

Tradução e validação para a língua portuguesa do questionário de planeamento da alta (*PREPARED*)

Translation and validation for the Portuguese language version of the discharge planning questionnaire (*PREPARED*)

Traducción y validación a la lengua portuguesa del cuestionario de planeamiento del alta (*PREPARED*)

Pedro L. Ferreira*; António P. Mendes**; Isabel R. Fernandes***; Regina R. Ferreira****

Resumo

Os aspetos relacionados com o planeamento da alta têm vindo a ser abordados ultimamente, no sentido de identificar quais os fatores que o influenciam e que determinam a sua efetividade, possibilitando a continuidade de cuidados, a recuperação dos doentes e a sua reintegração na comunidade.

A presente investigação descritivo-correlacional tem como objetivo a tradução e validação da versão portuguesa do Questionário *PREPARED*.

A amostra dos doentes foi constituída por 129 indivíduos submetidos a um internamento cirúrgico, num mínimo de 3 dias e com alta hospitalar. A amostra dos cuidadores foi constituída por 118 cuidadores principais. Este estudo disponibilizou para a língua portuguesa o instrumento de avaliação *PREPARED*, versão doente e cuidador, oferecendo uma estrutura válida para obter informação em contexto comunitário, relativa à perceção da qualidade das atividades que constituem o processo de planeamento da alta.

Palavras-chave: alta do doente; doentes; cuidadores; validação.

Abstract

Issues related to hospital discharge planning have been addressed recently in order to identify the factors that affect it and determine its effectiveness, and, consequently, enable continuity of care, patients' recovery and their reintegration into the community.

The aim of the current descriptive and correlational research study was the translation and validation of the Portuguese version of the *PREPARED* questionnaire.

The sample of patients was composed of 129 individuals who were admitted for surgery for more than three days, and have been discharged from hospital. The sample of caregivers was composed of 118 main caregivers.

The Portuguese version of the *PREPARED* patient and caregiver questionnaires were made available by this study. In a community context, it represents a valid structure for information acquiring on the perception of the quality of the activities regarding the discharge planning procedure.

Keywords: patient discharge; patient; caregivers; validation.

* Professor Associado com Agregação - Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra; investigador do Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra [pedrof@fe.uc.pt].

** Enfermeiro Especialista a exercer funções no Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, EPE – Serviço de Cabeça e Pescoço/Urologia. Pós-graduação em Pedagogia da Saúde. Pós-Licenciatura em Enfermagem de Saúde Comunitária. Assistente Convitado da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra [apedromendes@gmail.com].

*** Mestre em Sociopsicologia da Saúde. Enfermeira Graduada a exercer funções no Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, EPE – Unidade de Cuidados Intermédios/Unidade de Cuidados Pós-anestésicos. Pós-Licenciatura em Enfermagem de Saúde Comunitária. Doutoranda em Enfermagem. Assistente Convitado da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra [isabel_fernandes_pt@yahoo.com.br].

**** Enfermeira Graduada a exercer funções no Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, EPE – Unidade de Cuidados Intermédios/Unidade de Cuidados Pós-anestésicos. Pós-Licenciatura em Enfermagem de Saúde Comunitária [regina.m.ferreira@sapo.pt].

Resumen

Los aspectos relacionados con el planeamiento del alta han sido últimamente abordados, con el fin de identificar los factores que en él influyen y que determinan su efectividad, posibilitando la continuidad de los cuidados, la recuperación de los pacientes y su reintegración en la comunidad.

La presente investigación descriptivo-correlacional tiene por objetivo traducir y validar la versión portuguesa del Cuestionario *PREPARED*.

La muestra de los pacientes estuvo constituida por 129 individuos sometidos a un internamiento quirúrgico, con un mínimo de 3 días y con alta hospitalaria. La muestra de los cuidadores estuvo constituida por 118 cuidadores principales.

Este estudio puso a disposición en lengua portuguesa el instrumento de evaluación *PREPARED*, en su versión para el paciente y cuidador, ofreciendo una estructura válida para obtener información en contexto comunitario, relativa a la percepción de la calidad de las actividades que constituyen el proceso de planeamiento del alta.

Palabras clave: alta del paciente; pacientes; cuidadores; validación.

Recebido para publicação em: 02.11.10

Aceite para publicação em: 19.07.11

Introdução

Os avanços científicos, o desenvolvimento social, a aplicação de medidas de política de saúde, e o próprio comportamento salutogénico do Homem nas últimas décadas, têm sido apontados como fatores responsáveis pelo aumento da esperança de vida. Paralelamente, com o crescimento da esperança de vida, tem-se assistido ao aumento da incidência e da prevalência de problemas de saúde na população e, inerentemente, ao aumento das necessidades em cuidados de saúde, sendo do conhecimento geral que nem todas estas necessidades podem ser satisfeitas. De facto, os hospitais não estão vocacionados nem possuem todos os recursos que lhes permitam uma prestação de cuidados até à completa recuperação das capacidades dos doentes, de forma a poderem assumir todas as atividades da sua vida diária. Verifica-se, muitas vezes, que aqueles são submetidos a um processo de alta precoce, nem sempre estando assegurado que o doente e eventuais cuidadores estão suficientemente habilitados e informados acerca dos cuidados indispensáveis para o restabelecimento do seu estado de saúde.

Também a expectativa dos doentes e da família no momento de entrada numa instituição hospitalar é muito elevada, encontrando-se associada a um conjunto de ansiedades, dúvidas, incertezas e medos, acerca de tudo o que irá acontecer e de como se irá desenvolver o processo de internamento e consequente recuperação. Neste sentido, a continuidade dos cuidados é encarada como a componente chave do processo de prestação de cuidados (Bull, Hansen e Gross, 2000) e é vista pelos doentes e seus familiares cuidadores ou cuidadores informais como a informação recebida relativa à medicação, à condição clínica, às atividades possíveis de serem realizadas e às ofertas de serviços comunitários.

Planeamento de alta

A hospitalização de um doente visa, sobretudo, ajudá-lo a recuperar de um problema de saúde, no intuito de melhorar e de se reintegrar na sociedade o mais rapidamente possível. O planeamento da alta é considerado um dos processos que permite identificar e organizar os serviços de saúde e de

apoio na assistência aos doentes e seus familiares, contribuindo para o sucesso no período após a alta (Grimmer *et al.* 2006). Assim, é muito importante que doentes e cuidadores sejam bem integrados no planeamento da alta, sendo envolvidos em todos os aspetos relativos à prestação de cuidados, devendo este processo de aprendizagem iniciar-se o mais cedo possível e ser transversal a todo o período de hospitalização, de modo a poderem ser desenvolvidas competências que promovam a qualidade de vida e a otimização do processo de reabilitação (Martins, Ribeiro e Garret, 2004).

De acordo com Aguillar e Angerami (1992), a alta traduz a resultante de um conjunto de intervenções, cuidados médicos e de enfermagem, bem como a perceção de missão cumprida, revelando-se a ponte entre os cuidados hospitalares e os cuidados domiciliários. A alta está associada, por um lado, a uma conquista e, por outro, a um conjunto de incertezas, medos e ansiedade, relativos à transferência do hospital para casa. Constituindo a última fase do processo de internamento, a alta não deve ser encarada como a etapa final do processo de prestação de cuidados, mas sim como uma das suas fases, uma vez que se aposta, cada vez mais, na continuidade dos cuidados. A alta deve permitir a readaptação do doente ao seu ambiente familiar e comunitário nas melhores condições possíveis (Alfonso *et al.*, 1999). Além disso, a forma como o processo da alta se desenvolve tem, também, implicações diretas nos posteriores contactos a estabelecer com as instituições hospitalares, uma vez que o momento da alta, quando resultante de um ambiente atencioso e cuidado, permite o estabelecimento de uma relação empática e agradável, que irá marcar aquele período de internamento.

A expressão 'planeamento da alta' é, assim, empregue para descrever todo o processo decorrente do momento da alta hospitalar, facilitando o planeamento das intervenções necessárias à satisfação das necessidades dos doentes em cuidados de saúde, com o objetivo de proporcionar a continuidade dos cuidados, na perspetiva da tríade doente-família-comunidade. Trata-se de um processo contínuo e que deve ser iniciado no dia da admissão hospitalar, envolvendo o doente, a família e a equipa de saúde, visando a garantia de obtenção de ganhos em saúde (Grimmer *et al.*, 2006).

Neste sentido, e de acordo com Grimmer e Moss (2001), podem considerar-se os seguintes objetivos

do planeamento da alta: minimizar o número de dias desagradáveis em ambiente hospitalar intensivo; permitir ao doente reassumir a sua vida social; facilitar a rápida transição dos doentes do meio hospitalar para a comunidade; conduzir à resolução de problemas e à obtenção de metas, tendo em conta as expectativas dos doentes, dos cuidadores informais e dos profissionais de saúde, sem prejudicar os imperativos dos hospitais.

Na opinião de Grimmer, Hedges e Moss (1999), o planeamento da alta pode ser estruturado em quatro fases. São elas: (i) o conhecimento das necessidades dos doentes que irão ter alta, (ii) o desenvolvimento de planos de alta pertinentes, (iii) a implementação dos planos elaborados e (iv) a avaliação dos resultados obtidos.

Verifica-se, no entanto, que se tem dado muito mais ênfase ao processo da alta do que aos seus resultados, daí se compreender a escassez de bibliografia com informações dos profissionais, dos doentes e dos cuidadores acerca da sua avaliação (Chao, 1988; Peters, Fleuren e Wijkel, 1997). De facto, pouco se tem escrito acerca da última fase do planeamento da alta. Encontram-se referências às três primeiras fases realizadas pelos profissionais de saúde, constatando-se que, neste âmbito, poucas informações existem sobre a perceção dos doentes e cuidadores.

Por outro lado, uma avaliação económica do planeamento de alta exige uma identificação e uma medição dos benefícios e dos custos, sob a perspetiva da sociedade, e não apenas com base na redução de dias de internamento (Blaylock e Cason, 1993).

Em Portugal, só recentemente se tem manifestado interesse por esta temática, com os processos de planeamento de alta a serem encarados como critérios importantes para a avaliação da qualidade dos cuidados de saúde, atualmente considerada como exigência social, política e cultural, ilustradora do nível de desenvolvimento do país.

Perante a importância da avaliação do planeamento da alta e da constatação da inexistência de instrumentos validados para a população portuguesa, selecionou-se um instrumento de avaliação que permite, em contexto comunitário, medir a perceção dos doentes e seus cuidadores relativamente à qualidade das atividades hospitalares no âmbito do planeamento da alta. Assim, a presente investigação tem como objetivo a tradução e validação da versão portuguesa do Questionário *PREPARED*.

O questionário *PREPARED*

O questionário *PREPARED* é um instrumento de avaliação da qualidade do planeamento da alta, da autoria de Karen Grimmer, professora na Universidade da Austrália do Sul e diretora do *Centre for Allied Health Evidence*. O nome deste instrumento provém de um acrónimo composto por oito letras com o seguinte significado: (P) rescriptions; (R) eady to enter community; (E) ducation; (P) lacement; (A) ssurance of safety; (R) ealistic expectations; (E) mpowerment; (D) irected to appropriate services.

Construído com base em entrevistas a doentes, cuidadores informais e profissionais de saúde, foi testado e modificado de modo a garantir uma medição precisa dos atributos do processo de planeamento de alta e dos seus resultados (Grimmer e Moss, 2001).

É composto por quatro versões coerentes (doentes, cuidadores, clínicos gerais e gestores de organizações de cuidados continuados). No entanto, neste artigo, referenciam-se apenas as versões doente e cuidador que traduzem o grau de preparação do doente e seu cuidador para a alta, bem como as suas expectativas relativamente à organização e disponibilização de serviços e equipamentos na comunidade no período pós-alta.

Os questionários apresentam-se dispostos em secções com perguntas ordenadas de uma forma cronológica. Assim, começam por uma caracterização sociodemográfica e clínica dos respondentes e prosseguem com perguntas em que é medido o tipo de informações que receberam durante o internamento em três momentos diferentes: (i) antes de ter tido alta, (ii) depois de saber que iam ter alta e (iii) depois de terem deixado o hospital.

A sua validade divergente foi testada através de comparação com os resultados do SF-36, no pressuposto de que se tratava de uma medida de perceção dos doentes sobre cuidados, independentes da sua perceção sobre a qualidade de vida relacionada com a saúde (Grimmer e Moss, 2001). Estes autores concluíram que se trata de um instrumento que mede aspetos não avaliados pelo SF-36. A validade de conteúdo foi testada através das correlações entre indicadores de processo e de resultado referentes à alta.

A aplicação do questionário foi acompanhada por entrevistas semiestruturadas, tendo surgido destas entrevistas, por análise fatorial, quatro domínios

de processo: (i) informação sobre a existência de estruturas de apoio; (ii) informação sobre a medicação e respetiva adesão terapêutica; (iii) preparação para a alta e preocupação com a reintegração na comunidade e (iv) controlo sobre as circunstâncias associadas à alta. A cada um destes domínios de processo estão associadas várias perguntas, conforme é apresentado no quadro 1, podendo ser calculado um indicador total de processo através da soma das pontuações dos quatro domínios.

O domínio “informação sobre estruturas de apoio” preocupa-se com a informação que é fornecida sobre a forma de conseguir desempenhar as suas atividades da vida diária (avd) quando regressasse a casa (fazer compras, tomar banho, entre outras). Além disso, refere, também, os serviços domiciliários (por exemplo, cuidados domiciliários, visitas de enfermagem e alimentação ao domicílio) a que o

doente pudesse recorrer ou o equipamento que pudesse necessitar quando estivesse em casa (por exemplo, apoios para as mãos, cadeira de banho ou ajudas técnicas para andar).

O domínio “informação sobre a medicação” analisa que informação foi fornecida ao doente sobre a medicação que ia levar para casa e sobre os eventuais efeitos secundários. Verifica, também, se lhe foram dadas instruções por escrito sobre os medicamentos. Em relação à “preparação para a reintegração” questiona se há mais alguma informação que o doente gostaria de ter recebido quando estava no hospital para preparar o seu dia-a-dia em casa e verifica se o doente anda preocupado com a sua reintegração em casa.

Finalmente, o domínio “controlo sobre as circunstâncias” vê se o doente se encontra confiante para executar as tarefas diárias em casa e se houve algum atraso no dia em que teve alta do hospital.

QUADRO 1 – Domínios de processo

Domínio	Pergunta
Informação sobre estruturas de apoio	Informação sobre como conseguir fazer avd Informação sobre existência de serviços comunitários Alguém arranhou serviços comunitários Informação sobre equipamento Alguém arranhou equipamento
Informação sobre medicação	Informação sobre medicação a levar para casa Informação sobre efeitos secundários da medicação Instruções por escrito sobre os medicamentos ⁽¹⁾ Informação sobre como conseguir prestar cuidados ⁽²⁾
Preparação para a reintegração	Informação para preparar o dia-a-dia em casa Preocupado com a execução das atividades diárias ⁽¹⁾ Preocupação com os cuidados a prestar ao doente ⁽²⁾
Controlo sobre as circunstâncias	Confiança para executar as tarefas diárias em casa Atraso no dia da alta do hospital

⁽¹⁾ Só na versão *PREPARED* doente

⁽²⁾ Só na versão *PREPARED* cuidador

Por outro lado, o indicador de resultados é obtido pela soma das respostas às quatro perguntas seguintes: (i) Em geral, até que ponto se sentiu preparado para regressar a casa; (ii) Foi feita alguma coisa para lidar com as suas preocupações; (iii) Se já recebeu serviços comunitários, foram ao encontro das suas necessidades; (iv) Se o equipamento já foi fornecido, foi ao encontro das suas necessidades.

Existem, também, perguntas relativas aos custos associados ao internamento e aos serviços utilizados após a alta (deslocação, combustíveis, medicamentos e despesas de saúde no setor público e privado), para além de um indicador geral de satisfação com o planeamento de alta.

Por fim, são incluídas perguntas abertas questionando se houve alguns aspetos da preparação para a alta, ainda enquanto no hospital, em relação aos quais gostasse de fazer mais comentários e, depois de ter saído do hospital, relativamente aos cuidados que recebeu.

Metodologia

O objetivo do presente estudo foi traduzir para a língua portuguesa e validar as versões “doentes e cuidadores” do questionário *PREPARED* através das suas propriedades psicométricas. Para a criação e

validação de cada um destes instrumentos de avaliação da qualidade do planeamento de alta seguiu-se uma metodologia composta por duas fases: (i) a fase de tradução e adaptação cultural do questionário e (ii) a fase da validação.

A opção pelo referido instrumento de avaliação foi efetuada após uma revisão da literatura produzida relativamente ao planeamento da alta que, nos diversos estudos consultados, elencam como variáveis a relacionar, obrigatoriamente, a informação veiculada ao doente e cuidador, dirigida à medicação e às estruturas de apoio existente, aos serviços disponíveis na comunidade, às preocupações com a capacidade de satisfação das necessidades de vida diária e às circunstâncias da alta.

A pertinência destes domínios de variáveis é reforçada por Bull, Hansen e Gross (2000) ao referir que, no que respeita ao planeamento de alta, os doentes e seus familiares/cuidadores informais percebem a continuidade de cuidados, tendo em conta a informação que receberam relativamente à medicação, estado físico, atividades e serviços comunitários. Ainda segundo os mesmos autores, a qualidade deste planeamento encontra-se dependente do nível de preparação realizada no hospital e do grau de dificuldade apresentada pelos doentes em assumir essas atividades.

Com a fase de tradução do questionário pretendeu-se obter uma versão em português, linguisticamente correta e equivalente à versão original. Seguindo a metodologia tradução/retroversão, esta fase começou com a produção de duas versões em português, geradas independentemente por dois tradutores portugueses fluentes em inglês. Ambas as traduções foram analisadas e comparados os seus conteúdos, tendo sido produzida uma única versão de consenso. De seguida, esta versão foi submetida a uma retroversão, tornando possível a comparação com a versão original. Do resultado desta comparação surgiu uma nova versão em português.

Esta última versão passou pela análise de um especialista linguista que a analisou em termos gramaticais e da língua portuguesa. Foi submetida a um especialista clínico que comparou, para cada item do questionário, as versões original em inglês e a obtida em português. Ainda na fase linguística foi feito um teste de compreensão com um pequeno grupo de doentes para detetar problemas de ambiguidade ou de dificuldade de compreensão por parte dos

destinatários do questionário e testou-se a validade de conteúdo (facial).

Na fase de validação do questionário analisou-se a vertente de construção, através da análise fatorial e da correlação entre indicadores de processo e de resultado. A análise fatorial permitiu confirmar as dimensões de processo e resultado referidas pela autora.

A amostra utilizada para validar o *PREPARED* foi obtida do universo dos doentes internados com alta clínica do Departamento Cirúrgico (Serviços de Cirurgia de Cabeça e Pescoço/Urologia, Cirurgia Geral e Ginecologia) do Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, EPE, durante o período compreendido entre 16 de abril e 31 de maio de 2007. Foi efetuado um pedido formal a cada um dos Diretores de Serviço.

Para garantir o anonimato e a confidencialidade das informações recolhidas, a entrega dos questionários foi efetuada em sobrescrito fechado no momento da alta, contendo dois outros sobrescritos, RSF para envio, por correio, dos questionários para o doente e respetivo cuidador. Foi-lhes pedido que respondessem entre o sétimo e o décimo dia após a alta. Foi-lhes, também, pedido o contacto telefónico para os lembrar quando decorressem oito dias da data da alta. Apesar de terem sido contactados telefonicamente, o anonimato não foi quebrado, uma vez que apenas se reforçou a ideia de preenchimento e não foram feitas quaisquer perguntas ao telefone. Independentemente destes procedimentos de confidencialidade, foi, também, solicitada e obtida autorização ao Presidente do Conselho de Administração e parecer da Comissão de Ética do hospital.

Resultados

Após o processo de tradução/retroversão que garantiu a equivalência semântica e cultural entre as versões original e em português, obteve-se um questionário que, posteriormente, foi submetido a teste de compreensão e de validação.

Testes de compreensão

Em relação à versão para doentes, do processo de tradução-retroversão resultou uma primeira versão em português que foi submetida a uma amostra de dez doentes, maioritariamente do sexo feminino,

com uma idade média de 56,5 anos e uma mediana etária de 57 anos. Sete tinham sido submetidos a uma mastectomia, um outro a uma colostomia, outro a um esvaziamento cervical e, por fim uma outra doente a quem foi realizada uma herniorrafia e mastectomia. Relativamente à profissão, 30% estavam reformados e os restantes distribuídos por atividades ligadas aos setores secundário e terciário. Nenhum doente declarou ter tido qualquer dificuldade de compreensão do questionário, ou em entender as palavras, e todos consideraram tratar-se de um questionário claro, embora um pouco longo, com um tempo médio de preenchimento ligeiramente inferior a 25 minutos.

Para a versão para cuidadores foram também selecionados dez elementos de entre gestores, metalúrgicos, enfermeiros, administrativos, professores, domésticas, reformados e desempregados. Oitenta por cento eram do sexo feminino, a idade média era de 47,8 anos, com uma mediana de 51 anos. De uma forma geral, referiram não ter tido qualquer dificuldade na compreensão do questionário, com 30% também a opinar tratar-se de um questionário um pouco longo. O tempo de preenchimento desta versão do *PREPARED* foi de 24 minutos, de uma amplitude de dez a trinta e cinco minutos.

Teste de validação

Avançou-se então para a validação do instrumento de medição a partir da aplicação do questionário a uma população de doentes do foro cirúrgico e seus cuidadores do hospital central atrás referido.

Os critérios de inclusão para os doentes foram:

saber ler e escrever, ter sido submetido a um internamento de cirurgia, num mínimo de três dias e o consentimento em colaborar no estudo. Em relação à versão para os cuidadores, foi também exigido saber ler e escrever, consentir colaborar no estudo e a autoidentificação como cuidadores.

Foram distribuídos 200 questionários a doentes e outros 200 a cuidadores. Recebeu-se um total de 129 questionários de doentes e 118 de cuidadores, correspondendo, respetivamente a uma taxa de respostas de 64,5% e 59,0%. A tabela 1 apresenta as características das amostras de doentes e de cuidadores que responderem a este questionário.

Analisando estes quadros, verifica-se uma distribuição do género feminino de 70,5% dos doentes, e de 61,2% dos cuidadores. Cerca de dois quintos dos doentes teve alta antes das 14 horas, sendo que, em média, a alta se verificou entre as 10 e as 12 horas. Enquadrado nas circunstâncias da alta, quando questionados sobre a eventualidade de atrasos na alta, os dois grupos do estudo foram coincidentes na opinião de que tal não ocorreu para 96,5% dos doentes e para 93,5% dos cuidadores.

Ainda associado ao período pós-alta verificou-se que os profissionais mais solicitados pelo doente na primeira semana após a alta foram, em média e por ordem decrescente de episódios, os enfermeiros em 79% dos casos, os médicos de família em 55%, outras pessoas em 39% e o farmacêutico em 21%. Para o cuidador, os profissionais mais solicitados foram o médico de família em 12%, seguido dos enfermeiros e dos farmacêuticos, ambos com 6%.

TABELA 1 – Características das amostras de doentes (n=129) e de cuidadores (n=118)

	Variável	Opções de resposta	N	%
Doentes	Serviço	Cirurgia de Cabeça e Pescoço/Urologia	54	41,9
		Cirurgia Geral	39	30,2
		Ginecologia	36	27,9
	Género	Masculino	38	29,5
		Feminino	91	70,5
	Idade	21 – 40 anos	12	9,0
		41 – 60 anos	57	46,1
		61+ anos	56	44,9
	Hora da alta	8:00 – 10:00	5	3,9
		10:00 – 12:00	50	38,8
		12:00 – 14:00	47	36,4
		14:00 – 16:00	23	17,8
16:00 – 18:00		4	3,1	

Cuidadores	Grau de parentesco	Cônjuge	64	55,2
		Filho/a	31	26,7
		Mãe	7	6,0
		Nora / genro	6	5,2
		Outro	8	6,9
	Género	Masculino	45	38,8
		Feminino	71	61,2
	Idade	21 – 40 anos	31	27,7
		41 – 60 anos	49	43,8
		61+ anos	32	28,5
	Único cuidador	Sim	15	13,0
		Não	100	87,0
	Vive com o doente	Sim	90	77,6
Não		26	22,4	

Indicadores de processo e de resultado

Com base nos indicadores de processo já anteriormente definidos, obtiveram-se os resultados apresentados na tabela 2. Pela análise dos resultados obtidos para os domínios da informação, detetam-se valores diferentes segundo a perspetiva dos doentes e dos cuidadores. Assim, segundo a opinião dos doentes, a informação recebida foi a necessária relativamente à medicação (57,6%), aos efeitos secundários (40,8%) e às instruções por escrito sobre os medicamentos (37,2%). No caso dos cuidadores, em relação à informação recebida sobre a medicação que o doente ia levar para casa, 39,1% referiram que foi a necessária e 35,4% afirmam não ter recebido informação sobre os efeitos secundários dos medicamentos.

Quanto à informação relativa à preparação para a realização das atividades da vida diária, no caso dos doentes, e como conseguir prestar cuidados ao doente, por parte do cuidador, o presente estudo revelou que 75,4% dos doentes consideram que a informação recebida foi a necessária, e que 53,0% dos cuidadores afirmam não terem sido informados.

Na análise dos resultados associados à informação sobre serviços comunitários a que os doentes pudessem recorrer, constatou-se que para 70,2% não eram necessários, o mesmo acontecendo para 67,8% dos cuidadores. Verificou-se ainda que, para os dois

grupos, 17,8% dos doentes e 21,6% dos cuidadores, ao afirmarem necessitar de equipamentos, referiram não ter recebido qualquer informação. Relativamente aos serviços comunitários, as respostas proferidas pelos dois grupos mostram não ter existido qualquer transferência de informação nesse sentido, apresentando valores de 23,5% para o doente e 31,9% para os cuidadores.

Em relação ao nível de confiança para executar as tarefas diárias em casa, os doentes referiram que em 52,9% dos casos se encontravam confiantes, assim como 85,2% dos cuidadores, apesar de, anteriormente, 53,0% destes terem referido não lhes ter sido dada informação para o cuidar. Este nível apurado para os cuidadores poderá estar relacionado com o facto de que 87,0% assumirem não serem o cuidador único, partilhando o cuidar com outros familiares e amigos.

Quanto à questão da preocupação com a realização das atividades diárias, 69,4% dos doentes referem que se sentem preocupados e 84,2% dos cuidadores confirmam a mesma ideia relativamente aos cuidados que têm que prestar na sua função de cuidador. Assim, inserido no mesmo domínio das preocupações para a retoma das suas atividades de vida diária, constatou-se que dos 37 doentes e 18 cuidadores que relataram ter preocupações, foram estabelecidas estratégias de apoio a 29,7% doentes e a 22,2% cuidadores.

TABELA 2 – Domínios de processo para os doentes e para os cuidadores

Domínio	Indicadores	Opções de resposta	Doente		Cuidador	
			N	%	N	%
Informação sobre estruturas de apoio	Informação sobre como conseguir fazer avd	As necessárias	92	75,4	51	44,3
		Algumas, não suficientes	6	4,9	3	2,6
		Nenhumas	24	19,7	61	53,0
	Informação sobre existência de serviços comunitários	As necessárias	28	23,5	25	21,6
		Algumas, não suficientes	0	0,0	2	1,7
		Nenhumas	28	23,5	37	31,9
	Alguém arranjou serviços comunitários	O doente não necessita	63	52,9	52	44,8
		Sim	3	2,5	2	1,7
		Não	21	17,4	26	22,6
		Serviços já existiam	11	9,9	9	7,8
Informação sobre Equipamento	Serviços não necessários	85	70,2	78	67,8	
	As necessárias	12	10,2	17	14,7	
	Algumas, não suficientes	2	1,7	2	1,7	
	Nenhumas	21	17,8	25	21,6	
Alguém arranjou Equipamento	Serviços não necessários	83	70,3	72	62,1	
	Sim	3	2,6	4	3,6	
	Não	16	14,0	19	17,1	
	Serviços já existiam	9	7,9	9	8,1	
Informação sobre medicação	Informação sobre medicação a levar para casa	Serviços não necessários	86	75,4	79	71,2
		Sim	3	2,6	4	3,6
		Não	16	14,0	19	17,1
		Serviços já existiam	9	7,9	9	8,1
	Informação sobre efeitos secundários da medicação	Serviços não necessários	86	75,4	79	71,2
		Sim	3	2,6	4	3,6
		Não	16	14,0	19	17,1
		Serviços já existiam	9	7,9	9	8,1
	Foram dadas instruções por escrito sobre os medicamentos	Serviços não necessários	86	75,4	79	71,2
		Sim	45	37,2		
Não		43	35,5			
Não tomou medicação		33	27,3			
Informação sobre como conseguir prestar cuidados	Sim	45	37,2			
	Não	43	35,5			
	Não tomou medicação	33	27,3			
	As necessárias			51	44,3	
Preparação para a reintegração	Informação para preparar o dia-a-dia em casa	Algumas, não suficientes			3	2,6
		Nenhumas			61	53,0
	Preocupado com a execução das atividades diárias	Sim	17	15,0	35	31,5
		Não	96	85,0	76	68,5
	Preocupação com os cuidados a prestar ao doente	Sim	37	30,2		
		Não	84	69,4		
Controlo sobre as circunstâncias	Confiança para executar as tarefas diárias em casa			18	15,8	
				96	84,2	
		Sim	64	52,9	98	85,2
	Atraso no dia da alta do hospital	Não sei bem	14	11,6	17	14,8
Não		43	35,5			
Sim		8	6,5	4	3,5	
	Não	116	93,5	109	96,5	

Os indicadores de resultados estão apresentados na tabela 3. O surgimento de problemas inesperados após o regresso a casa não foi sentido por 86,8% dos doentes, o que se reflete na estabilidade dos níveis de confiança do cuidador, pois 90,0% mencionam não ter surgido nenhuma complicação pós alta. Em resposta à questão se já recebeu serviços comunitários e equipamentos e se estes foram ao encontro

das necessidades dos doentes e dos cuidadores, verificámos que 91,3% dos doentes não recebeu qualquer serviço comunitário e os restantes 8,7% receberam e sentiram-se satisfeitos. No que se refere ao equipamento, 90,2% indica que não foi fornecido qualquer equipamento, embora 9,8% tenham recebido e tenham ficado satisfeitos. Quanto ao cuidador, em relação aos serviços comunitários, 92,5% afirmaram

que não receberam e 6,5% que receberam e foram ao encontro das suas necessidades. No que respeita ao equipamento 96,1% referiram não ter recebido qualquer equipamento e 3,9% consideraram que o equipamento recebido os tinha satisfeito.

Quanto ao nível de preparação do doente para regressar a casa, 59,2% referem que poderiam ter sido mais bem preparados e 35,2% sentiram-se completamente preparados. No que concerne ao

cuidador, 72,3% afirmam sentir-se completamente preparados para tratar do doente em casa, enquanto 20,5% consideram que poderiam ter sido mais bem preparados.

Do conjunto dos resultados obtidos por tratamento das diferentes questões emerge a noção de que o planeamento da alta e a sua qualidade é multicausal e com associações de variáveis que revelam afinidades aparentes.

TABELA 3 – Indicadores de resultados para os doentes e para os cuidadores

Variável	Opções de resposta	Doente		Cuidador	
		N	%	N	%
Em geral, até que ponto se sentiu preparado para regressar a casa	Muito preparado	44	35,2	81	72,3
	Preparado	74	59,2	23	20,5
	Sem preparação	7	5,6	8	7,2
Foi feita alguma coisa para lidar com as suas preocupações	Sim	11	29,7	6	30,0
	Não	26	60,3	14	70,0
Se já recebeu serviços comunitários, foram ao encontro das suas necessidades	Não recebeu	95	91,3	99	92,5
	Satisfeito	9	8,7	7	6,5
	Não satisfeito	0	0,0	1	1,0
Se o equipamento já foi fornecido, foi ao encontro das suas necessidades	Não recebeu	83	90,2	99	96,1
	Satisfeito	9	9,8	4	3,9
	Não satisfeito	0	0,0	0	0,0

Testou-se, também, a independência entre as medidas de processo e as de resultado para ambas as versões do questionário *PREPARED*, correlacionando cada um dos quatro domínios de processo com o indicador de resultados. A tabela 4 apresenta os valores destas correlações. Pela análise desta tabela, verifica-se que são correlações fracas ou moderadas, indicando

tratar-se de atributos diferentes da qualidade do planeamento de alta. Resultados semelhantes foram obtidos pelos autores do questionário (Grimmer e Moss, 2001). Os resultados das versões, doente e cuidadores, não foram comparados pois crê-se que medem perceções independentes da qualidade do planeamento de alta.

TABELA 4 – Correlação entre domínios de processo e indicador de resultados

Versão <i>PREPARED</i>	Informação sobre estruturas de apoio	Informação sobre medicação	Preparação para a reintegração	Controlo sobre as circunstâncias
Doente	0,23	0,20	- 0,26	0,13
Cuidador	0,30	0,35	- 0,09	0,55

Validade de construção

Aplicando a análise fatorial aos indicadores de processo, encontraram-se os valores e os quatro fatores, apresentados na tabela 5, associados a uma variância total explicada de 61%. Os quatro fatores encontrados são muito próximos dos apresentados

pelos autores, podem ser identificados como: (i) informação sobre a medicação; (ii) informação sobre estruturas de apoio; (iii) preocupações com a reintegração na comunidade; (iv) controlo das circunstâncias da alta.

TABELA 5 – Fatores da versão *PREPARED* doente

Perguntas	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4
Informação sobre medicação a levar para casa	0,954	- 0,038	0,054	- 0,066
Informação sobre efeitos secundários da medicação	0,906	- 0,029	0,043	- 0,116
Instruções por escrito sobre os medicamentos	0,884	0,106	0,108	0,160
Alguém arranhou equipamento	0,125	0,766	0,075	- 0,056
Alguém arranhou serviços comunitários	- 0,004	0,759	0,108	0,033
Informação para preparar o dia-a-dia em casa	- 0,153	0,624	- 0,316	0,147
Informação sobre equipamento	0,036	0,402	0,386	0,165
Informação sobre existência de serviços comunitários	0,101	0,151	0,754	- 0,055
Informação sobre como conseguir avd	0,033	- 0,126	0,686	- 0,101
Confiança para executar as tarefas diárias em casa	0,139	- 0,107	0,118	- 0,698
Atraso no dia da alta do hospital	0,136	- 0,279	0,189	0,669
Preocupado com a execução das atividades diárias	0,013	0,292	- 0,181	0,576

Da análise fatorial realizada com base nos indicadores de processo do questionário destinado aos cuidadores foram também obtidos os quatro fatores apresentados na tabela 6, correspondendo agora a uma variância total explicada de 71%. Deste quadro, podem detetar-se os seguintes quatro fatores: (i) obtenção de serviços e equipamento; (ii) informação

sobre serviços e equipamento; (iii) informação sobre medicação; (iv) atraso na alta. Os resultados desta análise fatorial permitem observar que a estrutura do questionário se manteve muito semelhante à original, tal como também aconteceu com a versão para doentes.

TABELA 6 – Fatores da versão *PREPARED* cuidador

Perguntas	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4
Alguém arranhou serviços comunitários	0,889	- 0,015	- 0,019	0,053
Alguém arranhou equipamento	0,783	0,153	- 0,116	0,112
Preocupação com os cuidados a prestar ao doente	0,523	- 0,151	0,132	- 0,410
Informação sobre existência de serviços comunitários	0,285	0,737	0,178	- 0,107
Informação para preparar o dia-a-dia em casa	- 0,255	0,724	0,275	- 0,049
Informação sobre equipamento	0,495	0,691	0,003	- 0,141
Informação sobre como conseguir prestar cuidados	- 0,245	0,621	0,370	0,309
Confiança para executar as tarefas diárias em casa	- 0,419	0,424	- 0,054	0,380
Informação sobre medicação a levar para casa	- 0,020	0,139	0,933	0,010
Informação sobre efeitos secundários da medicação	0,004	0,249	0,914	0,033
Atraso no dia da alta do hospital	0,140	- 0,156	0,091	0,861

Custos associados ao internamento

Segundo os nossos resultados, o internamento representa um acréscimo de despesas para 66,4% dos doentes e para 67,0% dos cuidadores. Quando se lhes pede para especificar em que é que gastaram mais, os cuidadores referem o terem passado a deixar a

luz acesa toda a noite e os aquecedores ligados mais tempo. A tabela 7 apresenta os valores médios das despesas mais importantes. Deste quadro evidencia-se uma maior despesa em táxi, outros transportes e combustível, provavelmente resultantes da vasta área de abrangência deste hospital.

TABELA 7 – Despesas médias resultantes do internamento

Despesas	Doente		Cuidador	
	Média	Max	Média	Max
Táxi	126,08€	800,00€	109,38€	400,00€
Combustível	76,64€	300,00€	78,95€	300,00€
Despesas adicionais na farmácia	25,19€	60,00€	37,05€	150,00€
Pagamentos em serviços públicos de saúde	30,50€	70,00€	11,00€	20,00€
Pagamentos em serviços privados de saúde	43,33€	50,00€	0,00€	0,00€
Compras adicionais	61,20€	200,00€	44,45€	72,00€
Outras	37,60€	112,00€	56,11€	160,00€

Discussão

Este estudo permitiu a criação da versão portuguesa do *PREPARED* e a sua validação. Os resultados permitem caracterizar o cuidador principal como sendo o cônjuge ou filho/a com percentagens de 55,2% e 26,7%, respetivamente, habitando na mesma residência que o doente em 77,6% dos casos. Estes dados confirmam os resultados de Resta e Budò (2004) em que, no que concerne ao grau de parentesco dos cuidadores, as percentagens maiores correspondem às esposas e filhas, seguidas de noras e amigas, aparecendo as vizinhas, os netos e as irmãs com menor frequência. No que respeita à relação estabelecida entre os cuidadores e o doente, verifica-se uma relação de proximidade efetiva e física, uma vez que a maior percentagem de cuidadores coabita com o doente. Também no seu estudo de 2000 sobre as necessidades dos cuidadores de doentes idosos no processo de transferência do hospital para casa, Shyu (2000) considera que a equipa de cuidadores pode ser constituída por vários elementos da família, destacando-se os filhos, pois são considerados como os mais capazes para lidar com as formalidades inerentes ao processo da alta e para assegurar e interiorizar a troca de informação com a equipa hospitalar. No entanto, também se verifica que as noras são muitas vezes nomeadas como cuidadores principais dos doentes, o que reforça o género feminino do cuidador principal e apresenta como cuidador de primeira linha os filhos/as o que não se revelou no nosso estudo, podendo este facto estar relacionado com o grupo etário mais representativo da nossa amostra e com o seu estado civil.

Relativamente à hora do dia em que os doentes tiveram alta do hospital, esta situação não é sobreponível com

os resultados encontrados em outros estudos sobre a satisfação com a alta, nomeadamente por Kravet *et al.* (2007) onde este autor verificou que a alta era realizada depois das 16 horas e concluiu que, quanto mais cedo for proporcionada a alta ao doente, mais hipóteses há de aumentar os seus níveis de satisfação. Ao analisar os resultados dos indicadores de processo e de resultado, verifica-se mais uma vez, que a comunicação é essencial no planeamento da alta, uma vez que é através dela que se transmitem todos os conhecimentos e informações que são o garante da continuidade dos cuidados, com base na prestação de serviços de saúde de qualidade que visam a satisfação dos doentes, cuidadores e profissionais (Hedstrom, 1992). De referir que, quanto a esta transmissão de informação acerca da medicação prescrita e dos seus efeitos secundários, o estudo de O'Connell e Johnson (1992) relativamente à avaliação do conhecimento sobre medicação em doente idosos, revela que é essencial que se estabeleçam programas educacionais sobre medicação, em que se forneça informação escrita e verbal aos doentes idosos, no intuito de estes serem capazes de dominar os conhecimentos sobre o regime terapêutico a que são submetidos, facilitando o reconhecimento dos efeitos secundários e das reações adversas e a conformidade da toma em relação à dose prescrita.

Abordando em concreto a informação relativa aos efeitos secundários dos medicamentos, situação diferente é encontrada nos estudos de Pullar *et al.* (1989) onde se conclui que muito poucos doentes estão informados acerca dos efeitos secundários possíveis e quais as precauções a tomar, sendo que mais de metade da sua amostra revelou não saber por quanto tempo deveria tomar os medicamentos.

Por outro lado, nota-se que a ausência de informação

dos cuidadores perante os medicamentos que os doentes, a seu cuidado, levam para o domicílio é evidenciada no estudo de Miasso e Cassiani (2005). Este estudo aborda a orientação da enfermagem no que concerne à administração de medicamentos na preparação da alta hospitalar, observando que, quando são os cuidadores os responsáveis pela administração dos medicamentos aos doentes, estes revelam não ter sido muito orientados neste sentido. No entanto, quando questionavam os profissionais sobre este assunto recebiam informações insuficientes, o que corresponde aos resultados encontrados no nosso estudo para a mesma questão.

Enquadrando estas estratégias de apoio, o estudo realizado por Cleary, Horsfall e Hunt (2003) revela que os doentes se sentem satisfeitos com o respeito e a delicadeza com que foram tratados por parte da equipa hospitalar, com a atenção dispensada para escutar as suas preocupações, com a qualidade dos cuidados prestados pelos enfermeiros e com o facto de terem tido em conta as suas necessidades ao longo do período de internamento.

No âmbito dos equipamentos, e de forma a minimizar os problemas mais frequentemente vividos no domicílio, Cox (1996) verificou que a existência de serviços comunitários, aos quais o doente e o cuidador possam recorrer, facilita a prestação de cuidados e permitem uma melhor qualidade, evitando o desgaste e a exaustão de ambos e diminuindo o risco de surgirem complicações e readmissões.

A finalizar, atendendo a que, por vezes, a alta é programada num momento em que os doentes se encontram ansiosos para ir para casa, é compreensível que não haja tempo para uma preparação convenientemente eficaz e que os doentes sintam alguma dificuldade em interiorizar tudo aquilo que lhes é transmitido, não se considerando este preciso momento como o ideal para satisfazer as necessidades de informação (Grimmer *et al.*, 2006).

Conclusão

Apesar de os familiares ou cuidadores informais serem considerados como elementos vitais na assistência aos doentes após a alta, é do conhecimento geral que os profissionais de saúde ainda não os incluem de forma sistemática nos processos de tomada de decisão e de planeamento da alta, desconhecendo por vezes

questões de saúde ou de outras áreas que podem prejudicar o processo de recuperação do doente.

Os questionários *PREPARED* podem ser encarados como instrumentos de uma abordagem de melhoria contínua da qualidade nos cuidados agudos (Grimmer, Hedges e Moss, 1999). Face aos resultados deste estudo e aos objetivos que presidiram à sua elaboração, verificou-se que estes questionários oferecem uma estrutura válida para obter informação, tendo por base a opinião dos doentes e cuidadores, relativa à perceção da qualidade do planeamento da alta.

A validade dos questionários na versão portuguesa foi confirmada pela análise fatorial, tendo-se mantido os quatro domínios e pelo estudo das correlações entre as pontuações originais dos domínios de processo e de resultado, verificando-se uma concordância com os resultados obtidos pela autora na validação da escala original. Confirmou-se que na qualidade do planeamento da alta estão implicados todos os domínios identificados, sendo a informação e comunicação os pilares estruturantes de todo o processo.

As possíveis aplicações destes instrumentos são variadas e, se adequadamente utilizadas, poder-se-ão tornar valiosos para a saúde pública, pois permitem avaliar os processos inerentes ao planeamento da alta. A deteção de áreas de processos menos bem conseguidas, sob o ponto de vista dos doentes e cuidadores, poderá ser extremamente útil se tivermos uma atitude de melhoria contínua da qualidade. Essa é, para nós, a principal utilidade deste instrumento de medição.

Perante as exigências deste tipo de trabalho é natural que se detetem algumas limitações, principalmente no que concerne à devolução dos questionários preenchidos pelos doentes e cuidadores, exigindo um contacto telefónico prévio que nem sempre foi conseguido na data prevista. Por outro lado a distribuição dos mesmos exigia a presença do investigador no momento da alta do doente e a motivação do doente e cuidador em aderir e colaborar no estudo. Sugere-se para investigações futuras o alargamento do prazo estipulado para a colheita de dados e a aplicação do questionário nas versões de Clínicos Gerais e Gestores de Organizações de Cuidados Continuados.

Referências bibliográficas

- AGUILLAR, O. M. ; ANGERAMI, E. L. S. (1992) - A alta do paciente cirúrgico no contexto do sistema de saúde. *Revista da Escola de Enfermagem USP*. Vol. 26, nº 3, p. 325-344.
- ALFONSO, M. R. [et al.] (1999) - Informe de enfermería al alta. Una experiencia en la práctica asistencial. *Revista ROL de Enfermería*. Vol. 22, nº 2, p. 143-148.
- BLAYLOCK, A. ; CASON, C. (1993) - Discharge planning: predicting patients' needs. *Journal of Gerontological Nursing*. Vol. 18, nº 7, p. 5-10.
- BULL, M. J. ; HANSEN, H. E. ; GROSS, C. R. (2000) - Predictors of elder and family caregiver satisfaction with discharge planning. *Journal Cardiovascular Nursing*. Vol. 14, nº 3, p. 76-87.
- CHAO, J. (1988) - Continuity of care: incorporating patient perceptions. *Family Medicine*. Vol. 20, nº 5, p. 333-337.
- CLEARY, M. ; HORSEFALL, J. ; HUNT, G. E. (2003) - Consumer feedback on nursing care and discharge planning. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 42, nº 3, p. 269-277.
- COX, C. (1996) - Discharge planning for dementia patients: factors influencing caregiver decisions and satisfaction. *Health & Social Work*. Vol. 21, nº 2, p. 97-104.
- GRIMMER, K. ; HEDGES, G. ; MOSS, J. (1999) - Staff perceptions of discharge planning: A challenge for quality improvement. *Australian Health Review*. Vol. 22, nº 3, p. 95-109.
- GRIMMER, K. ; MOSS, J. (2001) - The development, validity and application of a new instrument to assess the quality of discharge planning activities from the community perspective. *International Journal for Quality in Health Care*. Vol. 13, nº 2, p. 109-116.
- GRIMMER, K. [et al.] (2006) - Incorporating patient concerns into discharge plans: evaluation of a patient-generated checklist. *The Internet Journal of Allied Health Sciences and Practice*. Vol. 4, nº 2.
- HEDSTROM, V. A. (1992) - Activities of daily living outcomes of hospital discharge planning for people 55 years of age and over living in Yukon. Canada : University of Manitoba. Dissertação de mestrado.
- KRAVET, S. J. [et al.] (2007) - Discharging patients earlier in the day: a concept worth evaluating. *The Health Care Manager*. Vol. 26, nº 2, p. 142-146.
- MARTINS, T. ; RIBEIRO, J. L. P. ; GARRETT, C. (2004) - Questionário de avaliação da sobrecarga do cuidador informal (QASCI): reavaliação das propriedades psicométricas. *Referência*. Série I, nº 11, p. 17-30.
- MIASSO, A. I. ; CASSIANI, S. H. B. (2005) - Administração de medicamentos: orientação final de enfermagem para a alta hospitalar. *Revista da Escola de Enfermagem USP*. Vol. 39, nº 2, p. 136-144.
- O'CONNELL, M. B. ; JOHNSON, J. F. (1992) - Evaluation of medication knowledge in elderly patients. *Annals Pharmacotherapy*. Vol. 26, nº 7-8, p. 919-921.
- PETERS, P. ; FLEUREN, M. ; WIJKEL, D. (1997) - The quality of the discharge planning process: the effect of a liaison nurse. *International Journal for Quality in Health Care*. Vol. 9, nº 4, p. 283-287.
- PULLAR, T. [et al.] (1989) - Patients' knowledge concerning their medications on discharge from hospital. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*. Vol. 14, nº 1, p. 57-59.
- RESTA, D. G. ; BUDÒ, M. L. D. (2004) - A cultura e as formas de cuidar em família na visão de pacientes e cuidadores domiciliares. *Acta Scientiarum Health Sciences*. Vol. 26, nº 1, p. 53-60.
- SHYU, Y. I. (2000) - Patterns of caregiving when family caregivers face competing needs. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 31, nº 1 p. 35-43.

