

CONDICIONANTES AO PLANEAMENTO DE ALTA DO IDOSO COM DEPENDÊNCIA: O OLHAR DA FAMÍLIA

João José Rolo Longo¹;

Instituto Politécnico da Lusofonia – Escola Superior de Saúde Ribeiro Sanches (IPLuso - ERISA), Lisboa, Portugal.

<https://orcid.org/0000-0001-7462-9790>

Claudia Sofia Raminhos²;

Instituto Politécnico da Lusofonia – Escola Superior de Saúde Ribeiro Sanches (IPLuso - ERISA), Lisboa, Portugal.

<https://orcid.org/0000-0003-1479-0202>

Helena Cristina dos Santos Gonçalves de Bastos Melo³.

Instituto Politécnico da Lusofonia – Escola Superior de Saúde Ribeiro Sanches (IPLuso - ERISA), Lisboa, Portugal.

<https://orcid.org/0000-0001-6557-2155>

RESUMO: O agravamento do grau de dependência do idoso durante o período de internamento, obriga a que a sua família (re)defina estratégias que facilitem a continuidade dos cuidados pós-alta, pelo que se torna essencial conhecer as condicionantes que limitam o planeamento da alta do idoso com dependência. Optou-se por um estudo de abordagem qualitativa, descritiva de natureza interpretativa. A amostra é intencional, constituída por um grupo de sete informantes-chave, familiares de idosos que tiveram um agravamento do grau de dependência na Escala de Barthel, durante o internamento. A recolha de dados foi efetuada através de entrevistas semiestruturadas e o tratamento foi executado com recurso à técnica de análise de conteúdo temática segundo Bardin. Foram cumpridas as recomendações dos padrões exigidos pela Declaração de Helsínquia e Convenção de Oviedo. Os resultados mostram que a decisão da família, em termos de alta hospitalar do idoso dependente, está sujeita a múltiplas condicionantes, designadamente: económicas; familiares; infraestruturais; necessidades específicas do idoso e atitudes dos profissionais de saúde. O presente estudo, ainda que exploratório, poderá constituir um contributo para a capacitação dos enfermeiros para o planeamento da alta do idoso com dependência, amenizando as dificuldades identificadas nessa dupla transição.

PALAVRAS-CHAVE: Alta clínica. Idoso dependente. Dificuldades.

CONDITIONS FOR DISCHARGE PLANNING FOR ELDERLY PEOPLE WITH DEPENDENCY: THE FAMILY'S PERSPECTIVE

ABSTRACT: The worsening of an elderly individual's level of dependency during hospitalization requires their family to (re)define strategies that facilitate the continuity of post-

discharge care. Therefore, it is essential to understand the constraints that limit discharge planning for dependent elderly individuals. A qualitative, descriptive, and interpretative study was chosen. The sample was intentional, consisting of a group of seven key informants, family members of elderly individuals who experienced a worsening of their level of dependency on the Barthel Scale during hospitalization. Data collection was conducted through semi-structured interviews, and the analysis was performed using the Bardin thematic content analysis technique. The standards recommended by the Declaration of Helsinki and the Oviedo Convention were met. The results show that the family's decision regarding hospital discharge for dependent elderly individuals is subject to multiple constraints, including economic; familial; infrastructural; specific needs of the elderly individual; and the attitudes of healthcare professionals. This study, although exploratory, may contribute to the training of nurses in planning the discharge of dependent elderly individuals, alleviating the difficulties identified in this double transition.

KEYWORDS: Clinical discharge. Dependent elderly. Difficulties.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento demográfico é uma tendência a longo prazo que se iniciou há algumas décadas na Europa. Essa tendência é visível nas transformações da estrutura etária da população e traduz-se numa percentagem crescente de idosos face a uma percentagem decrescente de pessoas em idade ativa na população total (EUROSTAT, 2024; OECD, 2024). Essas modificações, associadas à redução das taxas de natalidade e de mortalidade (duplo envelhecimento), ao avanço dos processos terapêuticos e à melhoria geral das condições socioeconómicas das populações conduziram ao aumento da longevidade e, inevitavelmente, a uma Europa cada vez mais envelhecida (EUROSTAT, 2024).

Em Portugal o envelhecimento demográfico continua a acentuar-se de forma muito expressiva, 23,4% da população pertence ao grupo com 65 ou mais anos de idade (PORDATA, 2021). Esta alteração demográfica, fez emergir novos desafios aos atuais modelos de cuidados de saúde, tornando-se necessário refletir sobre a importância das mudanças ocorridas, das “novas necessidades” e dos “novos desafios” que se colocam ao sistema de prestação de cuidados de saúde em geral e, de modo particular, aos modelos de exercício profissional da Enfermagem.

Embora envelhecer, por si só, não seja sinónimo de adoecer ou de dependência, certo é que, com o avançar no ciclo vital, sucedem-se múltiplas alterações (físicas, psicológicas, sociais, económicas...) e o surgimento de doenças agudas e/ou crónicas e degenerativas que predispõem o idoso à dependência ou ao agravamento desta (NOVA, *et al.*, 2023; FIGUEIREDO *et al.*, 2021).

Frequentemente, essa dependência é muitas vezes agudizada em consequência do internamento hospitalar, continuando-se até ao momento da alta e no pós-alta clínica (NOVA *et al.*, 2023; FIGUEIREDO *et al.*, 2021; DIXE *et al.*, 2020; PAIVA, 2020; PEREIRA & PETRONILHO, 2018). Estudos revelam que 35-50% dos idosos hospitalizados

experimentam um declínio nas atividades de vida diária após a admissão, 40% apresentam perda de autonomia em mais de três atividades de vida diária e, para metade deles, esta perda de autonomia persiste por mais de 3 meses após a hospitalização (LAFRENIERE *et al.*, 2017).

Por outro lado, os atuais modelos neoliberais e empresarializados de gestão das unidades de saúde, centrados no modelo biomédico e em critérios economicistas, colocam a ênfase na doença e na racionalização de custos, na rotação e rentabilidade de recursos, conduzindo à redução dos tempos de demora média de internamento (PEREIRA & PETRONILHO, 2018; PETRONILHO *et al.*, 2014). Ao promover altas hospitalares “precoces”, o sistema de saúde transfere para a família a responsabilidade pela situação de saúde do seu familiar (PAIVA, 2020), dificultando que o idoso com dependência retome as suas atividades de vida diária na plenitude possível (transição saúde-doença) e, por seu lado, que a família disponha de tempo para efetuar a necessária transição (transição situacional) ao papel de cuidador (MELEIS, 2010). Um estudo nacional realizado na última década, revela que das cerca de quatro milhões de famílias clássicas existentes, aproximadamente 2,9% integram, pelo menos, um familiar dependente face à insuficiência de resposta dos sistemas de proteção social e da saúde (PEREIRA & PETRONILHO, 2018). Por outro lado, ser cuidador informal, na maioria das vezes, não é fruto de uma decisão livre e consciente, mas sim da circunstância de uma relação familiar e/ou de proximidade, sentido de dever, responsabilidade, reciprocidade, aspetos estes, culturalmente justificados e socialmente aceites (KHAREL, 2023; NOVA *et al.*, 2023; PAIVA, 2020).

Apesar de atualmente se verificar um interesse crescente por parte dos responsáveis políticos nacionais numa estratégia de (re)organização do sistema de saúde, parte substantiva dos cuidados continuam a ser prestados pelos familiares, no domicílio (KHAREL, 2023; NOVA *et al.*, 2023; SOUSA & SANTOS, 2021; PEREIRA & PETRONILHO, 2018). Assim, confrontada por um lado, com o surgimento e/ou agravamento do grau de dependência do idoso durante o internamento e, por outro lado, com a necessidade urgente de tomar decisões em relação à iminente alta hospitalar, a família vivencia esse momento como um acontecimento bastante stressante. Na maioria das situações, não está preparada para dar resposta adequada às necessidades dos familiares dependentes, nem tão pouco a procurar um novo equilíbrio face à antecipação de dificuldades/necessidades relacionadas com aspetos materiais, emocionais e de informação (GUTIERREZ *et al.*, 2021; SOUSA & SANTOS, 2021; VIEIRA, 2021; PEREIRA & PETRONILHO, 2018), o que pode conduzir a que as decisões tomadas inicialmente não consigam determinar informadamente o alcance e a extensão do papel que se abraça. Esse equilíbrio, só pode ser readquirido se as decisões relativas ao processo de preparação da alta hospitalar e de continuidade de cuidados forem assumidas pela família de forma implicada, participada e consciente (PEREIRA & PETRONILHO, 2018). Porém, a evidência mostra que a família não se sente alvo intencional e que a alta requer um trabalho interdisciplinar, uma interação entre os profissionais envolvidos no processo saúde-doença, para superar a fragmentação do

cuidado (PAIVA, 2020; LOPES, 2017).

Neste contexto, pela proximidade ao idoso com dependência/ família, pela essência dos cuidados que presta, pelo tempo de contacto e pela estreita relação com os outros profissionais de saúde, o enfermeiro encontra-se numa posição privilegiada no processo de planeamento de alta, pelo que não pode demitir-se da importância e centralidade do seu papel (ORDEM DOS ENFERMEIROS [OE], 2012), motivações que deram mote e pertinência ao presente estudo.

OBJETIVO

Conhecer as condicionantes percebidas/ sentidas pela família aquando do planeamento da alta do idoso com dependência.

METODOLOGIA

Uma vez que o objetivo da pesquisa foi identificar os fatores percebidas/sentidos pela família como condicionantes ao planeamento da alta do idoso dependente, optou-se por uma abordagem qualitativa de natureza exploratório-descritiva (FLICK, 2005; DENZIN & LINCOLN, 2000) e interpretativa (BOGDAN & BIKLEN, 1994).

A recolha de dados foi efetuada com recurso à entrevista semiestruturada (GHIGLIONE & MATALON, 2001). Tal opção implicou a elaboração prévia de um guião orientador da entrevista. Previamente à realização das entrevistas o guião foi testado e efetuados os acertos considerados necessários aos objetivos do estudo.

Foram realizadas sete entrevistas a familiares de idosos internados num serviço de Medicina de um hospital público português, cujos critérios de inclusão foram os seguintes: (1) familiares adultos (≥ 18 anos) de idosos que durante o internamento sofreram agravamento do grau de dependência na Escala de Barthel (MAHONEY & BARTHEL, 1965) e que simultaneamente (2) concordassem em participar no estudo. Tratou-se de uma amostragem não probabilística, intencional ou de conveniência (FLICK, 2005; DENZIN & LINCOLN, 2000). No tratamento de dados, aplicou-se a técnica de análise de conteúdo temática, segundo o percurso metodológico sugerido por Bardin (BARDIN, 2013). A validade interna foi obtida pelos participantes e a externa por peritos das áreas da Enfermagem, que não só certificaram a estabilidade do sistema categorial emergido, como também a explicação desenvolvida para o fenómeno em estudo.

No decurso do processo investigativo, foram cumpridas as recomendações dos padrões exigidos pela Declaração de Helsínquia e Convenção de Oviedo. Todos os participantes foram informados sobre o estudo e seus objetivos, assim como sobre a garantia de confidencialidade dos seus dados, do direito de abandonar o estudo em qualquer momento e obtido o seu consentimento por escrito. Foi ainda solicitada autorização formal à Administração da instituição hospitalar.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Seguidamente apresentam-se os principais achados da pesquisa. Num primeiro ponto faz-se a caracterização sociodemográfica dos informantes-chave e dos respetivos idosos, segundo a escala de Barthel antes e depois do internamento hospitalar. Num segundo ponto, apresentam-se as principais Condicionantes ao planeamento da alta do idoso dependente percebidas/ sentidas pela família.

1. Caracterização sociodemográfica dos informantes-chave

A amostra é composta por sete familiares, cuja caracterização sociodemográfica se sintetiza na tabela 1.

Tabela 1: Caracterização sociodemográfica dos informantes-chave (amostra).

Variáveis		n=7
Sexo	Masculino	4
	Feminino	3
Idade	35-45	3
	46-50	2
	≥ 65	2
Estado Civil	Casado	6
	Solteiro	1
Grau de Parentesco	Cônjuge	2
	Filho(a)	4
	Nora	1
Habilitações Literárias	Doutoramento	1
	12º Ano	2
	4ª Classe	4

Fonte: Os Autores.

Por outro lado, como se pretendia identificar os fatores percebidas/sentidos pela família como condicionantes ao planeamento da alta do idoso dependente, foi necessário avaliar o grau de dependência dos Idosos referentes às famílias que compõem a amostra, que sumariza na tabela 2.

Tabela 2: Caracterização dos idosos segundo a escala de Barthel antes e depois do internamento hospitalar.

Variável		n=7
Valor da Escala de Barthel	100	5
	(independência total nas Atividades de Vida)	
antes do internamento	75	2
	(dependência moderada nas Atividades de vida)	
Valor na Escala de Barthel depois do internamento	0	7
	(dependência total nas Atividades de Vida)	

Fonte: Os Autores.

2. Condicionantes ao planeamento da alta do idoso dependente percebidas/ sentidas pela família

Do processo de análise do relato dos familiares do idoso com dependência resultaram cinco categorias de condicionantes ao processo de alta clínica, designadamente: económicas; familiares; infraestruturais; necessidades específicas do idoso e atitudes dos profissionais de saúde. As categorias encontradas agregam 15 subcategorias (Tabela 3)

Tabela 3: Categorias e subcategorias emergidas.

Categorias	Subcategorias
Económicas	Custos com a institucionalização
Custos do cuidado no domicílio	
Familiares	Disponibilidade da família para o cuidado
Existência de outro elemento dependente na família	
Divergências na tomada de decisão	
Infraestruturais	Condições habitacionais da família
Condições da Instituição de acolhimento	
Existência (ou não) de ajudas técnicas	
Necessidades Específicas do Idoso	Compromisso da mobilidade
Estado de consciência do idoso	Dependência total nos autocuidados
Cuidados de saúde diferenciados	
Atitude dos Profissionais de Saúde	Indisponibilidade para ajudar a família
Comunicação não adequada	
Atitudes facilitadoras	

Fonte: Os Autores.

2.1 Condicionantes económicas

Entre as condicionantes identificadas pelos participantes, as económicas ganham especial relevância. Os custos relacionados com a institucionalização do idoso com dependência, são incomportáveis para as famílias: “*não há lares nesse valor [valor da reforma do idoso] ...*” (E3).

Porém, se a institucionalização é dispendiosa, levar o idoso para casa pode ainda ser mais oneroso: “*Uma empresa em casa (...) isso em termos de custo aumenta, se calhar, para o dobro (...) e contratar um cuidador informal também fica caro...*” (E4). As alterações a realizar no domicílio são também fatores a ponderar: “*... [O cuidado no domicílio] implica um aumento considerável dos encargos, nomeadamente porque tem que haver adaptações nas infraestruturas...*” (E4). Por outro lado, a disponibilidade financeira do idoso e da família e o valor do apoio financeiro atribuído pelo estado, são aspetos relevantes: “*... estou*

desempregado (...), o lar é 900 euros e ela só tem 600 euros de reforma...” (E3).

A decisão sobre o destino do idoso dependente após a alta clínica, é um aspeto de relevada importância. Assim, quando a opção é a institucionalização, a família não tem capacidade para fazer face aos elevados custos da mesma, sobretudo naquelas em que as questões sociais prevalecem (GUTIERREZ *et al.*, 2021). A precariedade económica, em alguns casos, obriga a família à coabitação ou a procurar uma instituição fora dos grandes centros de modo a reduzir a despesa (FERREIRA & SANTO, 2018).

Quando a opção é o domicílio, tal decisão, induz inevitavelmente ao aumento do encargo familiar, designadamente com: a adequação da estrutura física da habitação e acessos; a medicação; o transporte; a realização de exames; a aquisição de equipamentos específicos para a prestação de cuidados (GUTIERREZ *et al.*, 2021; SOUSA & SANTOS, 2021; FERREIRA & SANTO, 2018; PEREIRA & PETRONILHO, 2018).

2.2 Condicionantes familiares

O contexto familiar parece ter um efeito impactante na família, designadamente no que toca à disponibilidade para a prestação de cuidados ao idoso dependente: “... *a trabalhar [estava de férias], seria impossível continuar com aquele ritmo (...). Se durante a noite ele não dormisse, eu não aguentava mais de 2 ou 3 dias...*” (E4). Também a ausência de apoio familiar emerge dos discursos dos entrevistados - “*Só sou eu, o meu irmão não me pode ajudar*” (E5). A existência de outro elemento dependente no seio familiar parece constituir também uma dificuldade acrescida: “...*eu tenho uma neta, e sou eu que a estou a criar (...). Ela nasceu com uma doença congénita...*” (E3). Dos discursos dos participantes emergem, ainda que de forma ambígua, as divergências familiares relativamente à tomada de decisão acerca da prestação de cuidados ao idoso com dependência no domicílio: “... *a minha decisão estava tomada [levar o meu pai para casa] se a minha mãe não insistisse que não ficava em casa com ele sozinha*” (E2).

De acordo com a literatura, a responsabilidade primeira recai sobre o cônjuge do idoso dependente; quando não existe o cônjuge, ou este está incapaz de o fazer, a responsabilidade transita para os filhos adultos (em especial as filhas ou noras), sendo a assunção do papel de cuidador principal por vizinhos ou amigos rara (PEREIRA & PETRONILHO, 2018). A literatura aponta cinco fatores determinantes na escolha do cuidador principal: o parentesco, o género, a proximidade física, a proximidade afetiva e não estar inserido no mercado de trabalho (KHAREL, 2023; PEREIRA & PETRONILHO, 2018; FERREIRA & SANTO, 2018). Por conseguinte, cabe os profissionais das áreas da saúde e social prestar especial atenção à avaliação das necessidades e ao tipo de suporte que os cuidadores necessitam e fazê-lo em tempo útil (PEREIRA & PETRONILHO, 2018; PETRONILHO *et al.*, 2014).

2.3 Condicionantes infraestruturais

O tipo/qualidade das infraestruturas, sejam as domiciliárias ou da instituição de acolhimento, parece também ser fundamental à tomada de decisão das famílias: *“Eu tenho quatro bebés, não tenho condições de espaço para receber a minha mãe em casa...”* (E3). Para além das condições gerais de habitabilidade e conforto, a existência, ou não, de ajudas técnicas, são aspetos particularmente valorizados: *“...tinha que comprar uma cama articulada...”* (E6); *“...um colchão anti escaras, e tudo isso, é importante para o conforto da pessoa, mesmo que não esteja acamada...”* (E4).

Na situação de alta para o domicílio, estudos sublinham que a falta de condições habitacionais pode condicionar quer a autonomia do idoso dependente, quer o exercício do papel de cuidador, pelo que, deve constituir um dos aspetos a integrar no programa de planeamento da alta clínica (GUTIERREZ et al., 2021; SOUSA & SANTOS, 2021; PAIVA, 2020; FERREIRA & SANTO, 2018).

2.4 Condicionantes relacionadas com necessidades específicas do idoso

O agravamento do grau de dependência do idoso, nomeadamente para a realização dos autocuidados ou na mobilidade, faz com que os familiares fiquem apreensivos e recusem ou protelem a alta clínica: *“... quando a doura pensar em o mandar para casa, que o mande capaz... Caso contrário, não poderá ir para casa tão depressa...”* (E1). No âmbito da dependência, ter mobilidade, parece ser condição sine qua non para que a família aceite a alta para o domicílio: *“...se ela andar, (...), tudo bem, nós ajudamos e levamo-la para casa...”* (E3). Outra condicionante à alta relaciona-se como o estado de consciência: *“... enquanto ele tiver plena consciência do sítio onde está (...) e fizer as coisinhas dele, é uma situação diferente... não o vou colocar num lar... caso contrário, terá de ser...”* (E4).

A necessidade de cuidados médicos ou de enfermagem, designadamente, a realização de procedimentos técnicos, leva a que os familiares rejeitem a alta do idoso para o domicílio, optando pela sua institucionalização: *“... eu em casa não posso fazer essas coisas [realização de procedimentos técnicos] ...”* (E2). Também em situações em que o idoso necessite de cuidados de reabilitação, os familiares preferem colocar o idoso na rede de cuidados continuados, ao invés de um lar ou levá-lo para casa: *“... eu em casa não posso tomar essas atitudes de reabilitação...”* (E2).

De acordo com a literatura (GUTIERREZ et al., 2021; FERREIRA & SANTO, 2018; PEREIRA & PETRONILHO, 2018; PETRONILHO et al., 2014), entre os aspetos mais relevantes, intrínsecos ao status do idoso dependente, com potencial para condicionar/protelar a alta clínica, estão: o potencial de recuperação da autonomia e o grau de dependência. A capacitação dos familiares para o cuidado durante o internamento, a mobilização de estratégias e apoios familiares e/ou comunitários pelos enfermeiros, evidenciam-se como ações facilitadoras da assunção do papel de cuidador informal e, consequentemente, favorecedoras de uma transição segura e eficaz e evicção da institucionalização do idoso com dependência (DIXE et al., 2020; PETRONILHO et al., 2014; MELEIS, 2010).

2.5 Condicionantes relacionadas com a atitude dos profissionais de saúde

A indisponibilidade dos profissionais para ajudar a família do idoso com dependência durante o internamento é evidente no discurso de um dos entrevistados: *“A assistente social do hospital não me ajudou a arranjar um lar antes de ir para a rede”, “nem me encaminhou nenhuma ajuda”* (E3). Por outro lado, uma comunicação não adequada, como ser demasiado direto ou uso excessivo de termos técnicos: *“tocou-me um bocadinho a forma como os médicos transmitem as informações”, “tinham [médicos] uma linguagem técnica, bastante dura, eram diretos de mais”* (E2), bem como incongruências na comunicação, são aspetos apontados pelos familiares como perturbadores do processo de alta: *“... relativamente à alta do meu pai, o médico disse-me uma coisa, a enfermeira outra e a assistente social, outra diferente... fiquei sem saber o que fazer...”* (E2); *“...não se tomam essas decisões [alta] de um dia para o outro, até porque o caminho que se começou, lá em cima na UCI é o caminho contrário ao deste serviço (...) na UCI o caminho é de o deixar morrer, (...) aqui é o inverso, saída, alta...”* (E2).

Na literatura são vários os estudos que apontam a necessidade de uma comunicação mais eficaz e efetiva entre as equipas de saúde e as famílias/cuidadores informais (SOUSA & SANTOS, 2021; FERREIRA & SANTO, 2018). A própria Ordem dos Enfermeiros Portugueses, na descrição das seis categorias de enunciados descritivos da qualidade do exercício profissional, enfatiza a importância do envolvimento dos familiares/ pessoas significativas no processo de cuidados (OE, 2001).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho apresenta como ponto forte a desocultação de diferentes vetores com influência no processo de planeamento da alta da pessoa idosa com dependência e respetivas famílias, especificamente, as condicionantes a esse mesmo processo: económicas; familiares; infraestruturais; necessidades específicas do idoso e atitudes dos profissionais de saúde. Tais condicionantes podem ser reveladoras de uma certa desfocalização dos diferentes profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, sobre essas dimensões. No entanto, são de uma enorme relevância para uma transição saudável das famílias que integram no seu seio idosos com dependência.

Considera-se uma limitação do estudo o número reduzido de participantes. Do ponto de vista investigativo teria também sido interessante cruzar as perspectivas da família, do idoso com dependência e dos enfermeiros dos contextos de internamento no âmbito do objeto de estudo. Sob este escopo, sugere-se o desenvolvimento de novos estudos, que apontem “caminhos mais sólidos” e empiricamente testados, para que os enfermeiros possam constituir-se como recurso significativo na identificação do suporte adequado, por forma a que as transições do idoso com dependência e família, sejam bem-sucedidas, perante os desafios que lhes são colocados aquando da alta clínica.

REFERÊNCIAS

- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2013.
- BOGDAN & BIKLEN, S. **Investigação qualitativa em educação: Uma introdução à teoria e aos métodos**. Porto: Porto Editora, 1994.
- DENZIN, N.K.; LINCOLN, Y.S. **Handbook of qualitative research** (2ª ed.). London: Sage Publications, 2000.
- DIXE, M.A. *et al.* Dependent person in self-care: Analysis of care needs. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, 34, 727-735, 2020.
- EUROSTAT. Statistics explained. Disponível em: Online publications - Statistics Explained - Eurostat. Acesso em: 07 dez. 2024.
- FERREIRA, F.; SANTO, M. Planeamento de alta hospitalar: Perspetivas e reflexões acerca dos protelamentos sociais em Portugal. **Alternativas Cuadernos de Trabajo Social**, 25, 33-50, 2018.
- FIGUEIREDO, M.L. *et al.* Formal caregivers of dependent elderly people in the home: Challenges experienced. **Ciência & Saúde Coletiva**, 26(1), 37-46, 2021.
- FLICK, U. **Métodos qualitativos na investigação científica**. Lisboa: Editora Monitor, 2005.
- GHIGLIONE, R.; MATALON, B. **O inquérito: Teoria e prática** (4ª ed.). Oeiras: Celta Editora, 2001.
- GUTIERREZ, D. M. *et al.* Vivências subjetivas de familiares que cuidam de idosos dependentes. **Ciência e Saúde Coletiva**, 26(1): 47-56, 2021.
- KHAREL, B. **Family caregiving of the elderly in the U.S. and Nepal**. Dissertação em geriatria apresentada à Minnesota State University, Estados Unidos da América, 2023.
- LAFRENIERE, S. *et al.* Estratégias usadas por pacientes mais velhos para prevenir o declínio funcional durante a hospitalização. **Pesquisa Clínica em Enfermagem**, 26 (1), 6-26, 2017.
- LOPES, G.R. **A Importância do Planeamento de Altas em Idosos: Um Desafio para a Política Social**. Dissertação de mestrado em política social apresentada ao Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa. Lisboa, 2017.
- MAHONEY F.I.; BARTHEL D.W. Functional evaluation: The barthel index. **Maryland State Medical Journal**, 14, 56-61, 1965.
- MELEIS, A.I. **Transitions theory: Middle- range and situation – specific theories in nursing research and practice**. New York: Springer Publishing Company, 2010.
- NOVA, Y. *et al.* The burden experience of family caregiver of older adults with chronic illness. **Community Public Health Nursing**, 34(2), 85-95, 2023.
- OECD. Health at a Glance: OECD indicators. **OECD Publishing**. Disponível em: <https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance/>. Acesso em: 10 dez. 2024.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. Regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais. **Divulgar**, 1-24. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2012.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem:

enquadramento conceptual, enunciados descritivos. **Divulgar**,1-24. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2001.

PAIVA, J. R. **Dificuldades e necessidades do cuidador informal: Um estudo no Município de Cantanhede**. Dissertação de mestrado em cuidados continuados e paliativos apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra, 2020.

PEREIRA, J. F.; PETRONILHO, F.A. Satisfação do familiar cuidador sobre o planeamento da alta hospitalar. **Revista Investigação em Enfermagem**, 22(2), 42-55, 2018.

PETRONILHO, F.A.; PEREIRA, F.M.; SILVA, A.A. Critérios de decisão sobre o destino do doente dependente no autocuidado após a alta hospitalar. **Revista Investigação em Enfermagem**, 8,35-43, 2014.

PORDATA. Indicadores de envelhecimento segundo os censos de 2021. disponível em: www.pordata.pt. Acesso em: 05 jan 2025.

SOUSA, F.T.; SANTOS, K.C. O processo de desospitalização sob a ótica de pacientes com doenças crónicas de longa permanência internados em um hospital universitário. **Research Society and Development**, 10 (7), 1-10, 2021.

VIEIRA, E.P. **A sobrecarga dos familiares cuidadores de idosos dependentes da região de Lafões**. Dissertação de mestrado em enfermagem comunitária apresentada à Escola Superior de Saúde de Viseu, Viseu, 2021.