com dependência grave e (7,7%) dependência moderada. A análise da correlação destas variáveis permite-nos concluir que no nosso estudo existe uma associação significativa entre a independência funcional e o regresso ao domicílio ($p=0,001$).

Num estudo realizado pelo MTSS (2009) concluíram que, as respostas sociais continuam a dirigir-se maioritariamente aos idosos (52,3%), tendo o Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) apresentado a maior taxa de crescimento (87,5 %) seguido -se da Residência e Lar de Idosos (76 %) e do Centro de Dia (44,4%). Verificando-se ainda que um em cada três clientes destas redes são dependentes ou grande dependente.

Porém, como referido anteriormente existem outros factores que condicionam o regresso do doente ao domicílio, entre eles as acessibilidades habitacionais, uma vez que a independência funcional de um doente pode ser seriamente dificultada por algumas barreiras arquitectónicas. Estas dificuldades foram sentidas várias vezes por alguns familiares em expressões do tipo “ *as escadas dificultam*”, e “ *tenho receio que ele caia das escadas*” (Apêndice II).

Face a este contexto não nos surpreendeu que na nossa amostra 5 dos doentes necessitassem de alterar as escadas no interior e/ou exterior, enquanto 3 precisaram de alterar o espaço interior e apenas 1 de alterar a casa de banho.

Verificamos também existir necessidade em melhorar a acessibilidade de escadas no interior e/ou exterior em (44,2%) de doentes com dependência moderada e em (37,2%) deles com dependência total, contudo apenas um deles com dependência total possuía elevador na habitação. Feitos os testes de correlação destas variáveis no nosso estudo concluímos não

existir uma associação estatisticamente significativa entre a acessibilidade e independência funcional ($p=0,56$).

Dados contrários têm sido publicados por outros autores ao verificarem que associado às alterações da independência funcional, ambiente físico e a existência de barreiras arquitectónicas (escadas, degraus, pisos escorregadios, iluminação deficiente) e ergonómicas, (sofás excessivamente fundos, moles e baixos, armários e camas demasiado altas), também acabam por exercer uma influência relevante na manifestação da dependência. (PAVARINI e NERI, 2000 Cit. in ANDADRE, 2009; RIBEIRINHO, 2005; REBELATTO E MORELLI, 2004).

Os doentes que tiveram necessidade de adaptar a sua habitação apresentam valores de ordenação média de independência funcional mais baixos, ou seja apresentavam-se mais dependentes do que aqueles que não tiveram essa necessidade, o que nos indica existir uma relação estatisticamente significativa entre a adaptação habitacional e a independência funcional ($p=0.019$). Este sentimento é reforçado pelos cuidadores conforme se pode comprovar pelas expressões referidas por alguns familiares: “*ainda falta alargar as portas ou então, “só o posso levar quando as obras do w.c estiverem prontas”.*” (Apêndice II).

Quanto ao tipo de alterações efectuadas na habitação não se verificou uma relação estatisticamente significativa ($p=0,339$), embora uma análise mais cuidada, permita evidenciar que os doentes que efectuaram alteração de escadas na sua habitação, apresentem valores de ordenação média de independência funcional mais baixos relativamente aos que alteraram apenas o espaço interior e o wc., o que nos leva a deduzir que as escadas comprometiam a autonomia destes, pois com níveis baixos de independência funcional torna-se difícil ultrapassar obstáculos.

No que respeita à caracterização das redes de apoio avaliadas no 1.º dia de internamento observamos que 3 doentes (2 homens) usufruíam de (SAD), 1 de (CD) e 2 apoio dos vizinhos. No momento da alta houve apenas um aumento no recurso ao SAD, que passou para 8 doentes (4 mulheres e 4 homens).

No entanto numa observação mais pormenorizada conseguimos perceber a relação existente entre as redes de apoio, (mas apenas para os doentes que regressaram à sua residência ou à de familiares) e a independência funcional. Assim verificamos que nos doentes que regressaram ao seu domicílio, a maior prevalência de casos de doentes com SAD

é registada entre os doentes com dependência total (cerca de metade), nos doentes sem SAD maioritariamente apresentam dependência moderada. Verificámos ainda existir uma relação de associação entre o apoio domiciliário e a independência funcional nos doentes que regressaram ao domicílio próprio ($p=0,004$). Esta relação é também reforçada pelos cuidadores como também podemos verificar pelos testemunhos por parte de alguns familiares: "...necessitava de mais apoio, ...apoio domiciliário.." (Apêndice II).

Relembre-se que ao regressarem ao domicilio o cuidador informal é muitas vezes o cônjuge também ele já idoso e com limitações funcionais.

A literatura tem demonstrado que o desenvolvimento do SAD, veio adiar a institucionalização do idoso, em alternativa às respostas convencionais, uma vez que este assegura a satisfação das necessidades básicas dos doentes, potenciando a sua autonomia. Na opinião de Pietrukowicz (2001, cit in Cunha *et al* 2007) as redes de apoio contribuem para a manutenção do bem – estar, constituindo-se como factor positivo na prevenção da doença e manutenção da saúde.

Já no que diz respeito à relação existente entre o apoio domiciliário e a independência funcional nos doentes que regressaram ao domicílio do familiar, verificamos não ser estatisticamente significativa ($p=0,287$). Os doentes que regressaram ao domicílio do familiar sem SAD, apresentam maioritariamente dependência total, o que pode ser justificado pelo facto destes terem apoio da família, uma vez que esta representa a instituição mais antiga no cuidar, podendo o cuidador informal contar com a colaboração do cuidador secundário, conforme a opinião de Lage (2007). Aliás isto vai de encontro a alguns testemunhos relativos ao apoio fornecido pela família: "*filha e neta auxiliavam nas AVD's*", ou "*a esposa tinha o apoio dos filhos para cuidar do marido*", ou ainda "*o pai foi viver para casa de uma das filhas, a outra dava apoio.*" (Apêndice II).

Conhecer o perfil do cuidador informal, é no caso do nosso estudo um aspecto fundamental: estes podem ser designados como cuidadores primários já que são os principais responsáveis pelos cuidados prestados ao seu familiar dependente, exercendo uma actividade não remunerada. Existem no entanto os cuidadores secundários, que são os que prestam cuidados de uma forma suplementar, sendo habitualmente o cônjuge ou o filho(a) do cuidador primário (LAGE, 2007). Constatamos assim no nosso estudo que (44,1%) dos cuidadores informais do doente são os respectivos cônjuges, seguido das filhas (38,2% vs noras 17,6%). O que vai de encontro ao Modelo Hierárquico de Shanas (1979, cit.in LAGE, 2007), ao referir

que este papel é assumido inicialmente pelo cônjuge, seguindo-se dos filhos, na impossibilidade destes o papel é assumido por outros familiares, prosseguido dos vizinhos e/ou amigos.

Também Santos (2008), no que diz respeito ao nível de parentesco do familiar cuidador, aponta para que os cônjuges (mulheres) sejam a principal assistência, na ausência destes são as filhas que assumem o papel de cuidadoras, no caso de não haver filhas, será o filho, que por sua vez transfere a responsabilidade para a esposa (nora), na inexistência de familiares, tornam-se cuidadores os amigos e/ou vizinhos.

Pode-se então depreender que, são maioritariamente os familiares do sexo feminino, a responsabilizarem-se pelos cuidados ao doente, o que também vai de encontro aos estudos de alguns autores (MOREIRA, 2001; RIBEIRO, 2004; IMAGINÁRIO, 2005; CERQUEIRA, 2005; MARTINS, 2006; PINTO, 2007; Cit. in CASTRO, 2008). No nosso estudo verificou-se de igual modo um número considerável de cônjuges mulheres a serem cuidadoras informais, o que não nos surpreendeu atendendo à percentagem elevada (48,1%) de casais idosos, o que também esta de acordo com os dados do INE (2002).

A relação existente entre o perfil do cuidador informal e a independência funcional do doente, não se revelou estatisticamente significativa ($p=0,057$), apesar de verificarmos que os cônjuges (esposas) cuidam de doentes mais independentes em relação às filhas e ao cônjuge marido. Esta circunstância poderá ser explicada pelo facto de a esposa idosa também apresentar limitações funcionais que dificultam a prestação de cuidados, já que na opinião de alguns autores o sexo feminino apresenta uma forte associação à dependência funcional (BRANCO *et al*, 2001; KOUKOULI *et al*, 2002; ROSA *et al*, 2003; MARTINS, 2004).

No nosso estudo apenas um marido desempenha o papel de cuidador informal, o que vem corroborar outros autores, ao referirem que estes, embora em menor número, também assumem o papel de cuidadores informais, prestando todo o tipo de cuidados pessoais e tarefas domésticas, bem como apoio emocional e instrumental. (MIZUNO e KINUKO, 2005; RIBEIRO, 2005 e LAGE, 2007). Este apoio por parte do marido pôde ser comprovado durante o internamento da doente: “o marido apoiava muito a esposa incentivando-a nas AVD’s”, referindo “sou o marido tenho de cuidar dela”, apoio esse realizado possivelmente por dever, obrigação, por considerar fazer parte do seu papel conjugal (Apêndice II e Apêndice III).

Não obstante a importância que o ensino tem para o cuidador informal, no nosso estudo não se verificou relação estatisticamente significativa, entre o interesse demonstrado pelo cuidador informal ao ensino e a independência funcional do doente, ($p=0,243$), no entanto os valores de ordenação média de independência funcional são superiores no grupo em que o CI recebeu ensino. Factor que pode estar associado a uma prevalência de visitas diárias por parte dos respectivos cônjuges e filhas, nas quais a participação, mesmo que reduzida, em pequenas actividades com o doente, como auxiliar nas refeições incentivando-o, ajeitar as almofadas, estimular a comunicação, acaba por promover a auto-estima do doente, estimulando a sua autonomia.

Também Ribeirinho (2005) corrobora da nossa opinião ao considerar a autonomia essencial para o desempenho das AVD's, dado que a habilidade para desempenhar estas actividades tem impacto directo sobre a independência. Foi neste sentido que optámos por realizar também ensinamentos ao cuidador informal, sobre cuidados ao doente, de forma a percebermos em que medida a (in)dependência funcional do doente era factor impeditivo do seu regresso ao domicilio.

Os ensinamentos, incidiram essencialmente na alimentação oral (16,8%), que ia desde sentar correctamente o doente até à promoção da sua autonomia; transferências cama/cadeira e vice-versa (13%); treino de marcha, com auxílio de 3ª pessoa e/ou ajudas técnicas (11%); em numero mais reduzido temos os posicionamentos (7%), a alimentação por SNG (4,6%), e a higiene no leito (2,6%), (Apêndice VI).

Também os dados apresentados por Baia (2010), vão de encontro ao nosso estudo ao mostrar que os ensinamentos ao familiar cuidador com maior evidência dizem respeito: ao posicionamento do doente (52%); alimentação (48%); cuidados de higiene (44%); deambular (20%). Contudo o estudo realizado por Chaves (2010), vai mais longe ao demonstrar a importância do ensino/treino das AVD's ao cuidador informal, uma vez que as actividades mais frequentemente realizadas por este no domicilio incidem essencialmente sobre: auxiliar no banho (88,4%); ajudar a vestir (86%); ajudar a despir (81,4%); auxiliar para sair da cama/transferência (69,8%); ajudar para sentar e levantar (58,1%); auxiliar para subir e descer escadas (41,9%); auxiliar na deambulação (32,6%); ajudar a virar-se na cama (30,2%); preparar e servir a alimentação (27,9%). O referido autor é da opinião que, não adianta querer manter o doente/idoso no domicílio sob os cuidados da família, quando esta não se encontra preparada para tal função.

No entanto não podemos deixar de salientar a relevância do ensino na promoção e continuidade de cuidados ao doente no domicílio, uma vez que aquisição de conhecimentos/competências por parte do CI, pode prevenir a institucionalização precoce.

Podemos constatar no nosso estudo, que apesar de apenas 4 CI se mostrarem interessados em cuidar do seu familiar com dependência total, realizando obras no domicílio (*“alargamento das portas, w.c.”*) aquisição de material (*“cama eléctrica/articulada”*), aprenderem a alimentar o doente por SNG, a posicionar, a transferir, bem como a higiene no leito (Apêndice II), a preparação da alta assegurou a continuidade dos cuidados de modo a satisfazer as necessidades básicas afectadas, para a reintegração do doente /idoso no seio meio sócio-familiar. Concordamos também com Nunes (2008), quando diz que a alta não significa a total recuperação do doente e por isso é fundamental garantir a continuidade dos cuidados, quer seja pela família, quer por instituições de saúde e/ou sociais.

Torna-se então fundamental que o enfermeiro ao longo do internamento vá estando atento aos sinais que estes (doente, CI) nos vão dando, nomeadamente aos registos que são feitos pela equipa do tipo: *“doente vive sozinha, não tem familiares próximos”*; *“marido refere não poder tomar conta da esposa”*; *“fica a viver com a nora enquanto necessitar de ajuda nas AVD’s”*; *“filha trabalha, de dia a mãe vai para CD”*, de modo que o planeamento da alta vá de encontro às reais necessidades do doente e família (Apêndice II e Apêndice III).

Nesta linha de pensamento, perante a avaliação da situação, cabe ao enfermeiro verificar quais os factores condicionantes que envolvem as famílias, não as podendo responsabilizar na íntegra pela solidariedade para com os seus familiares dependentes, mas sim conseguir um equilíbrio entre o apoio informal (familiares, amigos, vizinhos) e o apoio formal (profissionais qualificados), podendo desta forma as relações entre estes dois tipos de redes de suporte ser de complementaridade ou de substituição, (*“esposa idosa necessita de SAD para cuidar do marido”*; *“vizinha fica com a mãe quando a filha precisa de sair”*; *doente já vivia sozinho com apoio SAD*” *“marido doente oncológico, esposa com dependência, ponderar institucionalização”*; *“já cuidava dela, mas agora necessitava SAD, devido ao grau dependência”*(RIBEIRINHO,2005; LAGE, 2007; MTSS, 2009). (Apêndice II e Apêndice III).

Em suma a interacção dos CI com os cuidados formais permite que a sobrecarga destes não seja tão penosa e desgastante, garantindo melhores cuidados. No entanto nem sempre isso é possível quer por inexistência de familiares, ou pela precisão de cuidados

diferenciados, com necessidade de institucionalização, nomeadamente em diversas valências da RNCCI, em que a sua filosofia visa a manutenção das funções básicas, assim como adequar os cuidados às necessidades de reabilitação, recuperando a autonomia para as AVD's, reduzindo assim o grau de dependência. (MTSS, 2009).

7 CONCLUSÕES E SUGESTÕES

Na sociedade actual assiste-se cada vez mais a um aumento da longevidade, embora o processo de envelhecimento não seja sinónimo de doença e dependência, potencia no entanto a limitação progressiva das suas capacidades na satisfação das necessidades básicas com independência e autonomia, tornando o idoso dependente de um cuidador.

Não obstante o papel da família estar em mudança, sempre que haja possibilidade desta prestar cuidados à pessoa dependente, a única forma de proporcionar essa continuidade será através do cuidador informal.

Considerando então o CI como o elemento fulcral na continuidade de cuidados, o impacto na saúde do doente/idoso depende da forma como este desempenha o seu papel. Para tal é fundamental que este receba apoio, formação, treino de competências por parte do enfermeiro (em especial o de reabilitação), o qual na opinião de Baia (2010) desempenha uma importante função pedagógica ao nível da educação do doente e sua família, tanto no internamento, como no momento da alta.

O presente estudo pretendia então reflectir estas duas vertentes: por um lado as dificuldades (ou incapacidades) que envolvem o doente com alteração da independência funcional, no regresso ao seu meio sócio-familiar e por outro, em que medida as redes de apoio (formal/informal), a preparação para a alta foram factores facilitadores.

Deste modo e tendo em atenção os objectivos deste trabalho, bem como as hipóteses formuladas, extraímos as seguintes conclusões:

- A população estudada é maioritariamente masculina, com uma média de idades de 73,7 anos.
- Quanto ao estado civil, são predominantemente casados a viver com o cônjuge em zona rural, habilitados com o 1º ciclo de estudos e mantendo como actividade predominante a agricultura.
- A patologia incapacitante predominante inclui-se no grupo de doenças cerebrovasculares, tendo no nosso caso maior incidência nos indivíduos do sexo masculino.

Independência funcional e Regresso ao Domicílio

- No momento da alta o destino residencial com maior representatividade é o próprio domicílio (42%), seguindo-se domicílio de familiares (32%) e a institucionalização para uma menor percentagem UCC (20%) e em Lar (4%).
- Verificamos que a maioria das habitações dos nossos doentes possui barreiras arquitectónicas, com necessidades de adaptação sobretudo aos níveis das escadas (55,6%) e espaços interiores (33,3%). No entanto apenas uma pequena percentagem as efectuou.
- A avaliação feita aos utentes no momento da admissão ao hospital mostra que a maioria (92%) apresentava dependência funcional total, reflectindo-se este predomínio no sexo feminino.
- Contrariamente, no dia da alta a percentagem de doentes com dependência total tinha diminuído drasticamente para (38%), prevalecendo os doentes com dependência moderada, maioritariamente no sexo masculino.
- Relativamente ao perfil do cuidador informal, verificamos serem os cônjuges (mulheres), que maioritariamente desempenham esse papel, seguindo-se as filhas.
- O mesmo se verifica com a prevalência das visitas diárias ao familiar internado, em que maioritariamente são realizadas pelo cônjuge, seguindo-se as filhas.
- No que diz respeito ao interesse/disponibilidade demonstrado pelo cuidador informal relativamente aos ensinamentos, sentimos que este partia de uma forma mais espontânea por parte das filhas, do que propriamente dos cônjuges.
- Os ensinamentos que apresentaram maior representatividade estão ligados a actividades do tipo: alimentação, transferências (cama/cadeira e vice-versa), treino de marcha e prevenção de quedas com a mesma percentagem e posicionamentos.
- Quanto às redes de apoio formal, verificamos que uma pequena percentagem dos doentes da nossa amostra já usufruía de algumas delas na admissão ao internamento, destacando-se o apoio domiciliário, porém no momento da alta a sua procura teve um acréscimo.
- As principais dificuldades manifestadas pelos cuidadores informais (obtidas através das entrevistas/observações) são variadas de acordo com as circunstâncias pessoais contudo merecem destaque: a impossibilidade de cuidar dos pais, em virtude da

actividade profissional; a necessidade de apoio formal e /ou informal na partilha dos cuidados; necessidade de aquisição de material (cama eléctrica/articulada, cadeira higiénica); falta de condições habitacionais e existência de barreiras arquitectónicas para receber pessoas com dependência funcional, sobrecarga do cuidador (mais do que um familiar dependente), e ainda limitações funcionais por parte do cuidador uma vez que em muitos casos este é também idoso.

Na análise de associação entre as variáveis do nosso estudo, constatamos a existência de relações significativas entre:

- A idade e a independência funcional, em que o aumento da idade está associado a níveis baixos de independência.
- As habilitações literárias e a independência funcional, em que a um menor nível de instrução corresponde um menor nível de independência funcional.
- O regresso ao domicílio e a independência funcional, no nosso estudo a maioria dos doentes que regressaram ao domicílio apresentavam dependência moderada, enquanto os que foram institucionalizados maioritariamente apresentavam dependência total.
- As redes de apoio quando o doente regressa ao próprio domicílio aumentam proporcionalmente à independência funcional, em que a maior prevalência do SAD é registada em doentes com dependência total.

Contrariamente, verificámos que noutras variáveis não existia relação estatística significativa, destacando-se, por não influenciar a independência funcional: o sexo; local de residência; estado civil e agregado familiar; a profissão; a patologia incapacitante; as acessibilidades; necessidade de adaptar a habitação; o tipo da adaptação na habitação; as redes de apoio quando o doente regressa para o domicílio de familiares; o perfil do cuidador informal; as visitas efectuadas pelo cuidador informal e o interesse demonstrado pelo cuidador informal aos ensinos.

Não podemos deixar de salientar, que apesar dos ensinos realizados ao CI sobre cuidados a doentes com dependência total/grave, não mostrarem uma associação estatisticamente significativa na independência funcional do doente, estes proporcionaram a aquisição de competências por parte do cuidador informal, de forma a garantir a continuidade dos cuidados no domicílio.

Durante o nosso estudo podemos constatar que a família apesar de retratar a instituição mais antiga no cuidar, tem sofrido alterações ao longo dos tempos, se por um lado se defende

que o idoso deva permanecer no seu domicílio, no meio ambiente onde se identifica, local mais privilegiado na promoção da sua autonomia, por outro lado assistimos cada vez mais à situação de idosos a cuidarem de idosos, em que a institucionalização vista muitas vezes como o último recurso, se tornará inevitável.

Em jeito de conclusão, pensamos que este estudo longitudinal, apesar das limitações inerentes a uma amostra por conveniência, veio confirmar a importância do papel do enfermeiro de reabilitação como elemento chave na promoção da independência funcional do doente/idoso no regresso ao domicílio. A educação para a saúde faz parte das funções inerentes dos enfermeiros, citando Soeiro (1992) *“O principal papel do formador não reside nos conhecimentos e técnicas que transmite, mas na semente que lança para fertilizar o terreno.”* Assim estes devem reconhecer as necessidades de aprendizagem do doente e família de forma a capacitá-los para a reinserção na comunidade, bem como colaborar para a conformação das redes de apoio formal e/ou informal de acordo com o nível de (in)dependência funcional.

Com a elaboração deste trabalho constatamos que a independência funcional do doente e as redes de apoio (formal/informal) tiveram influência no seu regresso ao domicílio, levando-nos assim a deixar algumas sugestões:

- Realização de um estudo aos cuidadores informais para saber em que medida os ensinamentos facilitaram a continuidade dos cuidados, quais as principais dificuldades, o número de reinternamentos.
- Efectuar um estudo longitudinal aos doentes que regressaram ao domicílio (próprio e/ou familiar) de forma a comparar o nível de independência funcional no momento da alta e o actual, que programa de reabilitação efectuaram.
- Facultar ao cuidador informal informação das diferentes redes de apoio existentes, às quais podem recorrer inclusive para descanso do próprio cuidador, bem como da diversidade de equipamento facilitador nos cuidados.
- Desenvolver acções de sensibilização em autarquias, de forma que em parceria com a população possam melhorar as acessibilidades/barreiras arquitectónicas.
- Fomentar o envelhecimento saudável através de sessões educativas, de modo a promover a autonomia pelo maior tempo possível, permitindo ao idoso continuar a viver na própria casa e na sua comunidade.

Com o crescente envelhecimento populacional, a preocupação com a capacidade funcional, associada a factores de ordem social, familiar, financeiro, cognitivo, torna-se cada vez mais premente, na medida em que esta ocasiona maior vulnerabilidade, dependência e diminuição da qualidade de vida. É de facto imprescindível conhecer todos os factores que envolvem todo o processo de envelhecimento, de forma a promover novas e melhores abordagens preventivas, curativas e de continuidade de cuidados, no sentido de responder adequadamente às necessidades de saúde da população idosa.

Esperamos com este estudo ter contribuído para dar resposta às questões levantadas, esclarecendo em que medida a promoção da independência funcional contribuiu para a recuperação da autonomia e consequentemente da qualidade de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ⇒ ALVES, Marcia Lucia Sousa Dias - **Sufrimento do doente oncológico com necessidade de cuidados paliativos e sobrecarga do cuidador informal** [em linha]. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa 2010. 139p. Dissertação de Mestrado em Cuidados Paliativos, apresentado à Universidade Nova de Lisboa [consult. 24 Maio 2011]. Disponível em: WWW:<URL: http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2752/1/605762_Tese.pdf
- ⇒ ANDRADE, Fernanda Maria Mendes - **O Cuidado Informal à Pessoa Idosa Dependente em Contexto Domiciliário: Necessidades Educativas do Cuidador Principal**. Minho: Instituto de Educação e Psicologia 2009. 323p. Universidade do Minho.
- ⇒ ARAÚJO, Fátima; RIBEIRO, José Luís País; OLIVEIRA, António; PINTO, Cristina - **Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados** Revista Portuguesa de Saúde Pública Vol. 25, N.º 2 (Julho/Dezembro2007)
- ⇒ BAIA, Patrícia Raquel - **Doente com AVC: Dificuldades da família**. [em linha]. Porto: Faculdade de Ciências da Saúde Porto 2010. 91p. Projecto de Graduação apresentado à Universidade Fernando Pessoa, para a obtenção do grau de licenciado em Enfermagem, na Faculdade de Ciências da Saúde, do Porto [consult. 25 Maio 2011]. Disponível em WWW:<URL: https://bdigital.ufp.pt/dspace/bitstream/10284/1851/3/MONO_16599.pdf
- ⇒ BATTINI, Elissa; MACIEL, Evelise Martinelli; FINATO, Mariza da Silva Santos – **Identificação de variáveis que afectam o envelhecimento: análise comportamental de um caso clínico**. Estudos de Psicologia [em linha]. Vol. 23, nº 4 (2006). [consult. 24 Janeiro 2011]. Disponível em WWW:<URL: <http://scielo.bvs-psi.org.br/scielo.php?script>
- ⇒ BRANCO, Maria João; NOGUEIRA, Paulo Jorge; DIAS, Carlos Matias – **MOCECOS: uma observação dos cidadãos idosos no princípio do século XXI**. Lisboa: ONSA, 2001.
- ⇒ BURNAY, Rita Maria Pires Pisani: **A passagem à reforma**. [em linha] Lisboa: Universidade Nova de Lisboa. 2011. 97p. Dissertação de mestrado apresentado à

Faculdade de Ciências Médicas | Universidade Nova de Lisboa. Um estudo exploratório sobre mulheres profissionalizadas na sociedade portuguesa. [consult. 6 Junho 2011] WWW:<URL: run.unl.pt/bitstream/10362/5638/1/Burnay%20Rita%20TM%202011.pdf

- ⇨ CABETE, Dulce Gaspar – **O Idoso, a doença e o hospital**. Loures: Lusociência, 2005
- ⇨ CASTRO, Susana Cristina Pereira – **Como Aprende o cuidador Informal do Doente Oncológico em Fase Terminal a Cuidar no Domicílio**. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar do Porto 2008.178 p. Dissertação de Mestrado em Ciência de Enfermagem apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar do Porto
- ⇨ CHAVES, Luciano José – Perfil do Cuidador Domiciliário do idoso. Artigo realizado nas unidades Básicas de Saúde de Vila Floresta pertencente ao grupo Hospitalar de Conceição Porto Alegre. Brasil (25/08/2010) [em linha]. [consult. 24 Maio 2011]. Disponível em: WWW:<URL: portaldoenvelhecimento.org.br/.../perfil-do-cuidador-domiciliario-de-idosos.html
- ⇨ CIPE/ ICNP - Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem: Cipe Versão 1.0 .Tradução da Ordem dos Enfermeiros, coordenação. Lisboa: Conselho Internacional de Enfermeiros; 2006
- ⇨ CUNHA, Cristina; MONTEIRO, Elsa; RIBEIRO, Graça; AMARAL, Maria; MARTINS, Teresa – **A Importância da Enfermagem de Reabilitação no Cuidar de Idosos**. Viseu: Instituto Politécnico de Viseu 2007. 168 p. Trabalho de Investigação realizado no I curso de pós-licenciatura de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, apresentado à Escola Superior de Saúde de Viseu, do Instituto Politécnico de Viseu.
- ⇨ DECRETO – LEI nº 265/99 de 14 Julho. Complemento por Dependência. Diário da República, nº162 Série I, Parte A de 14/7/99.
- ⇨ DIAS, Celina - O Papel do Enfermeiro Especialista em Reabilitação na Promoção da Mobilidade na Pessoa Idosa. Funchal: [s.n.] 2008
- ⇨ FERREIRA, Sérgio Miguel Mateus - **Papel dos Cuidadores Informais ao idoso com doença de Alzheimer**. Aveiro: Universidade de Aveiro 2008, 163p. Dissertação de Mestrado em Geriatria e Gerontologia.
- ⇨ FORTIN, Marie-Fabienne – **O processo de investigação: da concepção à realização**. Loures: Lusociência, 2003 3ª edição. ISBN 972-8383-10-X.

- ⇒ HAREL, François – **Análise estatística dos dados**. In FORTIN, Marie- Fabienne- O processo de investigação : da concepção à realização. Loures: Lusociência, 2003. P.269-304.
- ⇒ HOUT, Réjean – **Métodos Quantitativos para Ciências Humanas**. Lisboa: Instituto Piaget, 2002
- ⇒ IMPERATORI, Emilio – **Mais de 1001 conceitos para melhorar a qualidade dos serviços de saúde**. Lisboa: Edinova, 1999.p.99;221;367
- ⇒ **INFOPÉDIA** [em linha] Disponível em WWW:<URL: **<http://www.infopedia.pt/lingua-portuguesa-ao/independ%C3%Aancia>** [consult. 6 Março 2011]
- ⇒ KOUKOULI, S.; VLACHONIKOLIS, I. G.; PHILALITHIS, A. – Socio-demographic factors and self reported functional status: the significance of social support. BMC Health Serv. Res. [em linha]. Vol. 2, nº 20 (2002) [consult. 24 Nov. 2010]. Disponível em WWW:<URL: <<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/2/20>>.
- ⇒ LAGE, Maria Isabel Gomes de Sousa – **Avaliação dos cuidados informais aos idosos: estudo do impacte do cuidado no cuidador informal**. Porto: Universidade do Porto. 2007.424p. Tese de doutoramento em Ciências de Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, apresentado na Universidade do Porto.
- ⇒ LEITÃO, Maria Carlos e FREITAS, José Manuel Nóbrega Ferreira - **Apoio Domiciliário Interdisciplinar Integrado**. Madeira: Universidade Atlântica da Madeira 2007. 38p. Relatório de Dissertação realizado no curso de pós-graduação de cuidados continuados de saúde, na Universidade Atlântica da Madeira
- ⇒ LEVINE, C. ET AL. - This Case Is Closed: Family Caregivers and the Termination of Home Health Care Services for Stroke Patients. The Milbank Quarterly, EUA. Vol. 84, nº 2, (2006) p.305 – 331.
- ⇒ LOUREIRO, Marli [et al.] – As actividades de vida diária e ajudas técnicas nos grandes idosos, diagnóstico de situação. Geriatrics. Lisboa. Vol. 3, nº 15 (Maio/Junho 2007), p. 50-58.
- ⇒ MAHONEY, F. I., BARTHEL, D. W. — Functional evaluation :the Barthel Index. Maryland State Medical Journal. [S.l:sn.] Nº14 (1965) p. 61-65.

- ↪ MASCARENHAS, Claudio Henrique Meira; CAMPOS, Shirley Lima; AZEVEDO, Leonardo Malta; JUNIOR, Noedilson Menezes dos Reis – Avaliação Funcional de idosos com osteoartrite do joelho submetidos a tratamento fisioterapêutico. Revista Baiana Saúde Pública Miolo.indd [s.n] Vol. 34, n.2, (abr./jun. 2010) p. 254-266. [em linha] [consult. 13 Mar. 2011] disponível em WWW:<URL: bvs.br/upload/S/0100-0233/2010/v34n2/a1796.pdf
- ↪ MARQUES, Sónia Catarina Lopes- **Os Cuidadores Informais de doentes com Acidente Vascular Cerebral**. Coimbra: Formasau, 2007.
- ↪ MARTINS, Rosa Maria Lopes – Enfermagem de Reabilitação. Uma variável chave na promoção da saúde dos idosos. Revista Sinais Vitais. Coimbra. Nº 46 (Janeiro 2003), p. 55-58.
- ↪ MARTINS, Rosa Maria Lopes – **Qualidade de Vida dos Idosos da Região de Viseu**. Badajoz: Universidade da Extremadura [s. n.], 2004. 306 p. Dissertação de Doutoramento apresentada à Universidade da Extremadura. Acessível na Biblioteca da Escola Superior de Saúde de Viseu, Portugal.
- ↪ MARTINS, Rosa Maria Lopes – A relevância do apoio social na velhice. Millenium. Viseu [em linha]. Nº 31 (Maio 2005), p. 128-134. [consult. 2 Mar. 2011]. Disponível em WWW:< URL: www.ipv.pt/millenium/millenium31/9.pdf
- ↪ MIZUNO, T.; KINUKO, t.(2005). Caring for a Yobiyose-Rojin - A Comparasion of Burden on daughters-in-law. Journal of Gerontological Nursing [S.I: s.n.] 31 (6), p.15-21.
- ↪ MOURA, Andreia Cristina Marques; SOARES, Cátia Verónica Vieira; NIZA, Cristina quadros; RODRIGUES, Eduarda Carina Pereira; VALENTE, Nedy Fernandes; SILVA, Tiago Manuel Horta Reis- **Sobrecarga dos Cuidadores Informais de Pessoas dependentes Pós AVC**. Viseu: Instituto Politécnico de Viseu 2009. 247p. Trabalho de Investigação realizado no 13º Curso de licenciatura em Enfermagem, apresentado à Escola Superior de Saúde de Viseu do Instituto Politécnico de Viseu.
- ↪ NUNES, Isabel Maria Lopes Martins - **Participação da Família nos Cuidados ao Utente Internado num Serviço de Ortopedia. Contributos Para Melhorar a Comunicação e a Qualidade dos Cuidados ao Utente**. Lisboa: Universidade Aberta de Lisboa, 2008.178p. Dissertação de mestrado em Comunicação em Saúde, apresentado à Universidade Aberta de Lisboa.

- ⇒ ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (Opas) OMS- **Envelhecimento activo uma Política de saúde** - 1ª ed. Brasília (2005).60p. Título original inglês: **Active ageing: a policy framework**. WHO/NMH/NPH/02.8 ISBN
- ⇒ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – **Classificação internacional de deficiências, incapacidades e desvantagens**. Secretariado Nacional de Reabilitação. Ministério do Emprego e da Segurança Social. Lisboa, 1989.
- ⇒ PAIXÃO, C. M.; RECHENHEIM, M. — Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional dos idosos. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro (2005) 21 (1) p. 7-19.
- ⇒ PETRONILHO, Fernando Alberto Soares- **A Transição da família para o Exercício do papel de Cuidadora**. Lisboa: Universidade de Lisboa 2008. 32p. Programa de Doutoramento em Enfermagem. Revisão sistemática, realizado na Universidade de Lisboa
- ⇒ PESTANA, Maria Helena; GAGEIRO, João Nunes – **Análise de dados para ciências sociais : a complementaridade do SPSS**. 4ªed.revista e aumentada. Lisboa: Edições Sílabo, 2005.
- ⇒ PORTUGAL - Direcção-Geral da Saúde - Circular Informativa nº12/DSPCS (2004) Direcção de Serviços de Planeamento Unidades de AVC: recomendações para o seu desenvolvimento. [em Linha] [consult. 3 Jan. 2011] Disponível em WWW<URL: <http://servicosociaisauade.files.wordpress.com/2007/11/alta-avc.pdf>
- ⇒ PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde. Circular Normativa Nº 13/ DGCG de 2707/04. Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas - **Programa nacional para a saúde das pessoas idosas**. [em linha] Lisboa [consult. a Fev. 2011] Disponível em WWW:<URL:[http:// www.portaldasauade.pt/NR/rdonlyres/...9E74.../0/i006346.pdf](http://www.portaldasauade.pt/NR/rdonlyres/...9E74.../0/i006346.pdf)
- ⇒ PORTUGAL. IEFP – Classificação Nacional de Profissões Versão 1994[em linha] [consult. 2 Fev. 2011] Disponível em WWW:<URL:<http://metaweb.ine.pt/sine/default.aspx>
- ⇒ PORTUGAL. INE (2001) – Resultados definitivos: XIV recenseamento geral da população: IV recenseamento geral da habitação / Instituto Nacional de Estatística. (Censos 2001) Lisboa : I.N.E.(2001).8 vol.: qua., gráf., map.; 30 cm. ISBN 972-673-610-2 (Obra completa)

- ⇒ PORTUGAL. INE (2002) - **O Envelhecimento em Portugal : Situação demográfica socioeconómica recente das pessoas idosas.** Revista de Estudos Demográficos. Estudo elaborado pelo Serviço de Estudos sobre a População do Departamento de Estatísticas Censitárias e da População no âmbito da II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, Madrid 2002, e divulgado em 8 de Abril de 2002 em www.ine.pt
- ⇒ PORTUGAL. INE (2002) - O envelhecimento em Portugal: situação demográfica e socio-económica recente das pessoas idosas – 2002. [em linha] [consult. 2 Fev. 2011] Disponível em WWW:<URL:http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_estudo_det&menuBOUI=13707294&contexto=es&ESTUDOSest_boui=106370&ESTUDOSmodo=2&selTab=tab1>
- ⇒ PORTUGAL. INE (2009) –Projeções de população residente em Portugal 2008-2060. Destaque: Informação a comunicação social, 19 de Março de 2009 [em linha] [consult. 5 Jan. 2011] Disponível em WWW:URL:www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look...att
- ⇒ PORTUGAL INE (2009) Tábua Completa de Mortalidade para Portugal 2006 – 2008, Destaque: Informação a comunicação social, Maio 2009. [consult. 2 Fev. 2011] Disponível em WWW:<URL:<http://www.duarte-gouveia.info/.../29Tabua%20de%20mortalidade2006-2008.pdf>>
- ⇒ PORTUGAL –INE- **Estatísticas Demográficas 2009**. ISBN: 978-989-25-0055-3 INE, I.P., Lisboa - Portugal, 2010 [em linha] [consult. 2 Fev. 2011] Disponível em WWW:<URL:<http://www.destaquesdodia.com/2009/.../estatistica-demografica-de-portugal-em-2008/>>
- ⇒ PORTUGAL. Ministério da Saúde - 10ª Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10). [em linha] [consult. 2 Jan. 2011] Disponível em WWW:<URL:[http://portalcodgdh.min.saude.pt/index.php/10%C2%AA_Revis%C3%A3o_da_Classifica%C3%A7%C3%A3o_Estat%C3%ADstica_Internacional_de_Doen%C3%A7as_e_Problemas_Relacionados_com_a_Sa%C3%BAde_\(CID-10\).](http://portalcodgdh.min.saude.pt/index.php/10%C2%AA_Revis%C3%A3o_da_Classifica%C3%A7%C3%A3o_Estat%C3%ADstica_Internacional_de_Doen%C3%A7as_e_Problemas_Relacionados_com_a_Sa%C3%BAde_(CID-10).)>
- ⇒ PORTUGAL. Ministério da saúde – Rede nacional de cuidados continuados[em linha] [consult. 8 Abr. 2001] Disponível em WWW:<URL: <http://www.rncci.min-saude.pt/rncci/Paginas/ARede.aspx>>
- ⇒ PORTUGAL. Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (MTSS) -Carta Social: **A dependência: o apoio informal, a rede de serviços e equipamentos e os cuidados**

- continuados integrados**. 1ª ed. Outubro 2009 Gabinete de Estratégia e Planeamento (GEP) ISBN: 978-972-704-348-4
- PORTUGAL. Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (MTSS)- Carta Social – **Rede de Serviços e Equipamentos Sociais (RSES)2009**. [em linha] [cônsul. 8 Abr. 2011]. Disponível em: WWW:<URL <http://www.cartasocial.pt/pdf/csocial2009.pdf>
- PORTUGAL. Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (MTSS) -Gabinete de Estratégia e Planeamento. Carta Social - Folha Informativa n.º 2 (Outubro 2009). [em linha] [consult. 2 Mar. 2011]. Disponível em: WWW:<URL:<http://www.cartasocial.pt/pdf/FI022009.pdf>
- PORTUGAL. Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (MTSS) - Gabinete de Estratégia e Planeamento. Carta Social -Folha Informativa n.º 3, (Janeiro 2010). [em linha][consult. 2 Mar. 2011]. Disponível em: WWW:<URL:<http://www.cartasocial.pt/pdf/FI032010.pdf>
- PORTUGAL. Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (MTSS) -Gabinete de Estratégia e Planeamento. Carta Social - Folha Informativa n.º 4 , (Abril 2010) . [em linha] [consult. 2 Mar. 2011]. Disponível em: WWW:<URL:<http://www.cartasocial.pt/pdf/FI042010.pdf>
- PORTUGAL. Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (MTSS) -Gabinete de Estratégia e Planeamento. Carta Social. Folha Informativa n.º 5. (Julho 2010). [em linha] [consult. 2 Mar. 2011]. Disponível em: WWW:<URL:<http://www.cartasocial.pt/pdf/FI052010.pdf>
- PORTUGAL. Ministério da Saúde e Ministério do Trabalho e da Solidariedade - Intervenção Articulada do Apoio Social e dos Cuidados de Saúde Continuados Dirigidos às Pessoas em Situação de Dependência - Dossier Técnico de Implementação. Lisboa (1998). Direcções-Gerais da Saúde e da Acção Social.
- REBELATTO, J. R.; MORELLI, J. G. — **Fisioterapia geriátrica** : a prática da assistência ao idoso. Brasil: Edições Manole, 2004.
- REGULAMENTO Nº 125/2011- **Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação**. Diário da República, 2.ª série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011

- ⇒ RIBEIRO, O. - **Envelhecer em Portugal: Quando o Cuidador é um Homem.** Envelhecimento e orientação para o cuidado. In C. Paúl e A. M. Fonseca (coord.), Lisboa (2005) Ed. Climepsi (pp.235-258).
- ⇒ RIBEIRINHO, Carla Marina da Cunha – **Concepções e Práticas de Intervenção Social em Cuidados Sociais no Domicílio.** Lisboa: Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa, 2005. 223p. Dissertação de Mestrado em Serviço Social, apresentado no Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa.
- ⇒ ROSA, Tereza Etsuko da Costa [et al.] – Factores determinantes da capacidade funcional entre idosos. Revista de Saúde Pública [em linha]. Vol. 37, nº 1 (2003), p. 40-48. [consult. 2 Fev. 2011]. Disponível em WWW:<URL: <<http://www.fsp.usp.br/rsp>>.
- ⇒ ROTONDI AT AL - A Qualitative Needs Assessment of Persons Who Have Experienced Traumatic Brain Injury and Their Primary Family Caregivers. Journal of Head Trauma Rehabilitation, USA. Vol.22, nº1 (2007) p. 14-25.
- ⇒ SANTOS, Dina Isabel Francisco Alberto - **As Vivências do Cuidador Informal na Prestação de Cuidados ao Idoso Dependente Um Estudo no Concelho da Lourinhã.** Lisboa: Universidade Aberta de Lisboa, 2008. 278p. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde, apresentado à Universidade Aberta de Lisboa
- ⇒ SEQUEIRA, Carlos – **Cuidar de idosos com dependência física e mental.** Lisboa. Outubro 2010. Lidel – edições técnicas, Lda ISBN:978-972-757-717-0
- ⇒ SIT,J. et al. - Stroke Care in The Home: The Impact of Social Support on the General Health of Family Caregivers. Journal of Clinical Nursing, China. Nº 13 (2004), p. 816 – 824.
- ⇒ SOEIRO, Liliana R. – O prazer de aprender: um educador presente. Revista Formar. Lisboa: Nº 7 (Agosto/ Setembro/ Outubro/ 1992), p. 26-27.
- ⇒ TURNER, b. ET AL. - The Transition from Hospital to Home for Individuals With Acquired Brain Injury: A Literature Review and Research Recommendations. Disability and Rehabilitation,; Austrália (2007) pp. 1 – 24, first article.
- ⇒ TUCKMAN, Bruce W. – **Manual de Investigação em educação.** Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2000.
- ⇒ Wade, D. T.; Collin, C. (1988) - The Barthel ADL Index: a standard measure of physical disability? Introduction of Disabilities Studies, [S.I.: s.n.] Nº 10 ,p. 64-67.

APÊNDICES

APÊNDICE II

Dificuldades Manifestadas Pelo Cuidador Informal

CATEGORIA	SUB - CATEGORIA	SIGNIFICADO	UNIDADES REGISTO	
Suporte familiar	Família/ Apoio	“Marido queixoso, com limitações motoras, esposa institucionalizada”	E ₂ , E ₄ , E ₁₁ , E ₃₉	
		“Durante o dia o idoso ia para o Centro de Dia”	E ₃ , E ₉	
		“Cuidador informal refere necessitar de apoio domiciliário”	E ₂ , E ₁₅ , E ₂₃ , E ₃₂ , E ₃₃ , E ₃₅ , E ₃₆ , E ₄₅	
		“ A viver sozinha, fica em casa da nora, enquanto necessitar de apoio nas AVD´s	E ₄₁	
		“Doente dependente, regressou ao domicílio com apoio dos filhos”	E ₅ , E ₆ , E ₁₃ , E ₁₉ , E ₃₃ , E ₄₃ , E ₄₄ , E ₄₅	
			“Aquisição de material de apoio: cama articulada/eléctrica, cadeirão”	E ₃₃ , E ₄₃ , E ₄₄ , E ₄₅
	Barreiras físicas		“Escadas dificultam”	E ₁₂ , E ₁₄ , E ₂₁ , E ₂₈ E ₂₉
			“Tenho receio que ele caia das escadas “	E ₁₀ , E ₁₂ , E ₂₀
			“É preciso alargar as portas...”	E ₂₃ , E ₂₈ , E ₄₅
			“Tenho de alterar o WC...”	E ₂₃
Colaboração		“ Esposa tinha o apoio dos filhos para cuidar do marido...”	E ₃ , E ₇ , E ₈ , E ₂₀ , E ₂₁ , E ₂₃ , E ₂₅ , E ₂₆ , E ₃₂ , E ₄₀	
		“Filha e neta auxiliavam nas AVD´s.”	E ₄₃ , E ₄₅	
		“Vizinha fica com a minha mãe, quando eu precisar de sair”.	E ₁₄ , E ₄₄	

CATEGORIA	SUB - CATEGORIA	SIGNIFICADO	UNIDADES REGISTO
Suporte familiar	Dever/obrigação	<p>“...Filha: vou diariamente a casa da mãe ...tenho de a ajudar...”</p> <p>“... A minha irmã vem ajudar-me...”</p> <p>“...Filha: já cuidava do meu pai, já era acamado.....mas agora é pior...”</p> <p>“Sobrinho: responsabilizo-me por tomar conta do meu tio....ele não tem mais ninguém...”</p> <p>“Sou o marido...tenho que cuidar dela...”</p>	<p>E₁, E₄₉</p> <p>E₆</p> <p>E₅, E₄₃</p> <p>E₄₆</p> <p>E₂₂</p>
	Ensinos	<p>“Filha muito receptiva aos ensinos”</p> <p>“Esposa muito receptiva aos ensinos”</p> <p>“ A nora receptiva aos ensinos”</p> <p>“Filho muito receptivo aos ensinos e preocupado com a evolução da mãe”</p> <p>“Sobrinho receptivo aos ensinos”</p> <p>“Marido receptivo aos ensinos”</p> <p>Filhas, nora, que manifestaram vontade em ensinos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alimentação por SNG ou por mão própria; - Banho no leito; - Posicionamentos; - Transferências (cama/cadeira); - Vestir/despir. 	<p>E₅, E₆, E₁₄, E₂₈, E₃₆, E₄₂, E₄₃</p> <p>E₂₅, E₂₆, E₂₇, E₄₀</p> <p>E₁₉, E₂₉, E₃₂, E₄₅</p> <p>E₂₄, E₄₁</p> <p>E₄₆</p> <p>E₂, E₄, E₁₁, E₂₂</p> <p>E₆, E₄₃, E₄₄, E₄₅</p>

APÊNDICE III

Dificuldades observadas pelo profissional de saúde ao Cuidador Informal

CATEGORIA	SUB - CATEGORIA	SIGNIFICADO	UNIDADES REGISTO
Suporte familiar	Dever/obrigação	<p>“Filhos não manifestaram vontade de apoiar o pai, apesar de viverem próximo, mãe institucionalizada.”</p> <p>“Necessidades de os familiares financiarem as obras.”</p> <p>“Marido apoiava muito a esposa, incentivando supervisionava-a nas AVD’s.”</p> <p>“Impossibilidade de cuidarem do (a) pai/mãe, em virtude do trabalho, foi institucionalizado(a)”</p>	<p>E₂</p> <p>E₆, E₈, E₁₃E₁₄, E₂₈</p> <p>E₂₂</p> <p>E₄, E₁₁, E₄₂</p>
	Família/ Apoio	<p>“Doente com dependência grave/moderada, sem familiares próximos, foi institucionalizado.”</p> <p>“Cuidadora informal pouco receptiva aos ensinos.”</p> <p>“Filhos moravam longe, não tinham possibilidade de cuidar do pai/mãe, foi institucionalizado...”</p> <p>“Doente com necessidade de cuidados diferenciados, opção foi a institucionalização.”</p> <p>“Doente já vivia sozinho com apoio domiciliário, que manteve após a alta, filhos emigrados.”</p>	<p>E₁₇, E₁₈, E₃₇</p> <p>E₃₀, E₃₃</p> <p>E₁₆, E₃₁, E₄₂,E₅₀</p> <p>E₃₄</p> <p>E₄₈</p>

Independência funcional e Regresso ao Domicílio

CATEGORIA	SUB - CATEGORIA	SIGNIFICADO	UNIDADES REGISTO
Suporte familiar	Sobrecarga do cuidador	“A filha além do pai também tinha a seu cargo a mãe, que era dependente”	E ₁₃ , E ₂₈
		“Irmã já cuidava da doente, mas actualmente necessitava de mais apoio, atendendo ao grau de dependência”	E ₁₅
		“Marido doente oncológico, esposa totalmente dependente”	E ₂₈ , E ₃₉
		“Nora já com outro idoso a seu cargo”	E ₂₉ , E ₃₅
		“ A esposa já tinha a mãe acamada”	E ₂₅

APÊNDICE IV

Análise Descritiva

Na caracterização dos participantes da amostra recorreu-se à estatística descritiva, com o cálculo da frequência e das percentagens para as variáveis nominais (sexo, residência, estado civil, habilitações literárias, agregado familiar, profissão e patologia incapacitante, Local de residência após o internamento, acessibilidade e adaptação/ tipo de adaptação da habitação, financiamento das obras de adaptação, redes de apoio antes e após o internamento) e com o cálculo da média e do desvio padrão para a variável numérica idade) e a mediana/moda...

Para a caracterização do cuidador informal recorreu-se ao cálculo da frequência e das percentagens para as variáveis nominais “Grau de parentesco” e “interesse/disponibilidade na participação dos cuidados” e para a variável ordinal “Visitas efectuadas pelo familiar cuidador no internamento”.

Em relação à caracterização da variável dependente - score de Independência Funcional utilizou-se a estatística descritiva com cálculo da média e do desvio padrão.

De forma a efectuar a comparação das diferenças de scores médios de independência funcional em 2 amostras independentes recorreu-se ao teste paramétrico, Teste t sempre que se verificavam os requisitos da sua aplicação, designadamente a normalidade da distribuição e a homogeneidade de variâncias. Quando não reunidos estes pressupostos, recorreu-se à sua alternativa não paramétrica, teste de Mann-Witney. Para a comparação de diferenças de scores médios de independência funcional em +2 amostras independentes recorreu-se ao Teste One Way Anova e aos Procedimentos de comparação múltipla para identificar os grupos em que a diferença de médias é estatisticamente significativa. O Teste One Way Anova e os Procedimentos de comparação múltipla foram ainda utilizados para comparar a média de idades dos doentes em amostras independentes (tipo de cuidador).

No que diz respeito à comparação de scores médios de independência funcional em 2 amostras emparelhadas, recorreu-se ao teste paramétrico, Teste t para 2 amostras, verificando-se os requisitos da sua aplicação, designadamente a normalidade da distribuição e a homogeneidade de variâncias e a correlação das variáveis.

Para analisar a relação de associação entre variáveis nominais e ordinais, recorreu-se ao teste de independência do Qui-quadrado. O nível de significância permitirá concluir se as diferenças encontradas nas variáveis são ou não devidas ao acaso, partindo do pressuposto (hipótese nula) da independência das variáveis na população donde provêm. Sempre que não se verificavam os pressupostos para a sua utilização, optou-se pela recodificação das categorias das variáveis ou recorreu-se à Prova exacta de Fisher (em tabelas 2x2) ou ao Teste de Monte Carlo (tabelas rxn).

De modo a verificar a relação de associação das variáveis “idade” e “níveis de independência” utilizar-se-á o coeficiente de Pearson.

Caracterização socio-demográfica e clínica da amostra

Pela análise da tabela 1, verificamos que a nossa amostra é maioritariamente representada pelo sexo masculino (52%), sendo o sexo feminino de (48%); com uma média etária de 73, 7 anos, sendo as mulheres mais representativas que os homens no grupo etário compreendido entre os 69-77 anos de idade (44,7% vs 23,1%).

Tabela 1 – Distribuição da amostra segundo o sexo em função dos grupos etários.

Sexo \ Grupos etários	Masculino (n = 26; % = 52)		Feminino (n = 24; % = 48)		Total (n = 50; % = 100,0)	
	n	%	n	%	n	%
	<=68	9	34,6	3	12,5	12	24,0
69-77	6	23,1	10	41,7	16	32,0
78-81	6	23,1	5	20,8	11	22,0
>=82	5	19,2	6	25	11	22,0

Analisando a tabela 2 podemos observar que a idade varia entre um mínimo de 34 e um máximo de 95 anos, com uma média de 73,7 anos. A mediana corresponde aos 75 anos, a moda encontra-se nos 77 e nos 79 anos e o desvio padrão é de 12,7 anos, com um coeficiente de variação de 17,2% o que indica uma dispersão moderada em relação à média.

Considerando cada um dos sexos, encontramos algumas diferenças: no sexo feminino tanto a média (77,2), como a mediana (77) são mais elevadas que no sexo masculino, que são respectivamente (70,4) e (76) A dispersão da distribuição no sexo masculino é quase o dobro da do sexo feminino, em relação à média.

Por observação da posição da média, mediana e moda, quanto às medidas de simetria ou enviesamento e achatamento ou curtose, que a distribuição das idades é assimétrica e leptocúrtica para o total da amostra. A distribuição da idade para o sexo feminino apresenta-

se, todavia, aproximadamente simétrica. O níveis de significância do teste Kolmogorov – Smirnov, com a correcção da significância de lilliefors, confirmam que a distribuição da idade não segue uma distribuição normal.

Tabela 2 – Estatísticas relativas à idade por sexo.

IDADE	n	Min.	Max.	\bar{X}	Dp	Sk/ Std.Error	K/ Std.Error	Mediana	moda	CV (%)	K-S P
Masculino	26	34	87	70,4	14,7	-2,5	0,75	76	79	20,9	0,043
Feminino	24	54	95	77,2	9,1	-1,4	1,5	77	76,78	11,8	0,01
TOTAL	50	34	95	73,7	12,7	-3,9	2,9	77	76,88	17,2	0,000

Relativamente à localização do domicílio dos nossos inquiridos, (90%) reside em zona rural e (10%) em zona urbana.

Relativamente ao estado civil, constatamos que (48%) dos doentes da nossa amostra são casados e (46%) são viúvos, sendo esta percentagem maior nas mulheres. Os divorciados representam a menor percentagem da amostra com (2%), logo abaixo dos solteiros que representam (4%).

Considerando o agregado familiar (coabitação) destacam-se os doentes que vivem com o cônjuge (46%) e com a mesma percentagem de casos temos os doentes que vivem sozinhos e que vivem com os filhos (24%). Uma percentagem de (6%) vivem com outras pessoas (irmãos, filhos, amigos, sobrinhos). A análise do agregado familiar por sexo, mostra que mais de metade dos homens (61,5%) vivem com o cônjuge e apenas (23,1%) vivem sozinhos. No sexo feminino, também, uma percentagem significativamente menor que nos homens, vive com o cônjuge (29,2%), em que (37,5%) vivem com as filhas e apenas (8,3%) vivem com outra pessoa no agregado familiar.

Quanto às habilitações literárias, cerca de metade da amostra tem o 1º ciclo de estudos (48,0%), sendo a percentagem maior no sexo masculino (53,8%) que no feminino (41,7%). Salienciamos ainda que (22%) dos sujeitos não sabe ler nem escrever e (24%) sabe apenas assinar o seu nome, não tendo portanto concluído qualquer ciclo de estudos. No sexo masculino a percentagem de quem não sabe ler nem escrever (23,1%) é superior à das mulheres (20,8%), tal como a percentagem de homens com o 2.º ciclo e com estudos superiores (7,7% e 3,8% respectivamente), não se verificando nenhum caso de mulheres com estas habilitações. No sexo feminino a percentagem de quem sabe assinar (37,5%) é superior à dos homens (11,5%).

Independência funcional e Regresso ao Domicílio

O grupo profissional com maior representação corresponde aos agricultores, com uma percentagem superior de homens (57,7%) que mulheres (45,8%). Verifica-se, também, uma representação das mulheres no grupo de trabalhadores não qualificados com uma percentagem de (33,3%). Estes grupos são seguidos pelo pessoal operário e artífices com (26,9%) de homens e apenas (8,3%) de mulheres. O grupo de pessoal administrativo está também representado na nossa amostra mas apenas no caso das mulheres (8,3%). O grupo de especialistas intelectuais está representado apenas no caso de homens (3,8%).

Resumindo, podemos dizer que a nossa amostra é constituída, maioritariamente, por doentes do sexo masculino, casados a viverem com o cônjuge em zona rural, habilitados com o 1º ciclo de estudos, desempenhando a profissão de agricultor (cf. Tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição da amostra segundo as variáveis socio-demográficas em função do sexo.

Variáveis	Sexo		Masculino (n = 26; % = 52)		Feminino (n = 24; % = 48)		Total (n = 50; % = 100,0)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Residência								
Zona Rural	23	88,5	22	91,7	45	90,0		
Zona Urbana	3	11,5	2	8,3	5	10		
Estado Civil								
Casado(a)	17	65,4	7	29,2	24	48,0		
Viúvo(a)	8	30,8	15	62,5	23	46,0		
Divorciado(a)	0	0,0	1	4,2	1	2,0		
Solteiro(a)	1	3,8	1	4,2	2	4,0		
Habilitações literárias								
Não sabe ler nem escrever	6	23,1	5	20,8	11	22,0		
Sabe assinar	3	11,5	9	37,5	12	24,0		
1º Ciclo de estudos (4.ª classe)	14	53,8	10	41,7	24	48,0		
2º Ciclo de estudos (9.º antigo)	2	7,7	0	0,0	2	4,0		
Curso Superior	1	3,8	0	0,0	1	2,0		
Profissão								
Quadros superiores e dirigentes	0	0,0	0	0,0	0	0,0		
Especialistas intelectuais	1	3,8	0	0,0	1	2,0		
Técnico de nível intermédio	0	0,0	0	0,0	0,0	0,0		
Pessoal administrativo	0	0,0	2	8,3	2	4,0		
Pessoal dos Serviços e vendas	3	11,5	1	4,2	4	8,0		
Agricultura e pescas	15	57,7	11	45,8	26	52,0		
Operários e artífices	7	26,9	2	8,3	9	18,0		
Trabalhadores não qualificados	0	0	8	33,3	8	16,0		
Agregado Familiar								
Sozinha	6	23,1	6	25,0	12	24,0		
Cônjuge	16	61,5	7	29,2	23	46,0		
Filho/a	3	11,5	9	37,5	12	24,0		
Outros (irmã/sobrinha)	1	3,8	2	8,3	3	6,0		

Pela análise da tabela 4 verificamos que a patologia incapacitante mais frequente na nossa amostra se encontra ao nível da doença cérebro-vascular (70%), logo seguida dos tumores (cabeça/coluna) (12%) e das patologias degenerativas discos cervicais/intervertebrais (10%). As doenças do sistema nervoso (Alzheimer) estão pouco representadas (2%) na nossa amostra e com incidência nas mulheres.

À semelhança do total da amostra, também os homens apresentam patologia cérebro-vascular com maior prevalência (73,1%) que as mulheres (66,7%). Já as patologias degenerativas estão mais representadas nas mulheres do que nos homens (12,5% vs 7,7%), sendo que os tumores da cabeça e da coluna são equitativos entre mulheres e homens (12% vs 11,5%).

Tabela 4 – Distribuição da amostra segundo a patologia incapacitante em função do sexo.

Sexo	Masculino (n = 26; % = 52)		Feminino (n = 24; % = 48)		Total (n = 50; % = 100,0)	
	n	%	n	%	n	%
Patologia Incapacitante						
Tumores (cabeça/coluna)	3	11,5	3	12,5	6	12,0
Doença sistema nervoso (Alzheimer)	0	0,0	1	4,2	1	2,0
Doença cérebro vascular (AVC, HSD, HSA)	19	73,1	16	66,7	35	70,0
Patologia degenerativa discos cervicais /intervertebrais	2	7,7	3	12,5	5	10,0
Lesões traumáticas # crânio, # coluna	2	7,7	1	4,2	3	6,0

Caracterização do contexto habitacional

Pela análise da tabela 5 verificamos que o local de residência mais representado na amostra, após o internamento, é do domicílio próprio (42%), seguido do domicílio de familiar (32%). A análise por sexo mostra que os homens residem predominantemente no próprio domicílio (57,7%), as mulheres residem essencialmente em domicílio de familiares (45,8%). Uma percentagem menos significativa de doentes reside em UCC (20%), em lares (4%).

Um outro factor relevante é que (97,7%) dos doentes da nossa amostra, possuem barreiras arquitectónicas, escadas no interior e/ou exterior da sua habitação. Somente uma minoria (25%) pensa realizar obras de adaptação, estando esta minoria mais representada no sexo feminino (28,6%) do que no masculino (21,7%).

Caracterizando as necessidades adaptativas da residência, verificamos que 5 dos doentes necessitam de alterar as escadas, enquanto 3 necessitam de alterar o espaço interior e apenas 1 de alterar o WC.

Independência funcional e Regresso ao Domicílio**Tabela 5 – Distribuição da amostra segundo as variáveis de contexto habitacional e redes de apoio em função do sexo.**

Variáveis \ Sexo	Masculino (n = 26; % = 52)		Feminino (n = 24; % = 48)		Total (n = 50; % = 100,0)	
	n	%	n	%	n	%
Local de Residência após internam.						
Domicílio próprio	15	57,7	6	25	21	42,0
UCC	5	19,2	5	20,8	10	20,0
Lar	0	0,0	2	8,3	2	4,0
Outro	1	3,8	0	0	1	2,0
Domicílio de familiar	5	19,2	11	45,8	16	32,0
Acessibilidade/barreiras domicílio						
Não	3	11,5	3	12,5	6	12
Sim:	23	88,5	21	87,5	44	88
<i>Elevador</i>	0	0,0	1	4,8	1	2,3
<i>Escadas</i>	23	100,0	20	95,2	43	97,7
<i>Rampa</i>	0	0	0	0,0	0	0,0
Habitação adaptada						
Sim	5	21,7	6	28,6	11	25,0
Não	18	78,3	115	71,4	33	75,0
Tipo de adaptação						
Alteração das escadas	3	75,0	2	40,0	5	55,6
Alteração espaço interior	1	25,0	2	40,0	3	33,3
Alteração wc	0	0,0	1	20,0	1	11,1
Financiamento de obras						
Não	25	96,2	19	79,2	44	88
Sim:	1	3,8	5	20,8	6	12
<i>Próprio doente</i>	1	100,0	0	0,0	1	16,7
<i>Familiares</i>	0	0,0	5	100,0	5	83,3
<i>Entidade Pública</i>	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Caracterização das redes de apoio

Quanto à caracterização das redes de apoio avaliadas no 1.º dia de internamento, constatamos, pela análise da tabela 6, que apenas 3 dos doentes da nossa amostra recebia apoio domiciliário, 2 recebiam apoio de vizinhos e enquanto 1 frequentava Centro de Dia. Verificamos, ainda, que existiam mais doentes do sexo masculino a recorrer ao apoio domiciliário, enquanto os doentes do sexo feminino recorria mais a ajuda de vizinhos e amigos.

Tabela 6 – Distribuição da amostra nas redes de apoio no 1.º dia de internamento por sexo

Variável \ Sexo	Masculino (n = 3; % = 50)		Feminino (n = 3; % = 50)		Total (n = 6; % = 100,0)	
	n	%	n	%	n	%
Redes de apoio 1.º dia internamento						
Apoio domiciliário	2	66,7	1	33,3	3	50
Centro de Dia	1	33,3	0	0,0	1	16,7
Outro (vizinhos, familiares)	0	0,0	2	66,7	2	33,3

A mesma caracterização das redes de apoio, mas efectuadas no dia da alta (Tabela 7), mostra, que apenas o Apoio Domiciliário teve um aumento mais significativo, com 8 dos doentes (4 mulheres e 4 homens), relativamente às outras redes.

Tabela 7 – Distribuição da amostra nas redes de apoio na alta de internamento por sexo

Variável	Sexo		Masculino (n = 6; % = 50)		Feminino (n = 6; % = 50)		Total (n = 12; % = 100,0)	
	n	%	n	%	n	%		
Redes de apoio na alta de internamento								
Apoio domiciliário	4	66,7	4	66,7	8	66,7		
Centro de Dia	1	16,7	1	16,7	2	16,7		
Outro (vizinhos, familiares)	1	16,7	1	16,7	2	16,7		

Caracterização da independência funcional

Da análise da tabela 8 sobressai o facto, de que no 1.º dia de internamento, (92%) de doentes da nossa amostra apresentavam dependência funcional total. Os doentes com dependência grave constituíam (4%) da amostra, bem como os doentes que apresentavam dependência moderada.

Os doentes, de ambos os sexos, apresentam, maioritariamente, uma dependência funcional total, sendo (88,5%) do sexo masculino e (95,8%) do sexo feminino. Apenas (4,2%) dos doentes do sexo feminino apresentam o nível de dependência grave. Dos doentes do sexo masculino, (7,7%) são dependentes moderados e (3,8%) dependentes graves.

Tabela 8 – Estatísticas relativas à independência funcional ao 1.º dia de internamento segundo o sexo.

Ind. Funcional 1.º dia de internamento	Sexo		Masculino (n = 26; % = 52)		Feminino (n = 24; % = 48)		Total (n = 50; % = 100,0)	
	n	%	N	%	N	%		
Dependência Total (0-8)	23	88,5	23	95,8	46	92,0		
Dependência Grave (9-12)	1	3,8	1	4,2	2	4,0		
Dependência Moderada (13-19)	2	7,7	0	0,0	2	4,0		
Independência Total (20)	0	0,0	0	0,0	0	0,0		

A tabela 9 expressa a distribuição da avaliação da independência funcional dos doentes, no momento da alta de internamento.

Na alta de internamento, constata-se que os doentes não se encontram tão concentrados nos níveis de dependência total, mas com uma distribuição mais dispersa pelos restantes níveis de dependência.

Independência funcional e Regresso ao Domicílio

Assim, verifica-se que apenas (38%) dos doentes apresentam dependência total, tendo agora maior prevalência os níveis de dependência moderada (44%), particularmente nos homens (50%). Apenas (18%) dos doentes apresentam dependência grave.

Dos doentes do sexo masculino, (26,9%) apresentam dependência total e (23,1%), apresentam dependência grave.

Dos doentes do sexo feminino, (50%) apresentam dependência total, (37,5%) dependência moderada e apenas (12,5%) apresentam dependência grave.

Tabela 9 – Estatísticas relativas à independência funcional no dia da alta segundo o sexo.

Ind. Funcional No dia da Alta	Sexo		Feminino		Total	
	Masculino (n = 26; % = 52)		(n = 24; % =48)		(n = 50; % = 100,0)	
	N	%	n	%	n	%
Dependência Total (0-8)	7	26,9	12	50,0	19	38,0
Dependência Grave (9-12)	6	23,1	3	12,5	9	18,0
Dependência Moderada (13-19)	13	50,0	9	37,5	22	44,0
Independência Total (20)	0	0,0	0	0,0	0	0

Caracterização do cuidador em relação ao apoio familiar

A análise da tabela 10 permite constatar que (44,1%) dos cuidadores informais do doente são os respectivos cônjuges, seguido das filhas (38,2%) e noras (17,6%).

Constatou-se, também, a maior prevalência das visitas diárias ao familiar internado pelos respectivos cônjuges (86,7%), seguido das filhas (84,6%) e das noras (83,3%).

Apenas (13,3%) dos cônjuges visitam o familiar internado com menos regularidade (2 a 3 vezes por semana), percentagem que é de (15,4%) para as filhas e de (16,7%) para as noras. Os resultados parecem indiciar uma relação de associação entre proximidade familiar e regularidade das visitas efectuadas.

Verificou-se também, que a maioria dos cuidadores informais demonstrou interesse/ disponibilidade na prestação de cuidados ao seu familiar (97,1%). De referir que apenas 4 cônjuges do sexo masculino manifestaram alguma vontade em receber ensinos.

Os ensinos ministrados no serviço incidiram maioritariamente na promoção da autonomia na alimentação (16,8%), seguidos das transferências (cama/cadeira e vice-versa) do treino de marcha e estratégias de prevenção de quedas (11%). O banho no leito apenas atingiu (2,6%), conforme se pode verificar no Quadro 2 (Apêndice VI).

Tabela 10 – Estatísticas relativas ao cuidador informal segundo o grau de parentesco com o doente.

Variáveis	Cuidador Inf.	Cônjuge (n = 15; % =44,1)		Filho(s) (n = 13; % =38,2)		Outro(s):noras (n = 6; % =17,6)		Total (n = 34; % = 100,0)	
		n	%	n	%	n	%	N	%
Visitas efectuadas pelo cuidador									
Diariamente		13	86,7	11	84,6	5	83,3	29	85,3
2 a 3 vezes por semana		2	13,3	2	15,4	1	16,7	5	14,7
Quinzenalmente		0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nunca		0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Interesse/disponibilidade do cuidador na prestação de cuidados (ensinos)									
Sim		14	93,3	13	100,0	6	100,0	33	97,1
Não		1	6,7	0	0,0	0	0,0	1	2,9

APÊNDICE V

Análise Inferencial

Após a análise descritiva dos dados passaremos a apresentar a análise inferencial dos mesmos. Na opinião de Harel (2003) um dos principais objectivos da inferência estatística é a verificação das hipóteses já formuladas e da generalização das relações analisadas à população de onde foi retirada.

Previamente à aplicação dos testes de Kruskal-Wallis e de Mann-Whitney, foi verificada a igualdade da forma das distribuições das variáveis, requisito fundamental prévio à aplicação destes dois testes não paramétricos. Para tal recorreu-se à análise das medidas de simetria e de achatamento e à análise da homogeneidade da dispersão (teste de Levene), apresentadas nas tabelas anexas a cada hipótese, (PESTANA e GAGEIRO, 2005)

Foram utilizados os testes de associação do qui-quadrado, sempre que não se encontravam reunidos os pressupostos para aplicação dos testes não paramétricos, atrás referidos.

H₁ As variáveis sócio demográficas e clínicas (idade, sexo, residência, estado civil, habilitações literárias, profissão, patologia incapacitante, agregado familiar), influenciam a Independência Funcional.

H_{1a}: Existe associação significativa entre a idade e a independência funcional.

Tabela 11-A- Correlação da idade dos doentes com o seu nível de independência funcional

Correlação	Ind. Funcional	
Idade	r	-,367**
	P	0,009
	n	50

** . A correlação é significativa ao nível 0.01 (bi-caudal)

Por aplicação do coeficiente de correlação de Pearson (assumindo-se a normalidade para $n's > 30$), iremos verificar a linearidade da relação entre idade e a independência

funcional. Observa-se que existe uma correlação entre a idade e a independência funcional dos participantes após o episódio de internamento. A correlação é fraca, negativa e estatisticamente significativa ao nível 0.01. Conclui-se que o aumento da idade está associado a níveis baixos de independência funcional e vice-versa.

Tabela 11-B – Associação entre independência funcional e Grupos Etários

Idade \ Indep. Func. (total=20)	<=68 anos (n = 12; % = 24)		69-77 anos (n = 16; % = 32)		78-81 anos (n = 11; % = 22)		>=82 anos (n = 11; % = 22)		Total (n = 50; % = 100)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Dep.Total (0-8)	1	8,3	8	50	4	36,4	6	54,5	19	38,0
ra		-2,4		1,2		-0,1		1,3		
Dep.Grave (9-12)	1	8,3	3	18,8	1	9,1	4	36,4	9	18,0
ra		-1		0,1		-0,9		1,8		
Dep.Moderada (13-19)	10	83,3	5	31,2	6	54,5	1	9,1	22	44,0
ra		3,1		-1,2		0,8		-2,6		

($\chi^2 = 15495$; gl = 6; p = 0,014 Método Monte Carlo, baseado em 10000 simulações amostrais)

A análise da tabela 11-B mostra que a maior prevalência de doentes com idade igual ou inferior a 68 anos são doentes com dependência moderada (83,3% dos casos).

Já os doentes com idades compreendidas entre os 69 e os 77 anos são em metade dos casos doentes com dependência total (50%), dependência moderada (31,2%) e uma minoria apresentam dependência grave (18,8%).

Doentes com idades compreendidas entre os 78 e 81 anos apresentam dependência moderada em (54,5%) dos casos, dependência total em (36,4%) dos casos e dependência grave em (9,1%) dos casos.

Cerca de metade dos doentes com 82 ou mais anos de idade apresentam dependência total e (36,4%) com dependência grave.

A análise dos valores residuais ajustados identifica uma associação entre doentes com 68 ou menos anos de idade com maior independência funcional e doentes com 82 ou mais anos de idade com menor independência funcional.

Por aplicação do método de Monte Carlo do teste de qui-quadrado, conclui-se existir uma relação de associação entre a independência funcional e classes etárias (p=0,014).

Anexo às Tabelas 11 – Estatísticas relativas à independência funcional por grupo etário.

Variável	Idade	n	Min.	Max.	\bar{X}	Dp	Sk/ Std.Error	K/ Std.Error	CV (%)	K-S P	Teste Levene
Independência funcional	<=68	12	0	19	15,3	5,3	-4,1	5,9	35	0,004	0,113
	69-77	16	0	19	9,3	6,9	0,3	-1,5	74,2	0,114	
	78-81	11	3	19	12,3	6,6	-0,7	-1,5	53,7	0,039	
	>=82	11	0	17	5,9	4,5	0,6	-1,3	76	0,022	
	TOTAL	50	0	19	10,6	7,1	-0,95	-2,32	67		

H_{1b}: Existe associação significativa entre o sexo e a independência funcional.

Através da aplicação do teste de Mann Whitney, não se observaram diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,059$) entre os valores das ordenações médias da escala em ambos os sexos, embora a do sexo masculino (29,21) seja superior à do sexo feminino (21,48), confirmando os valores da média. Pelo que é rejeitada a hipótese enunciada.

Tabela 12 – Comparação das classificações médias da escala de independência funcional segundo o sexo.

Variável	Sexo	n	Ordenação média	U de Mann-Whitney	p
Independência funcional	Masculino	26	29,21	215,5	0,059
	Feminino	24	21,48		

Anexo à Tabela 12 – Estatísticas relativas à independência funcional por sexo.

Variável	Sexo	n	Min.	Max.	\bar{X}	Dp	Sk/ Std.Error	K/ Std.Error	CV (%)	K-S P	Teste Levene
Independência funcional	Masculino	26	0	19	12,3	6,8	-1,66	-1,03	55,3	0	0,3
	Feminino	24	0	19	8,9	7,1	0,19	-1,87	79,8	0,055	
	TOTAL	50	0	19	10,6	7,1	-0,95	-2,32	67		

H_{1c}: Existe associação significativa entre residência e a independência funcional.

Para testar esta hipótese utilizámos o teste de Mann Whitney, em que nos resultados da tabela 13, não se observaram diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,82$) entre os

Independência funcional e Regresso ao Domicílio

valores das ordenações médias da escala de dependência funcional nos grupos de doentes distribuídos em função da residência, embora os valores do grupo com residência urbana (26,9) sejam superiores à do grupo com residência rural (25,34), confirmando os valores da média, o que é consistente com as médias de independência funcional apresentadas por cada grupo de análise. É rejeitada a hipótese de trabalho atrás enunciada.

Tabela 13 – Comparação das classificações médias da escala de independência funcional segundo a residência

Variável	Residência	N	Ordenação média	U de Mann-Whitney	P
Independência funcional	Rural	45	25,34	105,5	0,82
	Urbana	5	26,9		

Anexo à Tabela 13 – Estatísticas relativas à independência funcional no dia da alta segundo a residência

Independência Funcional	N	Min.	Max.	\bar{x}	Dp	Sk/Std.Error	K/Std.Error	CV (%)	K-S P	Teste Levene
Rural	45	0	19	10,6	7,33	-0,86	-2,35	69,2	0	0,033
Urbana	5	7	18	11,4	4,6	0,56	-0,344	40,4	0,200	
TOTAL	50	0	19	10,6	7,1	-0,95	-2,32	67		

H_{1d} : Existe associação significativa entre o estado civil e a independência funcional.

Com base nos resultados apresentados na tabela 14, podemos inferir que as diferenças dos valores de independência funcional entre os sujeitos dos vários grupos não são significativas ($p > 0,05$) embora existam algumas diferenças nas ordenações médias entre os grupos. Veja-se que os solteiros e casados apresentam valores médios de independência funcional superiores aos dos viúvos e dos divorciados.

Apesar deste facto, e dado que não há uma relação estatisticamente significativa nestas variáveis rejeitamos a hipótese enunciada.

Tabela 14 – Teste de Kruskal-Wallis: comparação das classificações médias da escala de independência funcional na alta de internamento em função do estado civil

Variável	Estado civil	N	Ordenação média	χ^2	P
Independência funcional	Casado(a)	24	29,38	4,855	0,183
	Viúvo(a)	23	21,72		
	Divorciado	1	9		
	Solteiro	2	30,75		

Anexo à Tabela 14 – Estatísticas relativas à independência funcional após o internamento segundo o estado civil

Independência Funcional	N	Min.	Max.	\bar{X}	Dp	Sk/ Std.Error	K / Std.Error	CV (%)	K-S P	Teste Levene
Casado(a)	24	0	19	12,5	6,7	-1,6	-1,3	53,6	0,075	0,635
Viúvo	23	0	19	9,0	7,0	-0,19	-1,58	77,8	0,086	
Divorciado	1	2	2	2,0	.	-	-		0	
Solteiro(a)	2	3	19	11,0	11,3	-	-		.	
TOTAL	50	0	19	10,6	7,1	-0,95	-2,32	67		

H_{1e} : Existe associação significativa entre as habilitações literárias e a independência funcional.

A análise da tabela 15 mostra que a maior prevalência de doentes que não sabem ler ou escrever verifica-se em doentes com dependência total (54,5% dos casos).

Os doentes que sabem assinar distribuem-se, equitativamente, entre os doentes com dependência total e dependência moderada (ambos com 47% dos casos) e apenas 16,7% apresentam dependência grave.

A tabela 15 mostra ainda que a maior prevalência de doentes com o 1.º ciclo verifica-se em doentes com dependência moderada (58,3% dos casos).

Todos os doentes com o 2.º ciclo apresentam, dependência moderada.

O único doente com curso superior apresenta dependência grave.

A análise dos valores residuais ajustados corrobora a relação de associação entre doentes com dependência moderada e doentes que não sabem ler ou escrever ou com o 1.º ciclo, apresentando estas categorias os valores que mais se afastam dos valores standard (-1,96 e 1,96).

Por aplicação do método de Monte Carlo do teste de qui-quadrado, conclui-se existir uma relação de associação entre a independência funcional e habilitações literárias ($p=0,029$), no qual no nosso estudo, ao menor grau de instrução corresponde um menor índice de independência funcional

Tabela 15 – Associação entre independência funcional e Habilitações Literárias

Hab. Lit. Indep. Func.(total=20)	Não sabe ler e escrever (n = 11; % = 22)		Sabe assinar (n = 12; % = 24)		1.º ciclo (n = 24; % = 48)		2.º ciclo (n = 2; % = 4)		Curso Superior (n = 1; % = 2)		Total (n = 50; % = 100)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Dep.Total (0-8)	6	54,5	5	41,7	8	33,3	0	0,0	0	0,0	19	38,0
ra	1,3		0,3		-0,7		-1,1		-0,8			
Dep.Grave (9-12)	4	36,4	2	16,7	2	8,3	0	0,0	1	100	9	18,0
ra	1,8		-0,1		-1,7		-0,7		2,2			
Dep.Moderada (13-19)	1	9,1	5	41,7	14	58,3	2	100	0	0,0	22	44,0
ra	-2,6		-0,2		2		1,6		-0,9			

($\chi^2 = 15,495$; gl = 6; p = 0,014 Método Monte Carlo, baseado em 10000 simulações amostrais)

H_{1f}: Existe associação significativa entre a profissão e a independência funcional.

Por aplicação do teste de Kruskal-Wallis constata-se que as diferenças de pontuações médias da escala de independência funcional entre os grupos profissionais considerados não são estatisticamente significativas ($p > 0,05$). A análise dessas diferenças na tabela 16 permite identificar o pessoal operário e o pessoal dos serviços e vendedores como os grupos profissionais que apresentam valores de ordenação média de independência funcional mais elevados.

O grupo das profissões intelectuais apresenta a média mais elevada da escala de independência funcional (3), mas em termos de ordenação média é um dos grupos com menor valor (26), muito próximo do valor verificado para o pessoal administrativo (26,5).

Não obstante, conclui-se que não há uma relação estatisticamente significativa nos valores médios de independência funcional entre os grupos profissionais, pelo que rejeitamos a hipótese enunciada.

Tabela 16 – Teste de Kruskal-Wallis: comparação das classificações médias da escala de independência funcional em função dos grupos profissionais

Variável	Grupo Profissional	n	Ordenação média	χ^2	p
Independência Funcional	Especialistas intelectuais	1	26	9,186	0,102
	Pessoal administrativo	2	26,5		
	Pessoal dos Serviços e vendedores	4	35		
	Agricultura e pescas	26	21,67		
	Operários e artífices	9	36,11		
	Trabalhadores não qualificados	8	20,94		

Anexo à Tabela 16 – Estatísticas relativas à independência funcional após o internamento segundo os grupos profissionais

Independência Funcional	N	Min.	Max.	\bar{X}	Dp	Sk/ Std.Error	K/ Std.Error	CV (%)	K-S P	Teste Levene
Especialistas intelectuais	1	12	12	12,0	.	.	.	.	.
Pessoal administrativo	2	7	17	12,0	7,1	.	.	59,2	.	
Pessoal dos Serviços e vendedores	4	12	18	15,3	3,2	-0,08	-2,1	20,9	.	0,160
Agricultura e pescas	26	0	19	8,7	7,2	0,407	-1,89	82,8	0,008	
Operários e artífices	9	0	19	14,9	6,7	-2,6	1,81	45	0	
Trabalhadores não Qualificados	8	0	17	9,5	6,9	-0,43	-1,31	72,6	0,200*	
TOTAL	50	0	19	10,6	7,1	-0,95	-2,32	67		

H_{1g} : Existe associação significativa entre o agregado familiar e a independência funcional.

Para analisar o efeito da composição do agregado familiar sobre a independência funcional utilizou-se o teste de Kolmogorov-Smirnov que nos indica que os valores da independência funcional do grupo dos solteiros não segue uma distribuição normal. O teste de Levene indica que a dispersão das distribuições é homogénea, o que indicia a igualdade das formas das mesmas distribuições, pelo que irá aplicar-se o teste de Kruskal-Wallis com o objectivo de comparar as diferenças das classificações médias nos 4 grupos de agregado familiar.

Pela análise da tabela 17, constata-se que os doentes que têm os cônjuges como agregado familiar são os que apresentam valores de ordenação média superiores (28,8), bem como em relação à média dos valores de independência funcional (12,3). Conclui-se, no entanto, que as diferenças de pontuações médias da escala de independência funcional entre os grupos de agregado familiar não são estatisticamente significativas ($p > 0,05$), pelo que rejeitamos a hipótese enunciada, uma vez que o agregado familiar não é determinante nos níveis de independência funcional.

Independência funcional e Regresso ao Domicílio**Tabela 17 – Teste de Kruskal-Wallis: comparação das classificações médias da escala de independência funcional em função do agregado familiar**

Variável	Agregado Familiar	n	Ordenação média	χ^2	p
Independência Funcional	Sozinho	12	22,67	2,234	0,525
	Cônjuge	23	28,8		
	Filho/a	12	22,92		
	Outros (irmã/sobrinha)	3	21,83		

Anexo à Tabela 17 – Estatísticas relativas à independência funcional após o internamento segundo o agregado familiar

Independência Funcional	N	Mín.	Max.	\bar{X}	Dp	Sk/ Std.Error	K/ Std.Error	CV (%)	K-S P	Teste Levene
Agregado Familiar										
Sozinha	12	0	18	9,5	7,4	-0,36	-1,38	77,9	0,200	0,738
Cônjuge	23	0	19	12,3	6,7	-1,44	-1,39	54,5	0,000	
Filho/a	12	0	19	9,4	6,8	-0,13	-1,09	72,3	0,200	
Outros (irmã/sobrinha)	3	0	19	7,3	10,2	1,28	.	.	.	
TOTAL	50	0	19	10,6	7,1	-0,95	-2,32	67		

H_{1h} : Existe associação significativa entre a patologia incapacitante e a independência funcional.

Mais uma vez aplicamos o teste de Kruskal-Wallis para estudar a relação existente entre a patologia incapacitante e a independência funcional, constatando-se pela análise da tabela 18 que as diferenças de pontuações médias da escala de independência funcional entre os grupos de patologia incapacitantes, não são estatisticamente significativas ($p > 0,05$). A análise dessas diferenças permite identificar as patologias Tumores (cabeça/coluna) e a Patologia degenerativa discos cervicais/intervertebrais como os grupos que apresentam valores de ordenação média de independência funcional mais elevados (33 e 31,7, respectivamente). As patologias que apresentam menores valores médios de independência são, respectivamente a Doença cérebro vascular (24,3), as Lesões traumáticas fracturas do crânio, fracturas da coluna (19,67) e a Doença sistema nervoso (Alzheimer) (9).

Não obstante as diferenças verificadas, conclui-se que não há uma relação estatisticamente significativa nos valores médios de independência funcional entre os grupos de patologias incapacitantes, pelo que rejeitamos a hipótese enunciada.

Tabela 18 – Teste de Kruskal-Wallis: comparação das classificações médias da escala de independência funcional em função da Patologia Incapacitante

Variável	Patologia Incapacitante	n	Ordenação média	χ^2	p
Independência Funcional	Tumores (cabeça/coluna)	6	33	4,557	0,336
	Doença sistema nervoso (Alzheimer)	1	9		
	Doença cérebro vascular (avc, HSD, HSA)	35	24,3		
	Patologia degenerativa discos cervicais/intervertebrais	5	31,7		
	Lesões traumáticas # crânio, # coluna	3	19,67		

Anexo Tabela 18 – Estatísticas relativas à independência funcional após o internamento segundo as patologias diagnosticadas

Independência Funcional	N	Min.	Max.	\bar{X}	Dp	Sk/ Std.Error	K / Std.Error	CV (%)	K-S P	Teste Levene
Tumores (cabeça/coluna)	6	2	19	14,0	6,7	-1,77	0,78	48	0,03	0,017
Doença sistema nervoso (Alzheimer)	1	2	2	2,0	.	.	.	.	.
Doença cérebro vascular (avc, HSD, HSA)	35	0	19	9,8	7,3	-0,22	-2,2	74,5	0	
Patologia degenerativa discos cervicais/intervertebrais	5	10	18	15,4	3,1	-2,01	1,87	20,1	0,02	
Lesões traumáticas # crânio, # coluna	3	0	13	8,3	7,2	-1,38	.	86,7	.	
TOTAL	50	0	19	10,6	7,1	-0,95	-2,32	67		

H₂: As variáveis habitacionais (local residência, acessibilidades), influenciam a Independência Funcional.

H_{2a}: Existe associação significativa entre o local de residência do doente após o internamento e a independência funcional.

A análise da independência funcional em função do local de residência, mostra que uma das respectivas categorias (domicílio do próprio doente) não segue uma distribuição normal. A igualdade da dispersão, assumida pelo teste de Levene, permite o recurso ao teste de Kruskal Wallis, com o objectivo de comparar os valores médios da escala de independência em função do local de residência do doente. Atendendo à diversidade de locais de residências presentes no estudo, considerou-se, oportuno, agrupá-los em tipologias mais

Independência funcional e Regresso ao Domicílio

homogêneas e com maior interesse. Assim, procedemos à recodificação da variável “Local de residência” numa nova variável, contendo as seguintes categorias: 1. “domicílio do próprio”; 2 – Domicílio de familiar; 3- Outros domicílios (que inclui UCC, Lares). Os resultados são apresentados na tabela 19.

Através da aplicação do teste de Kruskal Wallis, observou-se que, pelo menos, um dos grupos de residência, difere dos restantes, quanto aos valores de independência funcional, sendo as respectivas diferenças estatisticamente significativas ($p=0,001$). Uma análise mais profunda permite identificar que os valores de ordenação média da independência funcional são superiores nos doentes que regressam ao domicílio próprio (33,8), seguidos dos doentes que vão para domicílio familiar (22,16) e finalmente dos doentes institucionalizados (16,19).

Tabela 19 – Teste de Kruskal Wallis: comparação da independência funcional dos doentes em função do seu local de residência

Independência funcional	n	Ordenação Média	χ^2	P
Domicílio do próprio	21	33,81	13,154	0,001
Domicílio de familiar	16	22,16		
Outro (UCC, Lar):	13	16,19		

Anexo Tabela 19 – Estatísticas da independência funcional dos doentes em função do seu local de residência

Independência Funcional	N	Min.	Max.	\bar{x}	Dp	Sk/ Std.Error	K/ Std.Error	CV (%)	K-S P	Teste Levene
Domicílio próprio	21	0	19	14,7	5,7	-3,5	2,0	38,8	0,000	0,288
Domicílio de familiar	16	0	19	9,1	7,1	0,0	-1,4	78	0,20	
Outro (UCC, Lar,...)	13	0	18	5,9	5,7	1,3	-0,2	96,6	0,20	
TOTAL	50	0	17	10,0	7,2	-0,95	-2,32	67	-	-

A análise da tabela 20 mostra que a maior prevalência de doentes que regressam ao próprio domicílio verifica-se em doentes com dependência moderada (76,5% dos casos). Quanto aos doentes que regressam a casa de familiares, (43,8%) são doentes com dependência total, (31,2%) com dependência moderada e (25%) com dependência grave. Já em relação aos doentes que regressam a instituições (UCC, lares, Centros de Dia), a maioria são doentes com dependência total (69,2%), e com menor expressão os doentes com dependência grave (23,1%) e (7,7%) com dependência moderada.

A análise dos valores residuais ajustados corrobora a relação de associação entre doentes com dependência moderada que regressam ao domicílio próprio e doentes com dependência total que ingressam em instituições, apresentando estas categorias os valores que mais se afastam dos valores standard.

Por aplicação do método de Monte Carlo do teste de qui-quadrado (alternativa aos métodos exactos e assintóticos para tabelas 3x2 categorias, quando exista 1 célula com frequência esperada inferior a 1 ou 20% das células com frequência esperada inferior a 5), conclui-se existir uma relação de associação entre a independência funcional e o regresso ao domicílio ($p=0,001$), aceitando-se deste modo a hipótese enunciada.

Tabela 20 – Associação entre independência funcional e local de residência do doente após internamento

Regresso ao Domicílio \ Indep. Func. (total=20)	Domicílio próprio (n = 21; % = 42)		Domicílio de familiares (n = 16; % = 32)		Outro (UCC, Lares) (n = 13; % = 26)		Total (n = 50; % = 100,0)	
	N	%	n	%	N	%	n	%
Dep. Total (0-8)	3	14,3	7	43,8	9	69,2	19	38,0
Ra		-2,9		0,6		2,7		
Dep. Grave (9-12)	2	9,5	4	25	3	23,1	9	18,0
Ra		-1,3		0,9		0,6		
Dep. Moderada (13-19)	16	76,2	5	31,2	1	7,7	22	44,0
Ra		3,9		-1,2		-3,1		

($\chi^2 = 17,475$; gl = 4; ; p = 0,001 Método Monte Carlo, baseado em 20000 simulações amostrais)

H_{2b}: Existe associação significativa entre as acessibilidades do domicílio e a independência funcional.

Não estão reunidos os requisitos da igualdade da forma das distribuições para testar esta hipótese de trabalho, através da aplicação do teste de Mann Whitney. Por esse motivo irá recorrer-se ao teste de associação do Qui-quadrado. Com base nos resultados apresentados na tabela 21, observa-se uma prevalência de necessidade de melhorar a acessibilidade de escadas em doentes com dependência moderada (44,2%) e com dependência total (37%). Apenas um doente com dependência total possuía de elevador na habitação. A análise dos valores residuais e da aplicação do método de Monte Carlo do teste de qui-quadrado permite concluir que não existe uma relação de associação estatisticamente significativa entre acessibilidade e independência funcional ($p=0,56$).

Independência funcional e Regresso ao Domicílio**Tabela 21 – Associação entre independência funcional e acessibilidade**

Acessibilidade	Elevador (n = 1; % = 2,33)		Escadas (n = 43; % = 97,7)		Total (n = 44; % = 100,0)	
	N	%	n	%	n	%
Independência F.						
Dep. Total (0-8)	1	100	16	37,2	17	38,2
Ra		1,3		-1,3		
Dep. Grave (9-12)	0	0,0	8	18,6	8	18,2
Ra		-0,5		0,5		
Dep. Moderada (13-19)	0	0,0	19	44,2	19	43,2
Ra		-0,9		0,9		

($\chi^2=1,625$; gl =2 ; p = 0,565 - Método Monte Carlo, baseado em 10000 simulações amostrais)

Anexo à Tabela 21 – Estatísticas relativas à independência funcional (dia da alta) segundo a acessibilidade do domicílio

Independência Funcional	N	Min.	Max.	\bar{X}	Dp	Sk/ Std.Error	K/ Std.Error	CV (%)	K-S P	Teste Levene
Elevador	1	-	-	-	-			-	.-	-
Escadas	43	0	19	10,5	7,3	-0,93	-2,23	69,5	.-	-
TOTAL	44	0	19	10,6	7,1	-0,95	-2,32	67		

H_{2c} : Existe associação significativa entre a adaptação habitacional e a independência funcional.

Por aplicação do teste de Mann Whitney constata-se que os doentes que tiveram necessidade de adaptar a sua habitação apresentam valores de ordenação média de independência funcional mais baixos (14,68) do que os que não tiveram essa necessidade (25,11). A diferença de pontuações médias da escala de independência funcional entre os dois grupos considerados é estatisticamente significativa (p=0.019).

É aceite a hipótese enunciada.

Tabela 22 – Comparação das classificações médias da escala de independência funcional segundo a habitação adaptada

Variável	Habitação adaptada	N	Ordenação média	U de Mann-Whitney	P
Independência funcional	Sim	11	14,68	95,500	0,019
	Não	33	25,11		

Anexo à Tabela 22 – Estatísticas relativas à independência funcional (dia da alta) segundo a habitação adaptada

Independência Funcional	N	Min.	Max.	\bar{X}	Dp	Sk/ Std.Error	K / Std.Error	CV (%)	K-S P	Teste Levene
Sim	11	0	17	7	7,4	0,59	-1,48		0,53	0,356
Não	33	0	19	12,1	6,7	-1,55	-1,38	55,4	0,00	
TOTAL	44	0	19	10,6	7,1	-0,95	-2,32	67		

H_{2d}: Existe associação significativa entre o tipo de adaptação habitacional e a independência funcional.

Por aplicação do teste de Kruskal Wallis, é possível constatar que não existe uma diferença, estatisticamente significativa (p=0,339), nos valores de ordenação média da escala de independência em função do tipo de alteração efectuada no domicílio. Uma análise mais cuidada, permite evidenciar que os doentes que efectuaram alteração de escadas na sua habitação, apresentam valores de ordenação média da independência mais baixos que os que alteraram apenas o espaço interior e o wc. É rejeitada a hipótese enunciada.

Tabela 23 – Kruskal Wallis: Comparação das classificações médias da escala de independência funcional segundo o tipo de adaptação

Variável	Tipo de adaptação	N	Ordenação média	χ^2	P
Independência funcional	Alteração das escadas	5	4,2	2,161	0,339
	Alteração espaço interior	3	5,17		
	Alteração wc	1	8,5		

Anexo à Tabela 23 – Estatísticas relativas à independência funcional (dia da alta) segundo o tipo de adaptação

Independência Funcional	N	Min.	Max.	\bar{X}	Dp	Sk/ Std.Error	K / Std.Error	CV (%)	K-S P	Teste Levene
Alteração das escadas	5	0	12	4,8	5,8	0,65	-1,42	82,7	.0,200	0,297
Alteração espaço interior	3	0	17	6,7	9,1	1,24	.	74	.	
Alteração wc	1	17	17	17,0	.	.	.	.	.
TOTAL	9	0	17	6,8	7,3	-0,95	-2,32	67		

H₃: As variáveis de suporte social (cuidador informal, visitas do cuidador informal, ensinamentos ao cuidador informal, dificuldades manifestadas pelo cuidador informal, redes de apoio), influenciam a Independência Funcional.

H_{3a}: Existe relação significativa entre os doentes que regressaram ao domicílio em função das redes de apoio e a independência funcional.

Pela análise da tabela 24 verifica-se que a maior prevalência de casos de doentes com apoio domiciliário é registada entre os doentes com dependência total (50%) e, também, que a maior prevalência de casos de doentes sem apoio domiciliário é registado entre os doentes com dependência moderada (93,3%). A análise dos valores residuais ajustados vem corroborar estes resultados, na medida em que estes grupos de categorias apresentam os valores que mais se afastam dos valores standard (-1,96 e 1,96). Por aplicação do método de Monte Carlo do teste de qui-quadrado (alternativa aos métodos exactos e assintóticos para tabelas 3x2 categorias, quando exista 1 célula com frequência esperada inferior a 1 ou 20% das células com frequência esperada inferior a 5), conclui-se existir uma relação de associação entre dependência funcional e apoio domiciliário nos doentes que regressaram ao domicílio próprio (p=0,005). Pelo que é aceite a hipótese enunciada.

Tabela 24 – Associação entre independência funcional de doentes que regressaram ao domicílio próprio e redes de apoio

Indep. Func doentes em domicílio próprio	Apoio domiciliário	Com rede de apoio (n = 6; % = 28,6)		Sem rede de apoio (n = 15; % = 71,4)		Total (n = 21; % = 100,0)	
		n	%	n	%	n	%
Dep. Total (0-8)		3	50,0	0	0,0	3	14,3
	Ra	3		-3			
Dep. Grave (9-12)		1	16,7	1	6,7	2	9,5
	Ra	0,7		0,7			
Dep. Moderada (13-19)		2	33,3	14	93,3	16	76,2
	Ra	-2,9		2,9			

($\chi^2 = 9,975$; gl = 2; p = 0,005, Método Monte Carlo, baseado em 20000 simulações amostrais).

Pela análise da tabela 25 verifica-se que a maior prevalência de casos de doentes sem apoio domiciliário é registada entre os doentes com dependência total (50%), o que é

justificado pelo facto dos doentes que regressam ao domicílio familiar terem apoio do cuidador informal. Verifica-se, também, que a maior prevalência de casos de doentes com apoio domiciliário é registado entre os doentes com dependência grave (50%). A análise dos valores residuais ajustados não se afastam muito dos valores standard (-1,96 e 1,96) e a aplicação do teste de qui-quadrado permite concluir não existir uma relação de associação entre dependência funcional e apoio domiciliário nos doentes que regressaram ao domicílio familiar (p=0,287).

Tabela 25 – Associação entre independência funcional de doentes que regressaram ao domicílio de familiar e o apoio domiciliário.

Indep. Func. Doentes em domicílio de familiar	Apoio domiciliário		Com rede de apoio (n = 6; % = 37,5)		Sem rede de apoio (n = 10; % = 62,5)		Total (n = 16; % = 100,0)	
	N	%	n	%	n	%		
Dep. Total (0-8)	2	33,3	5	50,0	7	43,8		
Ra		-0,7		0,7				
Dep. Grave (9-12)	3	50,0	1	10	4	25,0		
Ra		1,8		-1,8				
Dep. Moderada (13-19)	1	16,7	4	40,0	5	31,2		
Ra		-1,0		1,0				

($\chi^2 = 3,291$; gl = 2; ; p = 0,287 Método Monte Carlo, baseado em 20000 simulações amostrais)

H_{3b}: Existe associação significativa entre o perfil do cuidador informal e a independência funcional do doente.

Por aplicação do teste de Kruskal-Wallis constata-se que as diferenças de pontuações médias da escala de independência funcional entre os grupos de cuidadores, não são estatisticamente significativas (p>0,05), apesar dos cônjuges (esposas) cuidarem de doentes apresentando maiores valores de ordenação média de independência (22,32), seguido das filhas (16,15), das noras (11,17) e do cônjuge (marido) com (5,50). Aqui também é rejeitada a hipótese enunciada.

Tabela 26 – Teste de Kruskal Wallis: comparação da independência funcional dos doentes em função do seu cuidador

Independência funcional	n	Ordenação Média	χ^2	P
Cônjuge (marido)	1	5,50	7,541	0,057
Cônjuge (esposa)	14	22,32		
Filhas	13	16,15		
Noras	6	11,17		

H_{3c}: Existe relação significativa entre o interesse demonstrado pelo cuidador informal ao ensino e a independência funcional do doente.

Por aplicação do teste de Mann Whitney constata-se que as diferenças de pontuações médias da escala de independência funcional dos doentes nos dois grupos de interesse demonstrado pelo ensino, não são estatisticamente significativas ($p > 0,05$). Embora o grupo dos que receberam ensino apresentem valores de ordenação média mais elevados. É rejeitada a hipótese enunciada.

Tabela 27 – Teste de Mann Whitney: comparação da independência funcional dos doentes em função do interesse do cuidador pelo ensino

Independência funcional	n	Ordenação Média	χ^2	P
Sim	43	26,47	109,000	0,243
Não	7	19,57		

Anexo à Tabela 27 – Estatísticas relativas à independência funcional dos doentes em função do interesse do cuidador pelo ensino

Independência Funcional	N	\bar{x}	Dp
Sim	43	11,1	6,8
Não	7	7,4	8,3
Total	50	10,6	7,1

H_{3d}: Existe relação significativa entre as visitas efectuadas pelo cuidador informal e a independência funcional do doente.

Por aplicação do teste de Kruskal-Wallis constata-se que as diferenças de pontuações médias da escala de independência funcional entre os diferentes grupos de frequência de visita por parte do cuidador, não são estatisticamente significativas ($p > 0,05$), apesar dos doentes com visitas diárias do cuidador informal apresentarem valores de ordenação média de independência funcional mais elevados.

Tabela 28 – Teste de Kruskal Wallis: comparação da independência funcional dos doentes em função da frequência de visitas efectuadas pelo cuidador ao doente internado

Independência funcional	n	Ordenação Média	χ^2	P
Diariamente	36	26,83	2,611	0,456
2 a 3x por semana	9	24,83		
Quinzenalmente	3	13		
Nunca	2	23,25		

Anexo à Tabela 28 – Estatísticas relativas à independência funcional dos doentes em função da frequência de visitas efectuadas pelo cuidador

Independência Funcional	N	\bar{X}	Dp
Diariamente	36	11,1	7,3
2 a 3x por semana	9	11,1	5,3
Quinzenalmente	3	4,7	6,4
Nunca	2	9,0	12,7
Total	50	10,6	7,1

APÊNDICE VI

Ensinos Realizados ao Cuidador Informal

	DESCRIÇÃO		Nº	%
	ENSINOS	<u>Promoção de autonomia</u> <u>AVD's</u>	Higiene	7	4,6%
Alimentação			25M; 1 H	16,8%
Vestir/Despir			9 M ; 1 H	6,4%
Treino de marcha com apoio (3º pessoa, andarilho, canadianas, bengala)			16 M; 1 H	11%
Transferências (cama/cadeira e vice versa)			20	13%
Sentar correctamente para alimentação			4 M 3 H	4,6%
Prevenção de quedas			17	11%
Alimentação por SNG			7	4,6%
Posicionamentos			11	7%
Banho leito			4	2,6%
Optimizar comunicação (Falar de frente para o doente, fazer perguntas simples)			4 M; 1 H	3,2%
Eliminação de barreiras em casa			9 M; 1 H	6,4%
Higiene w.c			2	1,2%
Orientação no tempo e espaço			4 M; 1 H	3,2%
Treino cognitivo (Leitura, calculo, grafismo)			2	1,2%
Treino motricidade fina (botões, molas, cortar alimentos)			4 M; 1 H	3,2%
		Total	155	100%

(Ensinos realizados ao Cuidador Informal: H- Homens; M – Mulheres)

ANEXOS

ANEXO I

Instrumento de Colheita de dados

INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU



**I CURSO DE MESTRADO
EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**

FORMULÁRIO

*Independência Funcional e Regresso ao Domicílio: Variável chave para a
Enfermagem de Reabilitação*

DATA: ___/___/___

Nº _____

I – CARACTERIZAÇÃO SOCIO-DEMOGRÁFICA e CLÍNICA

1 - Idade _____ anos.

2-Sexo : Masculino Feminino

3- Residência: Rural Urbano

4 – Estado Civil:

Casado (a)	<input type="checkbox"/>
Viúvo (a)	<input type="checkbox"/>
Divorciado (a)	<input type="checkbox"/>
Solteiro (a)	<input type="checkbox"/>
Outro	<input type="checkbox"/>

Qual? _____

5- Habilitações Literárias:

Não sabe ler nem escrever	<input type="checkbox"/>
Sabe Assinar	<input type="checkbox"/>
1º Ciclo de Estudos (4ª classe)	<input type="checkbox"/>
2º Ciclo de Estudos (9º ano ou antigo 5ºano)	<input type="checkbox"/>
3º Ciclo de Estudos (11º ano ou antigo 7º ano)	<input type="checkbox"/>
Curso Médio	<input type="checkbox"/>
Curso Superior	<input type="checkbox"/>
Outro	<input type="checkbox"/>

Qual? _____

6- Profissão:

7 - Patologia Incapacitante:

8 – Agregado familiar (com quem vive):

Sozinho Cônjuge Filho(s) Outro (s)

II- CARACTERIZAÇÃO HABITACIONAL e REDES de APOIO

1-

Local de Residência após internamento	
Domicilio	
UCC	
LAR	
OUTRO	

2- Acessibilidades: Elevador Escadas Rampa

3- A habitação onde reside necessita de ser adaptada?

Sim Não

3.1- Se sim, qual adaptação:

Alteração escadas Alteração espaço interior Alteração w.c

3.2- Quem financiou as obras:

Próprio Familiars Entidade pública

Independência funcional e Regresso ao Domicilio

IV – CARACTERIZAÇÃO DA INDEPENDENCIA FUNCIONAL		
ÍNDICE DE BARTHEL (Wade e Collin, 1988)	1º DIA Internamento	ALTA
Mobilidade		
0 – Imobilizado 1 – Independente na cadeira de rodas 2 – Anda com ajuda 3 – Independente (inclui ajuda de bengala)		
Ir ao WC		
0 – Dependente 1 – Com ajuda 2 – Independente		
Vestir-se		
0 – Dependente 1 – Com ajuda 2 – Independente		
Escadas		
0 – Incapaz 1 – Com ajuda 2 – Independente		
Tomar banho		
0 – Dependente 1 – Independente		
Higiene pessoal (barba, dentes, cabelo, rosto...)		
0 – Necessita de ajuda 1 – Independente		
Urinar		
0 – Incontinente/Algaliado 1 – Acidente ocasional 2 – Contigente		
Evacuar		
0 – Incontinente 1 – Acidente ocasional 2 – Sem problemas		
Alimentar-se		
0 – Incapaz 1 – Com ajuda 2 – Independente		
Deslocações (> ou = a 30 metros)		
0 – Incapaz 1 – Grande ajuda (1 ou 2 pessoas) 2 – Pequena ajuda (verbal ou física) 3 – Independente		
SCORE TOTAL (0 –20)		

Dependência total = 0-8; Dependência grave = 9-12;
Dependência moderada = 13-19; Independência total=20

V – PERFIL DO CUIDADOR E APOIO FAMILIAR

1-Cuidador Informal: _____

1.1-Grau de Parentesco: Cônjuge Filho(s) Outro

2-Visitas efectuadas pelo familiar cuidador ao longo do internamento:

Diariamente 2-3x/Semana Quinzenalmente Nunca

2.2- Obsevações: _____

3-Familiar cuidador demonstrou interesse/disponibilidade em participar nos cuidados ao familiar internado:

Sim Não

3.1- Se sim, que ensinos foram realizados:

4-Dificuldades observáveis e/ou manifestadas pelo familiar cuidador com o regresso do familiar ao domicílio:

5-

Redes de Apoio	Antes internamento	Após internamento
Apoio Domiciliário		
Centro de Dia		
Outro		