

**Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus
Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde Instituto
Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes
Dias Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde**

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização | Enfermagem de Reabilitação

Relatório de Estágio

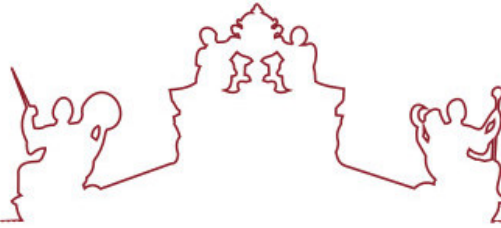
**Capacitação do Cuidador Informal para cuidar da pessoa com
compromisso do autocuidado**

Carolina Barão Sim Sim

Orientador(es) | Luís Manuel Mota de Sousa

Évora 2022





Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus
Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias
Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização | Enfermagem de Reabilitação

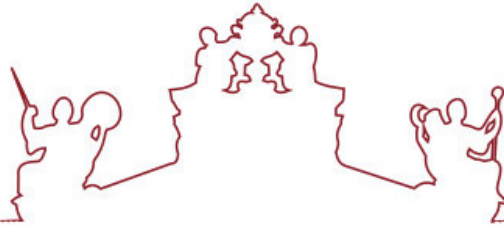
Relatório de Estágio

Capacitação do Cuidador Informal para cuidar da pessoa com compromisso do autocuidado

Carolina Barão Sim Sim

Orientador(es) | Luís Manuel Mota de Sousa

Évora 2022



O relatório de estágio foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus:

Presidente | Ana Maria Grego Dias Sobral Canhestro (Universidade de Évora)

Vogais | César Fonseca (Universidade de Évora) (Arguente)
Luís Manuel Mota de Sousa (Universidade de Évora) (Orientador)

AGRADECIMENTOS

Ao finalizar esta etapa gostaria de expressar o meu mais sincero agradecimento a todos aqueles que de alguma forma contribuíram para a conclusão desta.

Ao meu Professor Orientador, Professor Luís de Sousa, por toda a disponibilidade, pelas palavras de motivação nos momentos mais difíceis e por toda a confiança depositada, foi um privilégio fazer este percurso sob a sua orientação.

A todos os Senhores Enfermeiros que me acompanharam ao longo deste percurso, pela disponibilidade, paciência e partilha de conhecimentos, um agradecimento particular à Senhora Enfermeira Elsa Pires e ao Senhor Enfermeiro Nelson Mestrinho que me acompanharam no Estágio Final.

Aos meus colegas de jornada, pelos momentos de partilha, encorajamento e apoio mútuo.

Aos meus pais, Florbela e José, à minha irmã Margarida, ao João, aos meus avós, Maria Etelvina, Maria Otávia e Artur e à minha madrinha Veva, pela compreensão, por todo apoio e motivação diária, pelo amor incondicional e paciência nas horas mais exigentes, a quem dedico este trabalho.

A todos aqueles que contribuíram para o sucesso deste percurso, o meu mais sincero, Obrigada!

RESUMO

Enquadramento: O aumento do índice de envelhecimento na Europa, trouxe com ele um inevitável aumento do nível de dependência da pessoa idosa, precisando de cuidados por parte da família e de cuidadores. O papel de cuidador informal carece de alterações na vida quer individual quer familiar, existindo a necessidade de adquirir novos conhecimentos e competências. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação tem um papel relevante na intervenção neste processo de transição, capacitando o cuidador informal.

Objetivo: Relatar o processo de aquisição de competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Específicas do Enfermeiro de Reabilitação e de Mestre, assim como apresentar os resultados alcançados na implementação do Projeto Profissional.

Metodologia: A aquisição de Competências foi alcançada através da prática reflexiva. No projeto usou-se a metodologia de múltiplos estudos de casos, tendo sido efetuada a análise e reflexão dos resultados adquiridos. A amostra foi selecionada por pertinência tendo por base os critérios de inclusão. Na aplicação do Projeto e em todo o processo reflexivo duas teorias foram orientadoras, Teoria do Défice de Autocuidado de Orem e Teoria das Transições de Meleis.

Resultados: As avaliações efetuadas na avaliação inicial e final evidenciaram a aquisição de novos conhecimentos e competências por parte do cuidador informal, demonstrando ganhos em saúde, sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação.

Conclusão: Verificou-se a aquisição de competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e de Mestre e ainda, apurou-se que a intervenção realizada pelo EEER na capacitação do cuidador informal da pessoa cuidada com compromisso do autocuidado é efetiva.

Palavras-Chave: Enfermagem de Reabilitação; Processo de Reabilitação; Capacitação; Cuidador Informal; Autocuidado;

ABSTRACT

Empowering the Informal Caregiver of the person with a commitment to self-care

Background: The increase in the aging rate in Europe has brought with it an inevitable increase in the level of dependence of the elderly, in need of care by the family and caregivers. The role of informal caregiver requires changes in both individual and family life, with the need to acquire new knowledge and skills. The Nurse Specialist in Rehabilitation Nursing has a relevant role in the intervention in this transition process, enabling the informal caregiver.

Objective: To report the process of acquiring Common Skills for Specialist Nurses, Specific for Rehabilitation Nurses and Masters, as well as presenting the results achieved in the implementation of the Professional Project.

Methodology: The skills acquisition of Competencies was achieved through reflective practice. In the project was used the methodology of multiple case studies and the obtained results were analyzed and object of deep reflection. The sample was selected by suitability and based on the inclusion criteria. In the application of the Project and in the entire reflective process, two theories were guiding, Orem's Self-Care Deficit Theory and Meleis' Transition Theory.

Results: The assessments carried out in the initial and final assessment showed the acquisition of new knowledge and skills by the informal caregiver, demonstrating health gains, sensitive to rehabilitation nursing care.

Conclusion: It was verified the acquisition of Common Skills of the Specialist Nurse, Specific of the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing and Master. It was also found that the intervention carried out by the EHER in the training of the informal caregiver of the person cared for with a commitment to self-care is effective.

Keywords: Rehabilitation Nursing; Rehabilitation Process; Empowerment; Informal Caregiver; Self-care

ÍNDICE

ÍNDICE DE APÊNDICES	7
ÍNDICE DE ANEXOS	8
ÍNDICE DE TABELAS	9
ÍNDICE DE FIGURAS	10
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	11
1. INTRODUÇÃO	12
2. QUADRO DE REFERÊNCIA TEÓRICO DE ENFERMAGEM	15
2.1. Teoria do Autocuidado	15
2.2. Teoria da Transição	18
3. APRECIACÃO DO CONTEXTO	20
3.1. Análise do Envolvimento.....	20
3.1.1. Hospital do Grupo II.....	20
3.1.2. Unidade de Hospitalização Domiciliária Polivalente.....	21
3.2. Análise da População Alvo.....	24
3.2.1. Cuidador Informal	24
3.3. Problemas Específicos da População Alvo.....	27
3.4. Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Díade.....	29
4. OBJETIVOS DO ESTÁGIO FINAL.....	30
5. PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL.....	31
5.1. Objetivos e Questão de Investigação	31
5.2. Metodologia.....	31
5.2.1. População e amostra.....	32
5.2.2. Técnicas e instrumentos de recolha de dados.....	33

5.2.3. Tratamento de dados	35
5.2.4. Considerações Éticas.....	36
5.3. Apresentação e Análise dos Resultados.....	36
5.4. Discussão dos Resultados	62
5.5 Implicações para a Prática	68
5.6 Limitações do Estudo.....	69
6. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS	70
6.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	70
6.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação	77
6.3. Competências de Mestre	83
7. CONCLUSÕES.....	86
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	88
Apêndices	99
Apêndice I – Consentimento Informado, Livre Esclarecido, para participar em Investigação	99
Apêndice II- Formulário para identificação, caracterização sociodemográfica e condição de saúde/doença.....	101
Apêndice III - Díade 1	102
Apêndice IV - Díade 2	112
Apêndice V - Díade 3	124
Apêndice VI - Díade 4	137
Apêndice VII- Díade 5.....	151
Apêndice VIII - Plano de Cuidados de doente que colocou Prótese Unicompartimental	163
Apêndice IX - Plano de Cuidados de doente com Acidente Vascular Cerebral isquémico aterotrombotico em território da Artéria Cerebral Média esquerda	165

Apêndice X - Formação sobre Artroplastia Total da Anca (ATA)-Cuidados de enfermagem consoante Vias de Abordagem Cirúrgica	168
Apêndice XI - Avaliação da Sessão de Formação (Conhecimentos Adquiridos)	175
Apêndice XII - Avaliação da Sessão de Formação.....	176
Apêndice XIII – Avaliação da Sessão de Formação sobre Artroplastia Total da Anca (ATA)-Cuidados de enfermagem consoante Vias de Abordagem Cirúrgica	178
Apêndice XIV - Tabela para Avaliação de Pares Cranianos	180
Apêndice XV - Caixa de Avaliação de Pares Cranianos	183
Apêndice XVI- Tabela de Registo da Avaliação dos Pares Cranianos	185
Apêndice XVII - Sessão de Formação sobre Avaliação dos Pares Cranianos	186
Apêndice XVIII- Folheto sobre Terapêutica Inalatória	193
Apêndice XIX- Folheto sobre Oxigenioterapia	194
Apêndice XX- Checklist para Validação de Conhecimentos	195
Anexos.....	196
Anexo I - <i>Flow Diagram — Case Reports following the CARE guidelines</i>	196
Anexo II- <i>CARE Checklist of information to include when writing a case report</i> ...	197
Anexo III- - <i>Mini-Mental State Examination de Folstein</i>	198
Anexo IV- Escala de <i>Barthel</i>	200
Anexo V- Escala de <i>Lawton & Brody</i>	203
Anexo VI- Escala de <i>Borg</i> Modificada.....	205
Anexo VII- Escala <i>London Chest Activity of Daily Living</i>	206
Anexo VIII- Escala de Sobrecarga do Cuidador de <i>Zarit</i>	208
Anexo IX- Parecer Positivo do Hospital do Grupo II.....	210
Anexo X- Parecer Positivo da Universidade de Évora	211

ÍNDICE DE APÊNDICES

Apêndice I – Consentimento Informado, Livre Esclarecido, para participar em Investigação	99
Apêndice II- Formulário para identificação, caracterização sociodemográfica e condição de saúde/doença.....	101
Apêndice III - Díade 1	102
Apêndice IV - Díade 2	112
Apêndice V - Díade 3	124
Apêndice VI - Díade 4	137
Apêndice VII- Díade 5.....	151
Apêndice VIII - Plano de Cuidados de doente que colocou Prótese Unicompartimental	163
Apêndice IX - Plano de Cuidados de doente com Acidente Vascular Cerebral isquémico aterotrombotico em território da Artéria Cerebral Média esquerda	165
Apêndice X - Formação sobre Artroplastia Total da Anca (ATA)-Cuidados de enfermagem consoante Vias de Abordagem Cirúrgica	168
Apêndice XI - Avaliação da Sessão de Formação (Conhecimentos Adquiridos)	175
Apêndice XII - Avaliação da Sessão de Formação.....	176
Apêndice XIII – Avaliação da Sessão de Formação sobre Artroplastia Total da Anca (ATA)-Cuidados de enfermagem consoante Vias de Abordagem Cirúrgica	178
Apêndice XIV - Tabela para Avaliação de Pares Cranianos	180
Apêndice XV - Caixa de Avaliação de Pares Cranianos	183
Apêndice XVI- Tabela de Registo da Avaliação dos Pares Cranianos	185
Apêndice XVII - Sessão de Formação sobre Avaliação dos Pares Cranianos	186
Apêndice XVIII- Folheto sobre Terapêutica Inalatória	193
Apêndice XIX- Folheto sobre Oxigenioterapia	194
Apêndice XX- Checklist para Validação de Conhecimentos	195

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexos	196
Anexo I - <i>Flow Diagram — Case Reports following the CARE guidelines</i>	196
Anexo II- <i>CARE Checklist of information to include when writing a case report</i> ...	197
Anexo III- - <i>Mini-Mental State Examination de Folstein</i>	198
Anexo IV- <i>Escala de Barthel</i>	200
Anexo V- <i>Escala de Lawton & Brody</i>	203
Anexo VI- <i>Escala de Borg Modificada</i>	205
Anexo VII- <i>Escala London Chest Activity of Daily Living</i>	206
Anexo VIII- <i>Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit</i>	208
Anexo IX- <i>Parecer Positivo do Hospital do Grupo II</i>	210
Anexo X- <i>Parecer Positivo da Universidade de Évora</i>	211

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela nº 1 – Tabela Comparativa de identificação, caracterização sociodemográfica e condição de saúde das díades.....	37
Tabela nº 2 - Tabela comparativa dos resultados das avaliações efetuadas à díade PC/CI.....	39
Tabela nº 3 - Avaliação do Conhecimento e Capacidade do Cuidador Informal através da NACI.....	45
Tabela nº 4 – Resposta dos Cuidadores Informais às questões sobre o Estatuto de Cuidador Informal.....	47
Tabela nº 5 - Resultados da avaliação das dimensões de conhecimento e aprendizagem dos Cuidador Informal 1.....	48
Tabela nº 6 - Resultados da avaliação das dimensões de conhecimento e aprendizagem dos Cuidador Informal 2.....	49
Tabela nº 7 - Resultados da avaliação das dimensões de conhecimento e aprendizagem dos Cuidador Informal 3.....	51
Tabela nº 8 - Resultados da avaliação das dimensões de conhecimento e aprendizagem dos Cuidador Informal 4.....	53
Tabela nº 9 - Resultados da avaliação das dimensões de conhecimento e aprendizagem dos Cuidador Informal 5.....	55

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura nº 1 - Comparação entre Avaliação Inicial e Final do <i>Elderly Nursing Core Set</i>	41
Figura nº 2 - Comparação entre Avaliação Inicial e Final do <i>Mini Mental State Examination</i>	42
Figura nº 3 - Comparação entre Avaliação Inicial e Final do Índice de <i>Barthel</i> da PC.....	43
Figura nº 4 - Comparação entre Avaliação Inicial e Final de Sobrecarga do Cuidador <i>Zarit</i>	44
Figura nº 5- Resultados da Avaliação do Cuidador Informal 1.....	57
Figura nº 6 - Resultados da Avaliação do Cuidador Informal 2.....	58
Figura nº 7 - Resultados da Avaliação do Cuidador Informal 3.....	59
Figura nº 8 - Resultados da Avaliação do Cuidador Informal 4.....	60
Figura nº 9 - Resultados da Avaliação do Cuidador Informal 5.....	61

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABVD – Atividades Básicas de Vida Diária

AIVD – Atividades Instrumentais de vida Diária

AVD – Atividades de Vida Diária

CI – Cuidador Informal

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ENCS – *Elderly Nursing Core Set*

ER - Enfermagem de Reabilitação

MMSE - *Mini Mental State Examination*

NACI – Indicadores das Necessidades de Aprendizagem do Cuidador Informal

PC – Pessoa Cuidada

UHDP – Unidade de Hospitalização Domiciliária Polivalente

1. INTRODUÇÃO

O Relatório de Mestrado em Enfermagem, na área de Especialização de Enfermagem de Reabilitação surge no decorrer do Estágio Final. A efetivação deste relatório levará à obtenção de Grau de Mestre e tem como fim demonstrar a capacidade reflexiva sobre as práticas efetuadas com base na mais atual e melhor evidência científica disponível, relatar e posteriormente proceder à avaliação do Projeto Profissional.

Para obtenção de Grau de Mestre de acordo com o Decreto-Lei n.º 63/2006 de 13 de setembro é necessário a anuência em todas as unidades curriculares do plano de estudos e neste caso, a defesa do relatório de estágio em ato público (Decreto-Lei n.º 63/2016 do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2016, p. 3176).

O Estágio Final decorreu numa Unidade de Acidente Vascular Cerebral num Hospital do Grupo II no período de 27 de novembro de 2022 até 17 de janeiro de 2022 durante seis semanas e numa Unidade de Hospitalização Domiciliária Polivalente num Hospital do Grupo II, no período de 17 de janeiro de 2022 a 25 de março de 2022 durante dez semanas, perfazendo um total de 16 semanas de estágio.

Tendo em conta os sucessivos internamentos e idas ao Serviço de Urgência após alta hospitalar, observado por mim diariamente no meu contexto de trabalho, faz-me todo sentido fazer um Projeto de Intervenção em que seja feita a capacitação da pessoa cuidada e do cuidador informal para a pessoa com compromisso do autocuidado antes da alta e no seu ambiente.

Neste sentido, surge o Projeto de Intervenção Profissional que se denomina de “Capacitação do Cuidador Informal para cuidar da pessoa com compromisso do autocuidado”.

O Projeto de Intervenção encontra-se integrado no Projeto “Diagnóstico dos Cuidadores Informais”, a ser produzido na Universidade de Évora, com parecer favorável da Comissão de Ética para a Investigação Científica nas Áreas de Saúde

Humana e Bem-Estar, pelos investigadores do *Comprehensive Health Research Centre*, Professor Doutor Manuel Lopes, Professor Doutor César Fonseca, Professora Doutora Lara Pinho e Professor Doutor Luís de Sousa (Lopes, Fonseca, Pinho, & Sousa, 2020).

Este projeto está a ser efetuado em parceria com a Câmara Municipal de Évora, Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental de Évora, Segurança Social e Universidade de Évora, tem como objetivos: conhecer a realidade dos cuidadores informais e das situações de dependência do concelho de Évora; identificar a rede de cuidadores informais do concelho e principais constrangimentos e necessidades de intervenção; produzir um documento diagnóstico que identifique recomendações para possíveis ações/projetos a desenvolver no concelho de Évora (Lopes, Fonseca, Pinho, & Sousa, 2020).

Deste modo, a colaboração no Projeto “Diagnóstico de Cuidadores Informais”, faz-se através da partilha de informação, nomeadamente da realidade dos cuidadores informais do concelho, particularmente as principais dificuldades e necessidades vivenciadas por estes e das situações de dependência da pessoa cuidada.

A orientação pedagógica foi efetuada pelo Professor Doutor Luís de Sousa, e a supervisão clínica foi feita pela Senhora Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação Elsa Pires e pelo Senhor Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação Nelson Mestrinho.

O relatório encontra-se estruturado em acordo como o regulamento da Unidade Curricular. Em primeiro lugar encontra-se o capítulo destinado à introdução, posteriormente o referencial teórico que esteve por detrás do Estágio Final e no terceiro capítulo o Contexto, isto é, análise do envolvimento, da população alvo e dos respetivos problemas. No quarto capítulo apresento os objetivos do estágio final enquadrados nos objetivos tanto do Curso de Mestrado como do Estágio Final. O quinto capítulo trata do Projeto de Intervenção Profissional, isto é, objetivos, metodologia, análise e discussão dos resultados obtidos. O sexto capítulo contém uma reflexão sobre as competências desenvolvidas e adquiridas, sejam estas comuns, específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação ou mestre. Por último, apresentam-se as conclusões e as

devidas referências bibliográficas que sustentaram todo o documento. Nos apêndices e anexos encontram-se documentos de apoio que facilitam o entendimento deste trabalho.

O presente Relatório foi redigido em acordo com o acordo ortográfico em vigor e segundo as normas de referência bibliográfica *American Psychological Association* (APA) 7ª edição.

2. QUADRO DE REFERÊNCIA TEÓRICO DE ENFERMAGEM

2.1. Teoria do Autocuidado

De modo a nortear as intervenções de enfermagem de acordo com o contexto de implementação do Projeto de Intervenção o referencial teórico que mais se adequou foi o de Dorothea Orem com a Teoria do Autocuidado.

O conceito de Autocuidado foi introduzido por Dorothea Orem em 1956 e validado em 1967 por um grupo de trabalho. A teoria do déficit de auto-cuidado em enfermagem segundo Dorothea Orem abrange três teorias: a teoria do autocuidado, que relata a forma e o motivo pelo qual as pessoas cuidam de si próprias, a teoria do déficit do autocuidado, em que é esclarecido como a enfermagem pode auxiliar as pessoas, e por último, a teoria dos sistemas de enfermagem, na qual é relatada as conexões que têm de ser formuladas e mantidas para que haja produção de enfermagem (Tomey & Alligood, 2004; Petronilho & Machado, 2017).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros, autocuidado é visto como atividade efetuada pela própria pessoa com o fim de se manter funcional, efetuar as necessidades individuais básicas, íntimas e as atividades da vida diária (Ordem dos Enfermeiros, 2016).

Dorothea Orem citada por Petronilho & Machado (2017) define autocuidado como ação propositadamente efetuada pelos sujeitos para regularem o seu apropriado funcionamento e desenvolvimento, ou daqueles que dependem de si. Estas são ações concretizadas para afiançar o aprovisionamento de condições necessárias à vida, para o incremento e desenvolvimento, assim como, para a manutenção da integridade humana, igualmente pretendem preservar as conjunturas internas ou externas necessárias para a manutenção e promoção da saúde. Além disso, são ações com o foco na prevenção, no alívio, recuperação, ou gestão de situações humanas incómodas que afetam a vida, a saúde, e até mesmo o bem-estar.

O foco dos Enfermeiros de Enfermagem de Reabilitação, é a dependência no autocuidado, numa direção de capacitar a pessoa no desempenho das atividades que constitui cada um dos domínios do autocuidado (Petronilho & Machado, 2017).

Neste caso, vou explorar a Teoria dos Sistemas de Enfermagem, nesta é descrito como é que as pessoas, os enfermeiros, ou os dois oferecem solução para as necessidades de autocuidado. Dorothea Orem nomeou três categorizações de sistemas: sistema totalmente compensatório, em que a pessoa não consegue responder às necessidades de autocuidado, sendo totalmente dependente de outros, sistema parcialmente compensatório, e por último o sistema de apoio/educação, a pessoa revela capacidade para atender às necessidades de autocuidado, contudo precisa de instrução e orientação por parte do enfermeiro para fortalecer as atividades de autocuidado. É neste último que colocamos o cuidador informal, este revela capacidade para dar resposta às necessidades da pessoa cuidada, contudo precisa de ser capacitado pelo enfermeiro, necessita de apoio por parte do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação e educação para a saúde. Por outro lado, a pessoa cuidada insere-se num sistema totalmente ou parcialmente compensatório em que necessita do cuidador informal para o seu bem-estar e sobrevivência (Petronilho & Machado, 2017).

Capacitar é um processo multidimensional que carece de conhecimento, decisão e ação. Os conhecimentos são saberes construídos e alicerçados em valores individuais, que se transformam ao longo da vida e são afetados por fatores de cariz social, cultural e religioso. Para realizar a capacitação é necessário envolver os seguintes domínios: cognitivo, físico e material (Reis & Bule, 2017).

Esta capacitação de uma forma simplificada pode ser transposta nas atividades básicas de vida diária, comer e beber, mover-se, lavar-se e vestir-se, eliminar, entre outras, ou mais exigentes como são as atividades instrumentais de vida diária, preparar refeições, tarefas domésticas, lavar roupas, gerir dinheiro, usar o telefone, tomar os medicamentos, fazer compras e utilizar os meios de transporte. Ambas traduzem a autonomia e a independência e contribuem para a funcionalidade e qualidade de vida (Reis & Bule, 2017).

Na capacitação da pessoa com deficiência, limitação da atividade e restrição da participação, cuidador informal e família, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) tem dois *focus* de cuidado, o conhecimento e a aprendizagem de capacidades. Na dimensão do conhecimento o EEER empodera a pessoa para a tomada de decisão com o intuito de lhe fornecer autonomia (Sousa, Martins, & Novo, 2020). As intervenções prescritas passam “Avaliar conhecimento (...)” e “Ensinar sobre (...)” (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Na dimensão da aprendizagem de capacidades vai retornar à pessoa a independência para a execução das atividades de vida diária, tanto básicas como instrumentais, isto, implica passar a ação com os conhecimentos adquiridos, a transição positiva é comprovada pela observação da mestria na execução das atividades (Sousa, Martins, & Novo, 2020). As intervenções prescritas são “instruir sobre (...)”, “treinar a técnica de (...)” e “treinar o uso de (...)” (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

A Autonomia e a Independência são dois conceitos que frequentemente são utilizados como sinónimos, contudo tem significados bastantes diferentes.

A autonomia da pessoa relaciona-se com o conhecimento que a pessoa detém para a tomada de decisão (Sousa, Martins, & Novo, 2020). A definição da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem apoia a afirmação anterior, a Autonomia é “Direito do cliente: *status* autogovernação e auto-orientação (Ordem dos Enfermeiros, 2016).”

Por outro lado, a independência está relacionada com a capacidade para a execução das atividades de vida diária (Sousa, Martins, & Novo, 2020).

Deste modo, compreende-se que são conceitos distintos, que estão associados, mas não devem ser utilizados como sinónimos.

A qualidade de vida encontra-se muitas vezes relacionada com melhores condições de vida, independência, dignidade, atingir os objetivos pessoais e *empowerment*, é a perceção da pessoa face às próprias condições de vida, na conjuntura cultural e no sistema de valores que se relaciona intimamente com as suas expectativas, preocupações e objetivos pessoais (Pontífice-Sousa & Pinto, 2021).

Através das intervenções de enfermagem de reabilitação ao capacitarmos a pessoa cuidada e o cuidador informal, estamos a conceder-lhes independência que por sua vez aumenta a sua qualidade de vida.

2.2. Teoria da Transição

No que diz respeito às transições que a pessoa cuidada e o cuidador informal vivem devemos ter presente a Teoria da Transição de Afaf Meleis. Enquanto enfermeira, é importante proporcionar às pessoas transições saudáveis, estas situações são desafiantes pois exigem que se tenha em conta a singularidade de cada pessoa para que não aconteçam transições ineficazes (Costa, 2016).

Uma transição é percebida como a mudança de uma condição ou situação para outra. Na saúde, os enfermeiros prestam cuidados a pessoas que vivenciam transições. A transição contempla uma alteração do estado de saúde, das aptidões e funções. Estas transições carecem da apreensão de novos conhecimentos, de alteração da conduta e por este motivo uma nova perceção de si na sociedade (Marques & Corte, 2021).

Em enfermagem, a Teoria de Afaf Meleis, uma teoria de médio alcance, explica estas mesmas transições, em que existem distintas fases neste processo. Na sua teoria Meleis aponta quatro tipos de transições, estas são, desenvolvimentais (próprias do ciclo de vida), saúde e doença, situacionais (alteração de papéis) e organizacionais. Uma pessoa pode vivenciar mais do que uma transição concomitantemente. De acordo com esta teoria, o cuidador informal descreve uma transição situacional, em que existe uma reorganização de papéis no seio familiar e até mesmo inclusão de novos. Já a pessoa cuidada experiêcia uma transição de saúde-doença. Através desta teórica compreendemos que tanto o cuidador informal como a pessoa cuidada experienciam uma transição, o cuidador informal que outrora seria membro da família agora passa para o papel de prestador de cuidados e a pessoa cuidada que vivencia uma passagem de independência para a dependência. A família também vivencia uma transição, contudo é o cuidador informal que irá deter a responsabilidade de prestar cuidados (Marques & Corte, 2021).

As transições tendem a colocar as pessoas numa situação de maior vulnerabilidade e podem prejudicar o bem-estar e a saúde. As transições fazem parte do domínio da enfermagem, desta forma requer agilização de intervenções que proporcionem uma transição segura para o papel cuidador informal, este encontra os pontos fortes de cada um e maximiza-os, ajudando-os a consentir ou readaptar-se à nova condição. O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação deve compreender este processo com o intuito de desenvolver intervenções adequadas para auxiliar a readquirir a segurança e a serenidade (Marques & Corte, 2021; Sales & Jesus, 2021). Durante a Pandemia COVID-19 estes processos de transição da pessoa cuidada e do cuidador informal viram-se influenciados pelas restrições nas visitas e da preparação do cuidador informal para uma transição segura do hospital para a comunidade. Igualmente, a pandemia influenciou a continuidade dos cuidados do meio hospitalar para a comunidade. A utilização de tecnologias de informação como as videochamadas foi essencial para preservar o contacto entre a pessoa cuidada e o cuidador informal, de modo a informar sobre o estado clínico e preparar o retorno ao seio familiar (Baixinho, Sousa, & Ferreira, 2020).

Estes processos de transição são compostos, acarretam uma alteração de paradigma na prestação dos cuidados, sendo necessário um ajuste do papel do enfermeiro e a conjugação da equipa multidisciplinar, abrangendo todos os envolventes no processo (Ferreira, et al., 2022). Esta teoria de médio alcance de Afaf Meleis insere-se no paradigma da transformação. Este paradigma com início em 1970, reconhece aos indivíduos a capacidade e a hipótese de serem ativos e pares nas deliberações de saúde que outrora eram da responsabilidade dos profissionais de saúde (José & Sousa, 2021).

3. APRECIÇÃO DO CONTEXTO

Este capítulo tem como intuito realizar uma caracterização do contexto em que ocorreu o Estágio Final e a implementação do projeto de intervenção profissional, assim como uma análise à produção de cuidados e população alvo.

3.1. Análise do Envolvimento

Com o intuito de manter o anonimato da instituição, a apreciação do contexto foi executada indicando a tipologia da instituição. A implementação do Projeto Profissional, decorreu num Hospital do Grupo II, numa Unidade Hospitalização Domiciliária Polivalente.

3.1.1. Hospital do Grupo II

Segundo a Portaria n.º 82/2014 este classifica as instituições do Serviço Nacional de Saúde, tendo em conta os deveres, valências apresentadas e a sua localização na rede hospitalar (Diário da República, 2014).

Um Hospital do Grupo II apresenta as seguintes características: “(...) i. Valências médicas e cirúrgicas do Grupo I, acrescido das valências de oftalmologia, pneumologia, cardiologia, reumatologia, gastroenterologia, nefrologia, hematologia clínica, infecciologia, oncologia médica, neonatologia, imuno-alergologia, ginecologia/obstetrícia, dermato-venerologia, otorrinolaringologia, urologia, cirurgia vascular, neurocirurgia, anatomia patológica, medicina nuclear e neurorradiologia; iii. Restantes valências são definidas de acordo com um mínimo de população servida e em função de mapas nacionais de referência e distribuição de especialidades médicas e cirúrgicas; iv. Não exerce as valências de farmacologia clínica, genética médica,

cardiologia pediátrica, cirurgia cardiotorácica e cirurgia pediátrica;” (Diário da República, 2014).

O Hospital do Grupo II é a maior e a principal unidade hospitalar do território alentejano. É a unidade mais diferenciada e recebe utentes do Alentejo Central, isto é, 152.865 habitantes, cada vez mais cuida de utentes provenientes do restante Alentejo, Alto Alentejo, Baixo Alentejo e Alentejo Litoral (345.939 habitantes), num total de 498.804 habitantes. Estes dados são uma estimativa Eurostat de 2019 (Ministério da Saúde, 2021).

A área de influência e a população tem características muito particulares pois o Alentejo corresponde a cerca de 30% do território português, porém representa apenas cerca de 6.8% da população total. A densidade populacional é mais baixa, a área corresponde a mais do dobro e o índice de envelhecimento é bastante superior em comparação aos outros hospitais do grupo. Estas características, tornam a população alvo anómala quando confrontadas com as restantes instituições do grupo, pelo que existem dificuldades na gestão dos recursos (Ministério da Saúde, 2021).

3.1.2. Unidade de Hospitalização Domiciliária Polivalente

A lotação dos serviços de urgência e internamentos convencionais levam a um aumento dos riscos para a população, principalmente a idosa, especialmente no que diz respeito à funcionalidade, cognição e perda independência. A Hospitalização Domiciliária surge como alternativa a pessoas com doença aguda que seriam institucionalizadas em ambiente hospitalar (Ferreira, et al., 2022).

A Unidade de Hospitalização Domiciliária, nasceu em dezembro de 2020, e tem como intuito, individualizar a interação doente-enfermeiro-médico, criando outras opções de resposta para a população (Ministério da Saúde, 2021). Deste modo, consegue-se promover a recuperação funcional e devolver a autonomia do doente no seio da família.

A Hospitalização Domiciliária tem imensos benefícios quando comparado ao internamento convencional, particularmente, por uma média de demora de internamento inferior, redução das infeções relacionadas aos cuidados de saúde, permitir a escolha aos doentes, inclusão das famílias na concretização do plano assistencial centralizado no doente, tendo sempre por base o conforto e o bem-estar do doente, dos cuidadores e da família (UHDP, 2022).

O domicílio surge como um ambiente crucial para a prestação de cuidados, onde o papel do enfermeiro sobressai, mas o destaque maior recai no papel do cuidador informal (Ferreira, et al., 2022).

Os principais objetivos da unidade são diminuir a distância entre o hospital e a comunidade, fortalecendo uma medicina de ambulatório e uma atividade de educação para a saúde, no utente, na família e na comunidade em que estão inseridos (UHDP, 2022).

A equipa é constituída por três médicos especialistas, cinco enfermeiros, fisioterapeuta, assistente social, farmacêutico, nutricionista, e assistente técnica, e tem a capacidade para seis camas (Ministério da Saúde, 2021). Embora, durante o período de estágio terem existido momentos em que teve a lotação de sete camas, é expectável que exista um aumento brevemente.

Existem alguns pontos a serem cumpridos para a integração na Hospitalização Domiciliária, nomeadamente, o consentimento voluntário da hospitalização domiciliária, por parte da pessoa e/ou representante legal, um diagnóstico clínico que seja expectável a estabilidade clínica, sendo transitório e com comorbilidades suscetíveis de serem controladas no domicílio, presença de um cuidador informal (optativo no caso de doente autónomo), condições higiénico-sanitárias básicas e de habitabilidade adequadas, possuir telefone ou telemóvel para contacto com a equipa, residência localizada numa distância e tempo de deslocação que forneça segurança para intervenção em tempo útil, ou deslocamento em caso de gravidade ao Hospital do Grupo II, limitado à distância máxima de 30km ou 30 minutos no tempo máximo de deslocação (Ministério da Saúde, 2021; UHDP, 2022).

Os doentes podem ser referenciados pelo Serviço de Urgência do Hospital do Grupo II, Serviços de Internamento, Hospital de dia ou Centro de Saúde (UHDP, 2022).

Na admissão, o processo clínico é avaliado pela equipa multidisciplinar. A segurança é crucial pelo que só são admitidos doentes clinicamente estáveis, já com um diagnóstico determinado e com condições quer geográficas, quer habitacionais, quer sociais benéficas (UHDP, 2022).

A monitorização destes doentes é assegurada pela permanência de um enfermeiro de prevenção das 00h00 às 8h00 e de um médico de prevenção das 16h00 às 08h00, o contacto é feito através do número de telefone disponibilizado pela equipa que se encontra disponível 24 horas por dia nos 365 dias do ano (UHDP, 2022).

Toda a medicação fornecida, exames complementares diagnóstico são suportadas monetariamente pelo hospital à semelhança do que acontece numa enfermaria convencional. O utente e a família são responsáveis por necessidades básicas como a roupa, a alimentação, higiene, entre outras (UHDP, 2022).

Ao dia 26 de fevereiro, a média de idades dos doentes internados desde o início de 2022 é de 56 anos, sendo que 44% são mulheres (14 mulheres) e 56% (18 homens) são homens. A demora média de dias internamento é 8,84 dias de internamento. Quanto à localização a média distância ao hospital é de 6,99 km de média de distância, sendo que 84% (27 pessoas) localizam-se em Évora, 3% (1 pessoa) em Aguiar, 3% (1 pessoa) em Arraiolos, 3% (1 pessoa) em Alcáçovas, 3% (1 pessoa) em Viana do Alentejo e 3% (1 pessoa) em Redondo. No que diz respeito aos cuidadores informais, 53% são conjugues, 16% filhos, 16% Pais e Mães, 9% Outros (Prestadores de Cuidados Assistenciais), 3% irmãos e 3% netos. No ano de 2021 a UHDP deu alta a 183 doentes.

3.2. Análise da População Alvo

3.2.1. Cuidador Informal

O índice de envelhecimento dos habitantes europeus tem vindo a crescer de uma forma célere e estima-se que no futuro seja significativo este aumento (Willemse, et al., 2016). A esperança média de vida ao nascer, no mundo, cresceu de 66,8 anos em 2000 para 73,3 anos em 2021, existiu igualmente uma perspetiva de aumento médio de vida saudável, de 58,3 anos para 63,7anos. Em 2019 a Europa apresentou uma esperança média de vida de 78,2 anos e 68,3 anos para a esperança média de vida saudável (World Health Organization, 2021). Em Portugal, no triénio de 2017 a 2019 a esperança média de vida ao nascer era de 80,93 anos, por outro lado o índice de envelhecimento foi de 163,2 idosos por 100 jovens no ano de 2019 e é expectável que este número venha a duplicar até ao ano 2080. Sendo que o Alentejo é a região mais envelhecida com 206,1 idosos por cada 100 jovens (INE, I.P., 2020). Compreende-se que este aumento da esperança de vida pode ser acompanhado, por um crescente aumento do tempo vivido ou não. Deste modo, existe um crescimento do número de doenças crónicas, ou seja, há um aumento da quantidade de pessoas a viverem com doenças crónicas e a utilização dos cuidados de saúde aumentará ao longo do tempo (Willemse, et al., 2016; Ploeg, et al., 2017).

Este processo de envelhecimento inevitavelmente aumenta o nível de dependência da pessoa idosa, precisando de cuidados por parte da família e de cuidadores (Ferreira, et al., 2022).

O uso do termo cuidador informal iniciou em 1990, houve um desenvolvimento exponencial e persistente a partir de 2006, atualmente é perceptível a evolução do termo. Os termos mais usados nas publicações efetuadas são “cuidadores” e “cuidadores familiares” e começaram em 2013, o termo “cuidadores informais” aumentou a sua importância em 2016 e mantém a sua força até à data (Ferreira, et al., 2022).

Segundo CIPE (2015), cuidador é o indivíduo que presta auxílio no reconhecimento, precaução e tratamento ou incapacidade, a pessoa que dá resposta às necessidades da pessoa com dependência (Ordem dos Enfermeiros, 2016).

O termo cuidador informal surgiu relacionado às crescentes das necessidades de cuidado, nomeadamente nos idosos. Estes cuidadores são familiares, filhos, conjugues, netos, companheiros, amigos e até vizinhos, em que as mulheres formam o maior grupo (Ferreira, et al., 2022).

Até ao momento, os Estados Unidos da América foi quem mais colaborou para a investigação desta temática. Por outro lado, Portugal fica em vigésimo quinto lugar no que diz respeito ao número de publicações efetuadas sobre o tema (Ferreira, et al., 2022).

A maior parte dos indivíduos que precisam de cuidados domiciliários são idosos, com demência, comprometimento cognitivo moderado, dependência nas atividades de vida diária, grande fragilidade e complexos cuidados de saúde (Poss, et al., 2017; Reis, Sousa, Silva, Pereira, & Sim-Sim, 2022). Os cuidadores informais de idosos são maioritariamente mulheres, e apresentam um maior peso pois assumem vários papéis sociais (Ferreira, et al., 2022). De acordo com Sousa, et al. (2022), o maior grupo de cuidadores informais pertence aos que cuidam de adultos com demência ou deficiência. Estes cuidadores realizam amplos cuidados relacionados com a saúde e experienciam inúmeras emoções como ansiedade, depressão, sobrecarga, restrições em relação à participação social, além disso a Pandemia provocada pelo Coronavírus 2019 provocou um crescente isolamento social, aumento da carga de cuidados e malefícios na saúde física e mental.

Os países europeus concretizaram reformas significativas na política e nos sistemas de saúde. Apesar de nos últimos anos as circunstâncias e as condições dos cuidadores informais terem melhorado, ainda existe muito por explorar, e devem estar na base da melhoria da prestação de cuidados (Sousa, et al., 2022).

A literatura é concordante no que diz respeito à dificuldade de transmissão de informação e articulação com os cuidados de saúde primários de forma a responder

eficientemente à população com situações complicadas de saúde-doença (Ferreira, Gomes, Baixinho, & Ferreira, 2021).

Em Portugal, com a Lei n.º 100/2019 de 6 de setembro foi aprovado o Estatuto de Cuidador Informal pela Assembleia República. Este estatuto veio regulamentar quer os direitos e deveres do cuidador quer da pessoa cuidada. O reconhecimento do cuidador informal é efetuado pelo Instituto de Segurança Social, com o consentimento da pessoa cuidada (Diário da República, 2019).

De acordo com o Artigo 5.º dos direitos do cuidador informal, este tem direito a: reconhecimento do papel crucial no cuidar da pessoa; receber formação e acompanhamento no desenvolvimento de capacidades e obtenção de competências para a prestação de cuidados; obter informações por profissionais nas áreas da saúde e segurança social; informação que esclareçam tanto o cuidador informal como a pessoa cuidada quanto ao prognóstico da doença e aos apoios que podem obter; ter acesso a informação relativa a boas práticas; possuir apoio psicológico dos serviços de saúde, até mesmo após o falecimento da pessoa cuidada; usufruir de tempo de repouso que promovam o seu bem-estar; beneficiar de subsídio de apoio ao cuidador informal principal; compatibilizar o cuidar com a vida profissional, se se tratar do cuidador informal não principal; usufruir do estatuto de trabalhador-estudante no caso de estudar; ser auscultado na significação de políticas públicas orientadas para os cuidadores informais (Diário da República, 2019).

A revisão bibliométrica de Ferreira, et al. (2022) a propósito do tema do cuidador informal concluiu que tem existido um interesse neste junto da comunidade científica maioritariamente nos 5 anos anteriores e maioritariamente associado à saúde.

O termo cuidador informal ainda carece de mais investigação relativamente à definição do conceito e do seu papel na sociedade atual, assim como o seu efeito nas transições de saúde-doença ou na continuidade dos cuidados (Ferreira, et al., 2022).

3.3.Problemas Específicos da População Alvo

O papel de cuidador informal carece de alterações na vida quer individual quer familiar, existindo a necessidade de adquirir novos conhecimentos e competências (Lumini, Araújo, & Martins, 2018).

A ausência de respostas gera sentimentos de stress, ansiedade e até esgotamento. Estas emoções prejudicam a pessoa cuidada, pela ausência da melhoria em termos funcional, pelo envio aos serviços de urgência desnecessariamente e admissões precoces em estruturas residenciais para idosos (Ferreira, Gomes, Baixinho, & Ferreira, 2021).

Pelo facto de o processo não ter um tempo estimado e nem sempre é linear, é importante compreender a sobrecarga a que estes cuidadores informais estão subjugados. Os autores evidenciam o risco de depressão, fadiga e *burnout*, estes devem estar presentes aquando da construção do plano de intervenção, tanto para a pessoa cuidada como para o cuidador informal (Ferreira, et al., 2022).

Com o intuito de serem prestados cuidados de qualidade aos cuidadores informais é crucial proceder a uma avaliação das suas necessidades. Estas necessidades, devem ser identificadas por instrumentos de avaliação. Os cuidadores podem não estar preparados para os requisitos dos cuidados, para questões financeiras e sociais, escassez de meios ou até reações adversas aos cuidados por parte da pessoa cuidada que advieram face à nova condição de saúde (Bangerter, Griffin, Zarit, & Havyer, 2017; Ferreira, Gomes, Baixinho, & Ferreira, 2021; Menezes, et al., 2019;).

As mulheres, são o grupo mais simbólico em termos de cuidadores, mostram uma carga superior pela junção de diferentes papéis sociais (Ferreira, et al., 2022). Igualmente Lopes & Massineli (2013), refere que o grupo feminino é o mais representativo em termos de cuidadores, maioritariamente filhas e esposas, com idades compreendidas entre os 50 e os 65 anos.

As relações entre os membros de família quando não são muito sólidas, tendem a dificultar-se com a progressão da doença (Lopes & Massineli, 2013).

Os cuidadores de pessoas com Alzheimer apontam para a dificuldade a ausência de conhecimento, para a prestação de cuidados de qualidade, assim como carência de formas para lidar com a evolução da doença. Deste modo, a relação entre a díade pode ser causadora de discórdias e tensão, prejudicando tanto a pessoa cuidada, como o cuidador informal e a respetiva família (Ferreira, et al., 2022).

Um dos grandes problemas dos cuidadores informais prende-se pelo facto da pessoa cuidada ser idosa e o respetivo cuidador também o ser, também este último necessitando de cuidados (Ferreira, et al., 2022).

Atualmente, os cuidadores sofrem com lesões musculoesqueléticas associado à prestação de cuidados, por falta de formação ao nível ergonómico, trabalho excessivo e fatores emocionais (Ferreira, et al., 2022). Segundo Mendes, Figueiredo, Santos, Fernandes, & Fonseca (2019) os cuidadores referem doenças, nomeadamente, aparelho circulatório e as osteomusculares e do tecido conjuntivo. Neste estudo, os cuidadores, cerca de 59,6% percecionaram alterações no corpo depois de adotarem o papel de cuidador.

Segundo Mendes, Figueiredo, Santos, Fernandes, & Fonseca (2019), os fatores sociodemográficos, clínicos e particulares da atividade e a sobrecarga sentida pela cuidador informal estão relacionados. Neste estudo, a sobrecarga (física, emocional e social) percepcionada foi elevada maioritariamente a devido a implicações na vida pessoal. Esta sobrecarga foi mais sentida pelos conjugues.

A falta de experiência do cuidador pode conduzir a prejuízos, para além da ansiedade e do desgaste física, leva à hospitalização frequente da pessoa cuidada (Guerra, Almeida, Souza, & Minamisava, 2017).

3.4. Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Díade

O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação é o profissional de saúde mais bem preparado para dar resposta às lacunas de conhecimento e capacidades do cuidador informal, da pessoa cuidada e da família, com o fim de existir uma transição segura entre o internamento e o domicílio, pois os enfermeiros em todos os aspetos do processo de reabilitação. Os enfermeiros são os que mantêm um contacto mais prolongado com a família e o doente, tendo a oportunidade compreender os fatores pessoais e contextuais para o processo de reabilitação (Gutenbrunner, Stievano, Nugraha, Stewart, & Catton, 2021; Ferreira, et al., 2022).

A dependência das pessoas cuidadas e o modo como progridem é variável. Os estudos apontam para ganhos em saúde quer na pessoa cuidada quer no cuidador informal em várias vertentes bem-estar social, físico e psicológico com a intervenção do EEER. (Martins & Santos, 2020).

No plano de cuidados, o EEER deve realizar o diagnóstico das necessidades/dificuldades, posteriormente promover o acesso à informação e do progresso de habilidades na prestação de cuidados, com o devido uso de recursos, quer internos quer externos e o apoio necessário para cuidar de si (Marques & Corte, 2021).

Os serviços e programas mais comumente disponibilizados aos cuidadores são programas de educação e treino na gestão da demência, serviço de apoio psicossocial, serviço de descanso do cuidador e informação ou aconselhamento sobre questões legais (Sousa, et al., 2022).

4. OBJETIVOS DO ESTÁGIO FINAL

Tendo em conta a contextualização elaborada anteriormente e apreciação de contexto exibida, determinei dois objetivos para o estágio final. Em primeiro lugar, adquirir e desenvolver Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e Competências de Mestre. Em segundo lugar, em relação à implementação do projeto de intervenção profissional na população alvo, deste modo foi implementado um projeto de capacitação do cuidador informal denominado de “Capacitação do Cuidador Informal para cuidar da pessoa com compromisso do autocuidado”.

O Estágio final tem como objetivos de aprendizagem: avaliar a funcionalidade e proceder a diagnósticos de enfermagem tendo em conta as limitações; executar treino motor, tendo em conta a apropriação às limitações, aumentando a qualidade de vida e a autonomia; diagnosticar, planear e implementar e avaliar cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com doença cardiorrespiratória, neurológica e com questões de índole traumática, ortopédica e orto traumatológica; capacitar a pessoa na nova condição de saúde na reinserção da sociedade; construir programas de treino de AVD's; coordenar os cuidados e os projetos, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e articulando a equipa multidisciplinar; criar dados que comprovem os ganhos sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação.

5. PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

5.1. Objetivos e Questão de Investigação

O Projeto de Intervenção teve como intenção, contribuir para a autonomia e independência do cuidador informal da pessoa cuidada com compromisso do autocuidado em contexto de Hospitalização Domiciliária, através da intervenção especializada do EEER de um modo personalizado a cada caso. A questão de investigação foi estruturada pelo acrónimo: P (População- cuidador informal da pessoa com compromisso do autocuidado); I (Intervenção- intervenção do EEER na capacitação do cuidador informal); Co (Contexto- Hospitalização Domiciliária). Desta forma, com a questão de partida pretende-se saber: Será que a intervenção realizada pelo EEER na capacitação do cuidador informal da pessoa cuidada com compromisso do autocuidado, em contexto de Hospitalização Domiciliária, é efetiva?

No que concerne, ao objetivo do estudo defini um objetivo geral, que compreende vários objetivos específicos, assim o objetivo geral será:

Avaliar a efetividade das intervenções do EEER na capacitação do cuidador informal para cuidar da pessoa com compromisso do autocuidado em contexto de Hospitalização Domiciliária.

O Projeto de Intervenção teve como objetivos específicos caracterizar a díade, cuidador informal e pessoa cuidada, caracterizar as necessidades da pessoa cuidada e do cuidador e determinar os ganhos sensíveis (conhecimento, sobrecarga e satisfação) aos cuidados do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, no âmbito da capacitação do cuidador informal.

5.2. Metodologia

Atendendo à amostra, o estudo mais adequado foi o descritivo. Segundo Fortin (1999, p.22) existem três tipos de estudos descritivos, descritivo simples, estudos de

casos e os inquiridos. O estudo de caso tanto pode servir para amplificar o conhecimento que se tem de um indivíduo e tem por principal objetivo a redação de novas hipóteses ou por outro lado, pode servir para analisar o resultado de uma mudança num indivíduo (Fortin, 1999, p. 164). No Projeto de Intervenção vai ser feito uma série de estudos de caso, tendo em conta “*Flow Diagram — Case Reports following the CARE guidelines*” (Anexo I) e “*CARE Checklist of information to include when writing a case report*” (Anexo II).

A implementação do Projeto de Intervenção Profissional teve início a 17 de janeiro, decorreu durante dez semanas e terminou a 25 de março de 2022.

5.2.1. População e amostra

Tendo em conta as características do estudo, a amostra não tem grupo de controlo.

Os participantes são a díade cuidador informal e pessoa cuidada.

Definiram-se como critérios para a população alvo: pessoas com idade igual ou superior a 18 anos com compromisso num autocuidado e que possuam cuidador informal; ser alvo dos cuidados do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação no Serviço de Hospitalização Domiciliária Polivalente no decorrer o estágio, tanto a pessoa cuidada como o cuidador informal; aceitarem integrar o projeto de intervenção (através do preenchimento do consentimento informado) (Apêndice I).

A amostra foi selecionada de um modo não aleatório, pois foram incluídas no estudo cuidadores que cuidam de pessoas dependentes no autocuidado, durante o período de estágio. Foram incluídas 5 díades.

Os resultados foram partilhados mantendo o anonimato da identidade dos participantes, sendo divulgado apenas com o orientador ao qual se obriga ao sigilo dos dados.

5.2.2. Técnicas e instrumentos de recolha de dados

Foram colhidos dados de caracterização sociodemográfica e da condição de saúde/doença da pessoa num documento elaborado (Apêndice II) para este fim, através da consulta dos dados dos processos clínicos, observação e aplicação de instrumentos de avaliação à pessoa cuidada e ao seu cuidador informal.

Tendo em conta a problemática e os objetivos do Projeto de Intervenção, os focos de intervenção definidos de acordo com o Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação foram: a capacidade de desempenho nas Atividades de Vida Diária (AVD's) (Ordem dos Enfermeiros, 2015; Vigia, Ferreira, & Sousa, 2017).

Pela necessidade de quantificar e evidenciar os resultados obtidos pela intervenção dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação, a Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação propôs que se identificassem os instrumentos de recolha de dados, as escalas, aconselhadas para justificar os cuidados do Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação em junção com o padrão documental que dão apoio à melhoria contínua dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação. Grande parte das escalas utilizadas no projeto de intervenção são recomendadas pelo documento (Ordem dos Enfermeiros, 2016).

No que concerne à pessoa cuidada serão aplicados os seguintes instrumentos de avaliação: *Mini-Mental State Examination* de *Folstein* (Anexo III), Índice de *Barthel* (Anexo IV), Escala de *Lawton & Brody* (Anexo V), Escala Modificada de *Borg* (Anexo VI), Escala *London Chest Activity of Daily Living* (Anexo VII) e *Elderly Core Set: Short Form*.

O *Mini-Mental State Examination* de *Folstein* (Anexo III) é um instrumento que avalia a cognição através de um questionário que avalia de forma sumária as funções cognitivas, orientação, a memória imediata e a recente, a capacidade de atenção e cálculo, a linguagem e a capacidade construtiva. A informação é adquirida através do

questionário direto à pessoa cuidada (Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (GERMI), pp. 14-15).

O Índice de *Barthel* (Anexo IV) é um instrumento que avalia o nível de independência do utente para a execução de dez atividades 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 (Direção-Geral da Saúde, 2011).

A escala de *Lawton & Brody* (Anexo V) avalia o nível de independência da pessoa idosa na realização das atividades instrumentais de vida diária. A informação pode ser adquirida por meio do questionário direto ao idoso, familiares ou cuidadores (Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (GERMI), pp. 8-9).

A escala Modificada de *Borg* (Anexo VI), é uma escala vertical quantificada de 0 a 10, 0 significa ausência de dispneia e 10 a dispneia máxima. Esta avalia a dispneia no exato momento do exercício ou atividade física em que esta é sentida (Cordeiro & Menoita, 2014).

A Escala *London Chest Activity of Daily Living* (Anexo VII) foi verificada a validade e a reprodutibilidade da versão em português em Doentes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica, avalia a limitação pela dispneia durante as atividades da vida diária. Avalia se há atividades que já não pode fazer pela dispneia, e qual o grau de dispneia nas atividades que consegue fazer. O coeficiente alfa de *Cronbach* foi de 0,86 (Pitta, et al., 2008; Latado, et al., 2017).

A *Elderly Core Set: Short Form*, avalia e classifica o nível de funcionalidade e incapacidade das pessoas com 65 e mais anos de idade em cuidados domiciliários, e institucionalizadas. O questionário tem duas secções, a primeira com questões de caracterização sócio demográfica e a segunda que avalia a funcionalidade, funções do corpo, estruturas do corpo, atividades de participação e fatores ambientais. A pontuação é dada numa escala de orientação positiva “0 NÃO há problema”, “1 Problema LIGEIRO”, “2 Problema MODERADO”, “3 Problema GRAVE”, “4 Problema COMPLETO”. Os entrevistadores devem ser enfermeiros, antecipadamente treinados com formação teórica e prática de, no mínimo, 4h (Lopes & Fonseca, 2012).

No que diz respeito ao cuidador informal os instrumentos de avaliação a serem aplicados são os Indicadores das Necessidades de Aprendizagem do Cuidador Informal e a Escala de Sobrecarga do Cuidador de *Zarit* (Sequeira, 2010) (Anexo VIII).

Os Indicadores das Necessidades de Aprendizagem do Cuidador Informal (NACI), pretendem avaliar o conhecimento e a capacidade que o cuidador informal tem relativamente à Alimentação, Levante/ Transferência, Comunicação, Uso do Sanitário, Higiene, Vestuário, Eliminação intestinal, Eliminação vesical, Posicionamento, Marcha/ Auxiliares de Marcha, Controlo da Dor, Exercícios terapêuticos, Produtos de Apoio, Prevenção de Quedas e Prevenção de úlceras por Pressão. Esta ainda se encontra em desenvolvimento e pendente de validação (Lopes, Fonseca, Pinho, & Sousa, 2020).

A Escala de Sobrecarga do Cuidador de *Zarit* (Anexo VIII) é constituída por 22 questões, avalia a sobrecarga objetiva e subjetiva do cuidador informal, inclui questões sobre saúde, vida social, vida pessoal, situação financeira, situação emocional e tipo de relacionamento. Cada item é classificado de forma qualitativa/quantitativa da seguinte forma: nunca (1), quase nunca (2), às vezes (3), muitas vezes (4) e quase sempre (5). O score global oscila entre 22 e 110, de acordo com os seguintes scores, inferior a 46, sem sobrecarga, entre 46 a 56, sobrecarga ligeira, e superior a 56, sobrecarga intensa. Tem um alfa de *Cronbach* igual 0,93 (Sequeira, 2010).

5.2.3. Tratamento de dados

A cada pessoa cuidada e respetivo cuidador informal que integrou o projeto de intervenção foi atribuído um número, Pessoa Cuidada1/Cuidador Informal1 (PC1/CI1), Pessoa Cuidada 2/Cuidador Informal 2(PC2/CI2), com o fim de proteger a identidade, só o investigador sabe a quem corresponde o caso, de modo que possam ser realizadas as reavaliações. Inicialmente previu-se que as avaliações iriam ser efetuadas em três momentos distintos, contudo atendendo aos curtos internamentos em UHDP, apenas em dois casos foi possível fazê-lo. O intuito será comparar a evolução com a implementação dos cuidados do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, com o intuito de os traduzir em ganhos em saúde. Os dados foram

colhidos e armazenados numa folha do Excel®, seguida de uma análise descritiva de cada estudo de caso.

5.2.4. Considerações Éticas

Com o intuito de garantir o direito à confidencialidade e anonimato dos participantes, estes foram instruídos e clarificadas as intervenções e os objetivos do estudo em que vão participar de modo a obter o seu consentimento livre e esclarecido para a participação no Projeto de Intervenção (Apêndice I). A identificação dos participantes constituintes da amostra, não será implicada, uma vez que os instrumentos de registo, não incluem informações que indiquem a identificação, protegido pela atribuição de números. Portanto, os dados obtidos no estudo, serão confidenciais e trabalhados apenas para efeitos do mesmo, sendo somente do conhecimento do investigador. O Projeto possui parecer positivo da Comissão de Ética do Hospital do Grupo II (Anexo IX).

5.3. Apresentação e Análise dos Resultados

O tratamento de dados encontra-se estruturado em duas partes distintas: caracterização da díade, pessoa alvo dos cuidados e cuidador informal; análise dos ganhos obtidos na capacitação do cuidador informal com a intervenção do EEER, face ao plano personalizado implementado a cada díade.

A análise dos dados é descritiva atendendo às características da amostra. No Projeto de Intervenção Profissional foram incluídas cinco díades, sendo estas identificadas como Estudo de Caso 1 (Apêndice III), Estudo de Caso 2 (Apêndice IV), Estudo de caso 3 (Apêndice V), Estudo Caso 4 (Apêndice VI) e Estudo Caso 5 (Apêndice VII), com o intuito de manter o anonimato e confidencialidade. Ao referir a cada díade no Estudo Caso, falo em CI e PC, com o respetivo número do caso associado.

No estudo foram incluídas cinco díades. Em termos da pessoa cuidada, três são do género masculino e duas do género feminino. A pessoa mais velha tem 96 anos e a mais nova 59 anos, representando uma média de idade de 79,6 anos. Em relação ao estado civil, quatro são viúvas e uma casada. No que diz respeito à escolaridade, um dos participantes é analfabeto e uma das participantes é licenciada, e a restante amostra posiciona-se entre a 3^a classe e o 6^o ano. Como antecedentes mais relevantes saliento a hipertensão arterial, a diabetes *mellitus*, dislipidemia e demência.

Em termos do cuidador informal todos os participantes são do género feminino. A cuidadora mais velha tem 73 anos e a mais nova 42 anos, representando uma média de idade de 57,2 anos. No que diz respeito à escolaridade, todos sabem ler e escrever, desde a 4^a classe até ao 12^o ano. Como antecedentes mais relevantes saliento a hipertensão arterial.

Tabela nº 1 – Tabela Comparativa de identificação, caracterização sociodemográfica e condição de saúde das díades

Estudo de Caso		Género	Idade	Escolaridade	Antecedentes Pessoais	Motivo de Internamento
1	PC1	F	79	3ª classe	Síndrome Demencial; Doença de Parkinson; Epilepsia; Trombocitopenia ligeira; Dislipidemia; PTJ bilateral	Celulite do Dorso; ITU; Bacteriémia
	CI1	F	42	6º ano	Depressão crónica; Obesidade	_____
2	PC2	M	59	6º ano	HTA; Cardiopatia Isquémica; Dislipidémia; Colecistite aguda litíásica gangrenada (operado em 2017); cirurgia a hérnia umbilical em 2010 e 2017; Cirurgia joelho esquerdo;	Infeção intraabdominal/ Peritonite bacteriana espontânea por carcinomatose peritoneal em doente com adenocarcinoma do pâncreas sob QT com ascite de novo
	CI2	F	48	7ºano	Asma; HTA; Apneia do Sono	_____
3	PC3	M	96	Analfabeto	AIT; HTA; Dislipidémia; FA; Anemia; Pneumonia em 2020 com suspeita de neoplasia do lobo superior direito (Pancoast)	PAC; Divertículo do esófago de grandes dimensões c/conteúdo alimentar; Delirium Hiperativo
	CI3	F	63	4ª classe	Osteoporose; HTA; Intervenção cirúrgica à tiróide e vesícula	_____
4	PC4	M	79	6º ano	IC descompensada por infeção respiratória e incumprimento terapêutico; Hiponatremia; Hipocoagulado; Portador de Pacemaker; HTA; DM tipo II; Dislipidémia; Obesidade; SAOS; Demência Ligeira;	Insuficiência Cardíaca Descompensada; Infeção respiratória hipoxemiante
	CI4	F	73	9º ano	DM tipo II; HTA; Neoplasia da mama com tumorectomia; Operada à vesícula; Catarata congénita no OE; Síndrome do colon irritável; Síndrome Vertiginoso; Depressão; Estenose Lombar;	_____

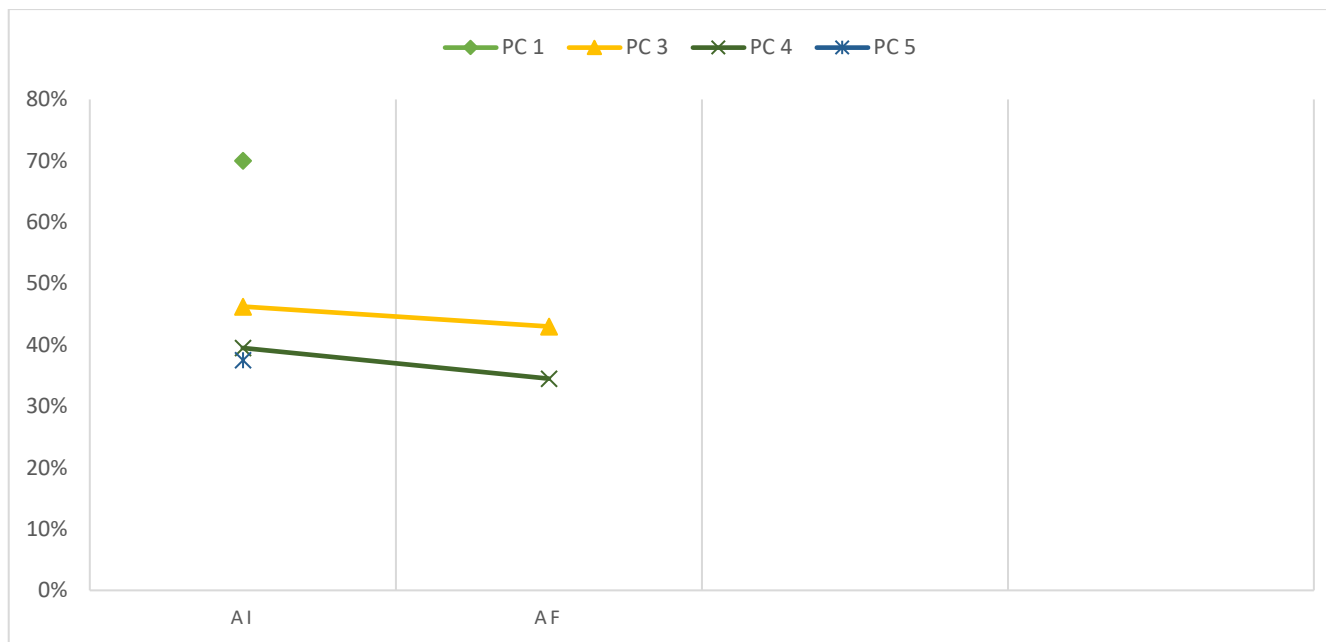
5	PC5	F	85	Licenciada	Fratura do colo do fêmur em 5/20; DM tipo II insulino-tratada; Cetoacidose diabética; HTA; Síndrome Demencial; ITU repetição;	Síndrome febril de etiologia não esclarecida; ITU; DM mal controlado
	CI5	F	60	12º ano	Infecção no rim aos 17 anos	_____

Tabela nº 2 - Tabela comparativa dos resultados das avaliações efetuadas à díade PC/CI

	PC1/CI1	PC2/CI2		PC3/CI3			PC4/CI4			PC5/CI5	
Elderly Nursing Core Set (PC)	23/01/22	25/1/22	29/1/22	05/02/22	11/02/22	13/02/22	21/02/22	24/02/22	27/02/22	22/02/22	27/02/22
Score Geral de Funcionalidade	70%			46.25%	43.75%	43%	39.5%	36.25%	34.5%	37.5%	35.75%
Autocuidado	100%			77%	70%	67%	53%	42%	32%	60%	53%
Aprendizagem e Funções de Memória	47%			15%	12%	12%	12%	10%	10%	10%	10%
Comunicação	60%			20%	20%	20%	20%	20%	20%	20%	20%
Relação com os Amigos e Cuidadores	73%			73%	73%	73%	73%	73%	73%	60%	60%

Mini Mental State Examination (PC)	5 Declínio Cognitivo	30 Sem alterações cognitivas	12 Declínio Cognitivo	19 Sem alterações cognitivas	28 Sem alterações cognitivas	28 Sem alterações cognitivas	28 Sem alterações cognitivas	30 Sem alterações cognitivas	30 Sem alterações cognitivas	29 Sem alterações cognitivas	29 Sem alterações cognitivas
Índice de Barthel (PC)	0 Incapacidade Funcional Grave	75 Incapacidade Funcional Moderada	15 Incapacidade Funcional Grave	30 Incapacidade Funcional Grave	40 Incapacidade Funcional Grave	40 Incapacidade Funcional Grave	55 Incapacidade Funcional Moderada	60 Incapacidade Funcional Moderada	85 Incapacidade Funcional Moderada	50 Incapacidade Funcional Grave	55 Incapacidade Funcional Moderada
Escala de Lawton & Brody	0 Dependência Total	1 Dependência Total	0 Dependência Total	0 Dependência Total	0 Dependência Total	0 Dependência Total	1 Dependência Total	1 Dependência Total	2 Dependência Grave	1 Dependência Total	1 Dependência Total
Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit (CI)	38 Sem Sobrecarga	47 Sobrecarga Ligeira	47 Sobrecarga Ligeira	47 Sobrecarga Ligeira	43 Sem Sobrecarga	37 Sem Sobrecarga	47 Sobrecarga Ligeira	47 Sobrecarga Ligeira	35 Sem Sobrecarga	64 Sobrecarga Intensa	56 Sobrecarga Ligeira

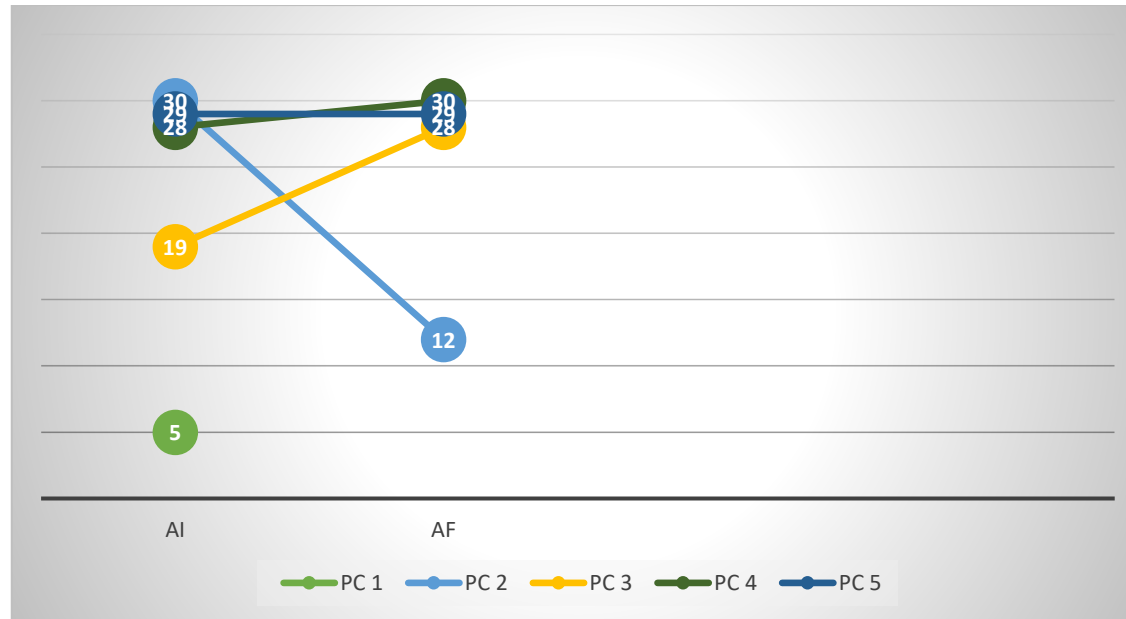
Figura nº 1 - Comparação entre Avaliação Inicial e Final do *Elderly Nursing Core Set*



Legenda: *Elderly Nursing Core Set*

Para avaliação da funcionalidade da pessoa idosa, foi feita avaliação com o instrumento de avaliação *Elderly Nursing Core Set*, pela observação da Figura 1 é visível que existiu uma melhoria do score de funcionalidade na PC3, PC4 e PC5. A escala aquando da recolha de dados não foi aplicada ao PC 2 por não estar adequado à sua idade.

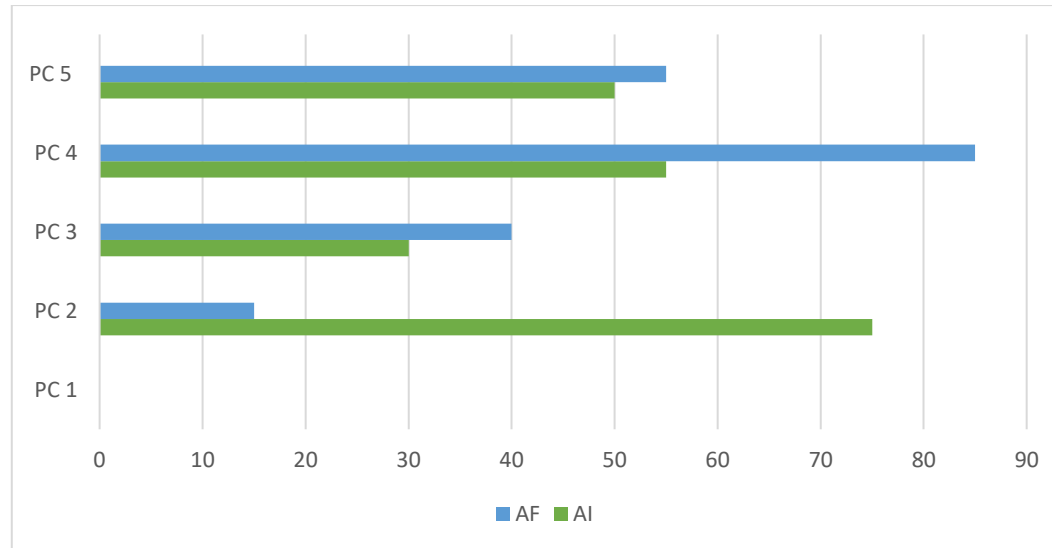
Figura nº 2 - Comparação entre Avaliação Inicial e Final do *Mini Mental State Examination*



Legenda: *Mini Mental State Examination*

Para avaliar as funções cognitivas da Pessoa Cuidada, orientação, a memória imediata e a recente, a capacidade de atenção e cálculo, a linguagem e a capacidade construtiva foi utilizado o *Mini Mental State Examination*, na avaliação inicial apenas a PC1 apresentava declínio cognitivo. Contudo a PC2 apresentava declínio cognitivo na avaliação final, estando em estado terminal. A restante amostra, PC3, PC4 e PC5 não apresentam declínio cognitivo.

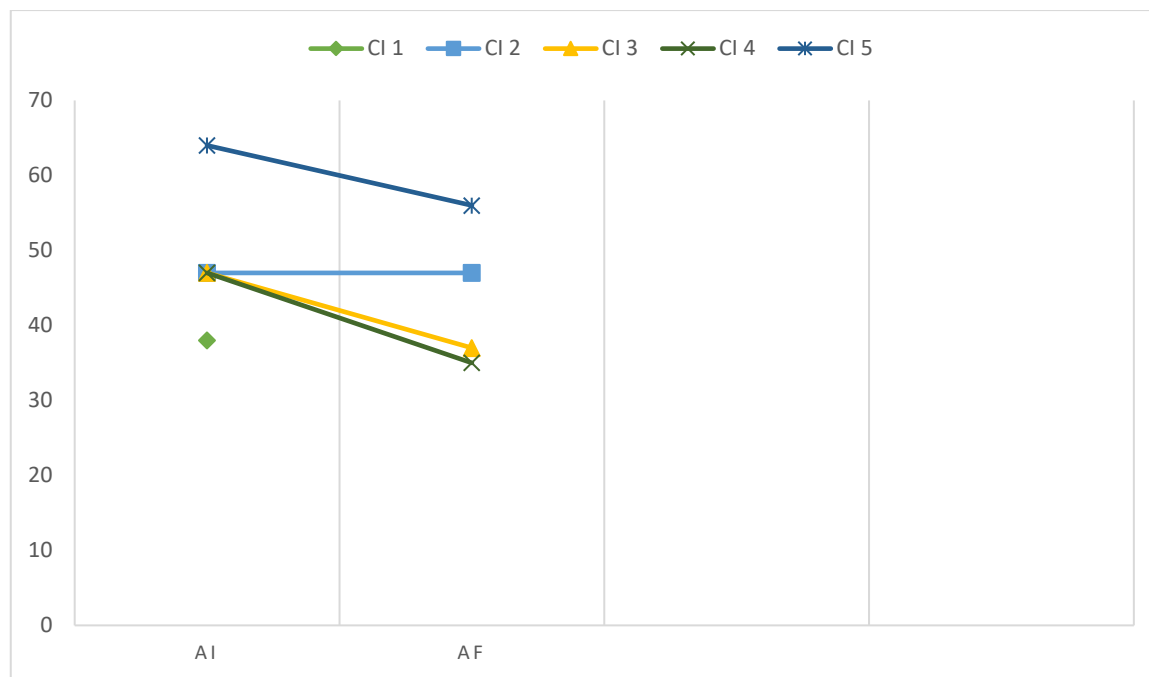
Figura nº 3 - Comparação entre Avaliação Inicial e Final do Índice de *Barthel* da PC



Legenda: Índice de *Barthel*

Para avaliar o nível de independência da pessoa cuidada para a execução de dez atividades básicas de vida foi utilizado o Índice de *Barthel*. Na avaliação inicial três das pessoas cuidadas apresentam uma incapacidade funcional grave, PC1, PC3 e PC5. A PC2 e PC4 apresentam uma incapacidade funcional moderada na avaliação inicial. Na avaliação final existiu uma melhoria da funcionalidade da PC3, PC4 e PC5. Contudo PC3 mantém-se na incapacidade funcional grave e PC4 mantém-se na incapacidade funcional moderada. A PC5 passou de uma incapacidade funcional grave para uma incapacidade funcional moderada. Na avaliação final existiu um agravamento da funcionalidade da PC2.

Figura nº 4 - Comparação entre Avaliação Inicial e Final de Sobrecarga do Cuidador *Zarit*



Legenda: Escala de Sobrecarga do Cuidador *Zarit*

Para proceder à avaliação da Sobrecarga do Cuidador foi utilizada a Escala de Sobrecarga do Cuidador *Zarit*. O Cuidador Informal 5 foi o único que na avaliação inicial apresentou uma sobrecarga intensa. Na avaliação inicial apenas o Cuidador Informal 1 apresentou-se sem

sobrecarga. No Cuidador Informal 3 e 4 existiu uma redução da sobrecarga ligeira para sem sobrecarga. O Cuidador Informal 2 manteve-se na sobrecarga ligeira na avaliação inicial e final. Na observação da Figura 4 constata-se que existiu uma diminuição da sobrecarga no CI3, CI4 e CI5

Tabela nº 3 - Avaliação do Conhecimento e Capacidade do Cuidador Informal através da NACI

NACI (CI)	CI1		CI2		CI3			CI4			CI5	
	23/01/22	23/01/22	25/1/22	29/1/22	05/02/22	11/02/22	13/02/22	21/02/22	24/02/22	27/02/22	22/02/22	27/02/22
Alimentação	0-4%	0-4%	25-49%	0-4%	25-49%	0-4%	0-4%	50-95%	25-49%	5-24%	25-49%	0-4%
Levante/Transferência	50-95%	5-24%	25-49%	5-24%	25-49%	0-4%	0-4%	50-95%	25-49%	0-4%	25-49%	0-4%
Comunicação	0-4%	0-4%	0-4%	0-4%	0-4%	0-4%	0-4%	0-4%	0-4%	0-4%	0-4%	0-4%
Uso do Sanitário	0-4%	0-4%	5-24%	0-4%	25-49%	0-4%	0-4%	50-95%	5-24%	0-4%	5-24%	0-4%
Higiene	0-4%	0-4%	5-24%	0-4%	25-49%	0-4%	0-4%	50-95%	5-24%	0-4%	5-24%	0-4%
Vestuário	0-4%	0-4%	0-4%	0-4%	0-4%	0-4%	0-4%	25-49%	0-4%	0-4%	0-4%	0-4%
Eliminação Intestinal	0-4%	0-4%	5-24%	0-4%	5-24%	0-4%	0-4%	25-49%	0-4%	0-4%	25-49%	0-4%
Eliminação Vesical	0-4%	0-4%	0-4%	0-4%	25-49%	0-4%	0-4%	25-49%	0-4%	0-4%	25-49%	0-4%
Posicionamento	25-49%	0-4%	25-49%	5-24%	25-49%	5-24%	0-4%	50-95%	25-49%	0-4%	5-24%	0-4%

Marcha/Auxiliares de Marcha	0-4%	0-4%	25-49%	25-49%	25-49%	0-4%	0-4%	50-95%	5-24%	0-4%	25-49%	0-4%
Controlo da Dor	5-24%	0-4%	50-95%	25-49%	5-24%	0-4%	0-4%	25-49%	0-4%	0-4%	25-49%	0-4%
Exercícios Terapêuticos	96-100%	25-49%	96-100%	25-49%	50-95%	5-24%	0-4%	96-100%	25-49%	5-24%	50-95%	5-24%
Produtos de Apoio	96-100%	0-4%	25-49%	0-4%	5-24%	0-4%	0-4%	96-100%	25-49%	0-4%	0-4%	0-4%
Prevenção de Quedas	25-49%	0-4%	25-49%	5-24%	50-95%	25-49%	0-4%	50-95%	25-49%	0-4%	5-24%	0-4%
Prevenção de Úlceras por Pressão	25-49%	0-4%	25-49%	5-24%	25-49%	5-24%	0-4%	50-95%	25-49%	0-4%	5-24%	0-4%

Legenda: CI – Cuidador Informal

Legenda: Não há problema (0-4%); Problema Ligeiro (5-24%); Problema Moderado (25-49%); Problema Grave (50-95%); Problema Completo (96-100%)

Tabela nº 4 – Resposta dos Cuidadores Informais às questões sobre o Estatuto de Cuidador Informal

	CI 1	CI2	CI3	CI4	CI5
Conhece o Estatuto de Cuidador Informal?	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM
Já solicitou o estatuto de Cuidador Informal?	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
Já foi reconhecido/a como Cuidador Informal?	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
Está em condições de ser reconhecido/a como Cuidador Informal?	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
Está fora do enquadramento legal e dos apoios ao Cuidador Informal?	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM

Legenda: CI – Cuidador Informal

Da amostra de 5 cuidadores informais, apenas 1 tinha conhecimento da existência de um estatuto, nenhum destes solicitou o estatuto ou foi reconhecido como tal, aparentemente apenas um cuidador informal, Cuidador Informal 1 reúne condições para ser reconhecido como Cuidador Informal em Portugal.

Tabela nº 5 - Resultados da avaliação das dimensões de conhecimento e aprendizagem dos Cuidador Informal 1

Diagnóstico de Enfermagem	AI	AF
D1 Conhecimento do cuidador informal para assistir no transferir-se/levantar-se	ND	M
D2 Capacidade do cuidador informal para assistir no transferir/levantar-se	ND	M
D3 Conhecimento do cuidador informal para assistir no posicionamento	ND	D
D4 Capacidade do cuidador informal para assistir no posicionamento	ND	D
D5 Conhecimento do cuidador informal para gerir o regime medicamentoso (controlo da dor)	ND	D
D6 Capacidade do cuidador informal para gerir o regime medicamentoso (controlo da dor)	ND	D
D7 Conhecimento do cuidador informal sobre técnicas de exercícios muscular e articular	ND	M
D8 Capacidade do cuidador informal para executar técnicas de exercício muscular e articular	ND	M
D9 Conhecimento do cuidador informal sobre dispositivo auxiliar (colchão de pressões alternadas e barras de apoio)	ND	D
D10 Capacidade do cuidador informal para usar dispositivo auxiliar (colchão de pressões alternadas e barras de apoio)	ND	D
D 11 Conhecimento do cuidador informal sobre prevenção de quedas	ND	D
D12 Conhecimento do cuidador informal sobre prevenção de úlceras por pressão	ND	D
D13 Conhecimento do cuidador informal sobre <i>coping</i> (estratégias de gestão de sobrecarga e apoio emocional)	ND	D

Legenda: AI- Avaliação Inicial; AF- Avaliação Final; D- Diagnóstico; ND- Não Demonstrado; M - Melhorado; D- Demonstrado

Tabela nº 6 - Resultados da avaliação das dimensões de conhecimento e aprendizagem dos Cuidador Informal 2

Diagnóstico de Enfermagem	AI	AF
D1 Conhecimento do cuidador informal para assistir no alimentar-se (consistência, horário, temperatura, composição das refeições)	ND	D
D2 Capacidade do cuidador informal para assistir no alimentar-se	ND	D
D3 Conhecimento do cuidador informal para assistir no transferir-se/levantar-se	ND	M
D4 Capacidade do cuidador informal para assistir no transferir/levantar-se	ND	M
D5 Conhecimento do cuidador informal sobre adaptação do domicílio para autocuidado: uso do sanitário	ND	D
D6 Conhecimento do cuidador informal para assistir no autocuidado: higiene	ND	D
D7 Capacidade do cuidador informal para assistir no autocuidado: higiene	ND	D
D8 Conhecimento do cuidador informal para gerir o regime medicamentoso (controlo da dor e necessidade de uso de laxantes)	ND	M
D9 Capacidade do cuidador informal para gerir o regime medicamentoso (controlo da dor e necessidade de uso de laxantes)	ND	M
D10 Conhecimento do cuidador informal para assistir no posicionamento	ND	M
D11 Capacidade do cuidador informal para assistir no posicionamento	ND	M
D12 Conhecimento do cuidador informal para assistir no andar	ND	M
D13 Capacidade do cuidador informal para assistir no andar	ND	M
D14 Conhecimento do cuidador informal sobre técnicas de exercícios muscular e articular	ND	M
D15 Capacidade do cuidador informal para executar técnicas de exercício muscular e articular	ND	M

D16 Conhecimento do cuidador informal sobre dispositivo auxiliar (urinol)	ND	D
D17 Capacidade do cuidador informal para usar dispositivo auxiliar (urinol)	ND	D
D 18 Conhecimento do cuidador informal sobre prevenção de quedas	ND	M
D19 Conhecimento do cuidador informal sobre prevenção de úlceras por pressão	ND	M
D20 Conhecimento do cuidador informal sobre <i>coping</i> (estratégias de gestão de sobrecarga e apoio emocional)	ND	ND

Legenda: AI- Avaliação Inicial; AF- Avaliação Final; D- Diagnóstico; ND- Não Demonstrado; M - Melhorado; D- Demonstrado

Tabela nº 7 - Resultados da avaliação das dimensões de conhecimento e aprendizagem dos Cuidador Informal 3

Diagnóstico de Enfermagem	AI	AF
D1 Conhecimento do cuidador informal para assistir no alimentar-se (consistência, horário, temperatura, composição das refeições)	ND	D
D2 Capacidade do cuidador informal para assistir no alimentar-se	ND	D
D3 Conhecimento do cuidador informal para assistir no transferir-se/levantar-se	ND	D
D4 Capacidade do cuidador informal para assistir no transferir/levantar-se	ND	D
D5 Conhecimento do cuidador informal sobre adaptação do domicílio para autocuidado: uso do sanitário	ND	D
D6 Conhecimento do cuidador informal para assistir no autocuidado: higiene	ND	D
D7 Capacidade do cuidador informal para assistir no autocuidado: higiene	ND	D
D8 Conhecimento do cuidador informal para autocontrolo: continência intestinal	ND	D
D9 Conhecimento do cuidador informal para autocontrolo: continência vesical	ND	D
D10 Conhecimento do cuidador informal para assistir no posicionamento	ND	D
D11 Capacidade do cuidador informal para assistir no posicionamento	ND	D
D12 Conhecimento do cuidador informal para assistir no andar com auxiliar de marcha (andarilho)	ND	D
D13 Capacidade do cuidador informal para assistir no andar com auxiliar de marcha (andarilho)	ND	D
D14 Conhecimento do cuidador informal para gerir o regime medicamentoso (controlo da dor)	ND	D

D15 Capacidade do cuidador informal para gerir o regime medicamentoso (controlo da dor)	ND	D
D16 Conhecimento do cuidador informal sobre técnicas de exercícios muscular e articular	ND	D
D17 Capacidade do cuidador informal para executar técnicas de exercício muscular e articular	ND	D
D18 Conhecimento do cuidador informal sobre dispositivo auxiliar (urinol e andarilho)	ND	D
D19 Capacidade do cuidador informal para usar dispositivo auxiliar (urinol e andarilho)	ND	D
D 20 Conhecimento do cuidador informal sobre prevenção de quedas	ND	D
D 21 Conhecimento do cuidador informal sobre prevenção de úlceras por pressão	ND	D
D22 Conhecimento do cuidador informal sobre <i>coping</i> (estratégias de gestão de sobrecarga e apoio emocional)	ND	D

Legenda: AI- Avaliação Inicial; AF- Avaliação Final; D- Diagnóstico; ND- Não Demonstrado; M - Melhorado; D- Demonstrado

Tabela nº 8 - Resultados da avaliação das dimensões de conhecimento e aprendizagem dos Cuidador Informal 4

Diagnóstico de Enfermagem	AI	AF
D1 Conhecimento do cuidador informal para assistir no alimentar-se (consistência, horário, temperatura, composição das refeições)	ND	M
D2 Capacidade do cuidador informal para assistir no alimentar-se	ND	M
D3 Conhecimento do cuidador informal para assistir no transferir-se/levantar-se	ND	D
D4 Capacidade do cuidador informal para assistir no transferir/levantar-se	ND	D
D5 Conhecimento do cuidador informal sobre adaptação do domicílio para autocuidado: uso do sanitário	ND	D
D6 Conhecimento do cuidador informal para assistir no autocuidado: higiene	ND	D
D7 Capacidade do cuidador informal para assistir no autocuidado: higiene	ND	D
D8 Conhecimento do cuidador informal para assistir no autocuidado: vestuário	ND	D
D9 Capacidade do cuidador informal para assistir no autocuidado: vestuário	ND	D
D10 Conhecimento do cuidador informal para autocontrole: continência intestinal	ND	D
D11 Conhecimento do cuidador informal para autocontrole: continência vesical	ND	D
D12 Conhecimento do cuidador informal para assistir no posicionamento	ND	D
D13 Capacidade do cuidador informal para assistir no posicionamento	ND	D
D14 Conhecimento do cuidador informal para assistir no andar	ND	M

D15 Conhecimento do cuidador informal para gerir o regime medicamentoso (controlo da dor)	ND	D
D16 Capacidade do cuidador informal para gerir o regime medicamentoso (controlo da dor)	ND	D
D17 Conhecimento do cuidador informal sobre técnicas de exercícios muscular e articular	ND	M
D18 Capacidade do cuidador informal para executar técnicas de exercício muscular e articular	ND	M
D19 Conhecimento do cuidador informal sobre técnicas de conservação de energia	ND	M
D20 Conhecimento do cuidador informal sobre dispositivo auxiliar (cama articulada e barras de apoio)	ND	D
D21 Capacidade do cuidador informal para usar dispositivo auxiliar (cama articulada e barras de apoio)	ND	D
D 22 Conhecimento do cuidador informal sobre prevenção de quedas	ND	D
D23 Conhecimento do cuidador informal sobre prevenção de úlceras por pressão	ND	D
D24 Conhecimento do cuidador informal sobre <i>coping</i> (estratégias de gestão de sobrecarga e apoio emocional)	ND	D

Legenda: AI- Avaliação Inicial; AF- Avaliação Final; D- Diagnóstico; ND- Não Demonstrado; M - Melhorado; D- Demonstrado

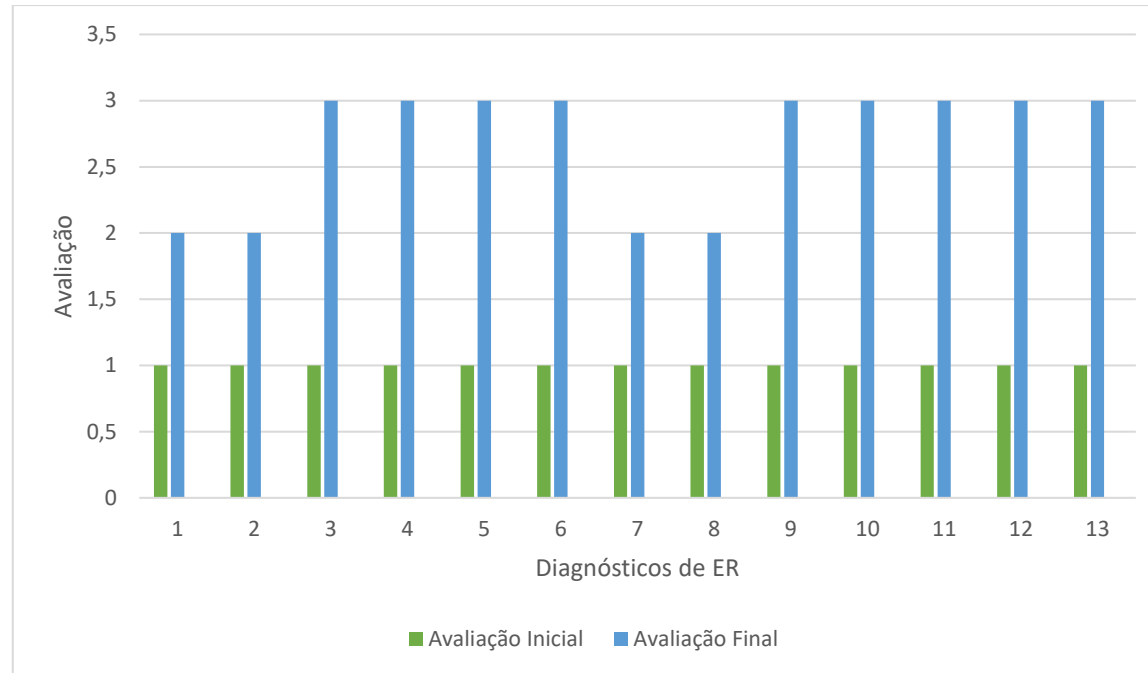
Tabela nº 9 - Resultados da avaliação das dimensões de conhecimento e aprendizagem dos Cuidador Informal 5

Diagnóstico de Enfermagem	AI	AF
D1 Conhecimento do cuidador informal para assistir no alimentar-se (consistência, horário, temperatura, composição das refeições)	ND	D
D2 Capacidade do cuidador informal para assistir no alimentar-se	ND	D
D3 Conhecimento do cuidador informal para assistir no transferir-se/levantar-se	ND	D
D4 Capacidade do cuidador informal para assistir no transferir/levantar-se	ND	D
D5 Conhecimento do cuidador informal sobre adaptação do domicílio para autocuidado: uso do sanitário	ND	D
D6 Conhecimento do cuidador informal para assistir no autocuidado: higiene	ND	D
D7 Capacidade do cuidador informal para assistir no autocuidado: higiene	ND	D
D8 Conhecimento do cuidador informal para autocontrolo: continência intestinal	ND	D
D9 Conhecimento do cuidador informal para autocontrolo: continência vesical	ND	D
D10 Conhecimento do cuidador informal para assistir no posicionamento	ND	D
D11 Capacidade do cuidador informal para assistir no posicionamento	ND	D
D12 Conhecimento do cuidador informal para assistir no andar com auxiliar de marcha (andarilho)	ND	D
D13 Capacidade do cuidador informal para assistir no andar com auxiliar de marcha (andarilho)	ND	D
D14 Conhecimento do cuidador informal para gerir o regime medicamentoso (controlo da dor)	ND	D

D15 Capacidade do cuidador informal para gerir o regime medicamentoso (controlo da dor)	ND	D
D16 Conhecimento do cuidador informal sobre técnicas de exercícios muscular e articular	ND	M
D17 Capacidade do cuidador informal para executar técnicas de exercício muscular e articular	ND	M
D18 Conhecimento do cuidador informal sobre prevenção de quedas	ND	D
D19 Conhecimento do cuidador informal sobre prevenção de úlceras por pressão	ND	D
D20 Conhecimento do cuidador informal sobre <i>coping</i> (estratégias de gestão de sobrecarga e apoio emocional)	ND	M

Legenda: AI- Avaliação Inicial; AF- Avaliação Final; D- Diagnóstico; ND- Não Demonstrado; M - Melhorado; D- Demonstrado

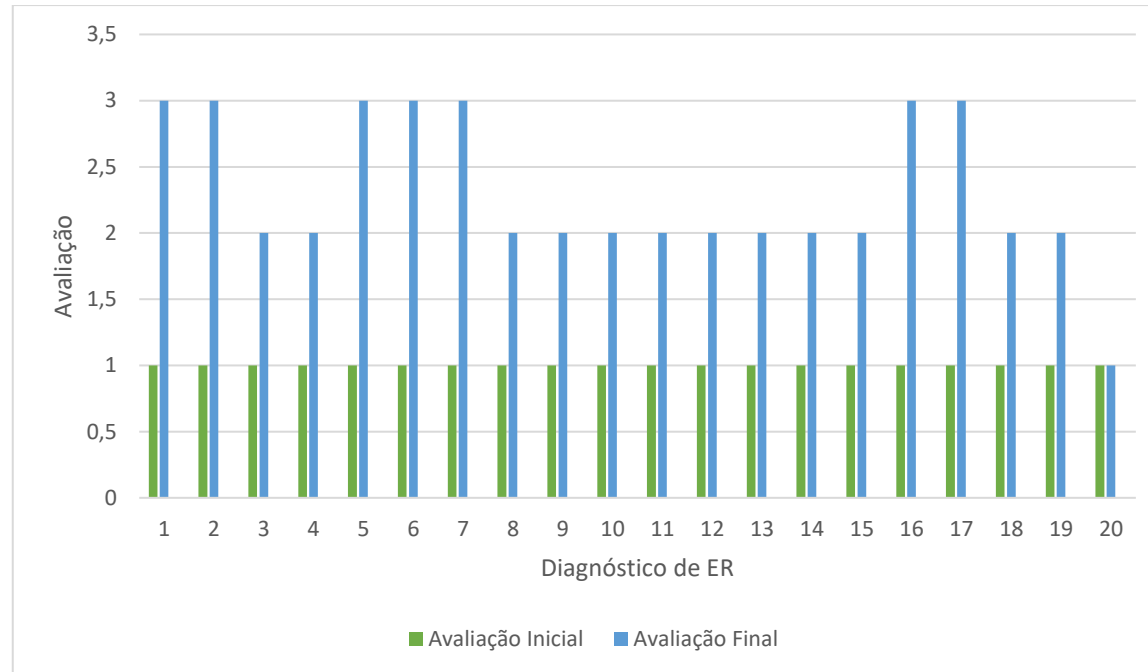
Figura nº 5- Resultados da Avaliação do Cuidador Informal 1



Legenda: 1- Não Demonstra; 2- Melhorado; 3- Demonstrado

O Cuidador Informal 1 foi aquele que apresentou menos necessidades de aprendizagem quando comparado com a restante amostra de CI, dos 13 diagnósticos de enfermagem de reabilitação apresentados, em 9 a avaliação passou de não demonstrado para demonstrado. Dos restantes 4 diagnósticos de enfermagem de reabilitação a avaliação passou de não demonstrado para melhorado.

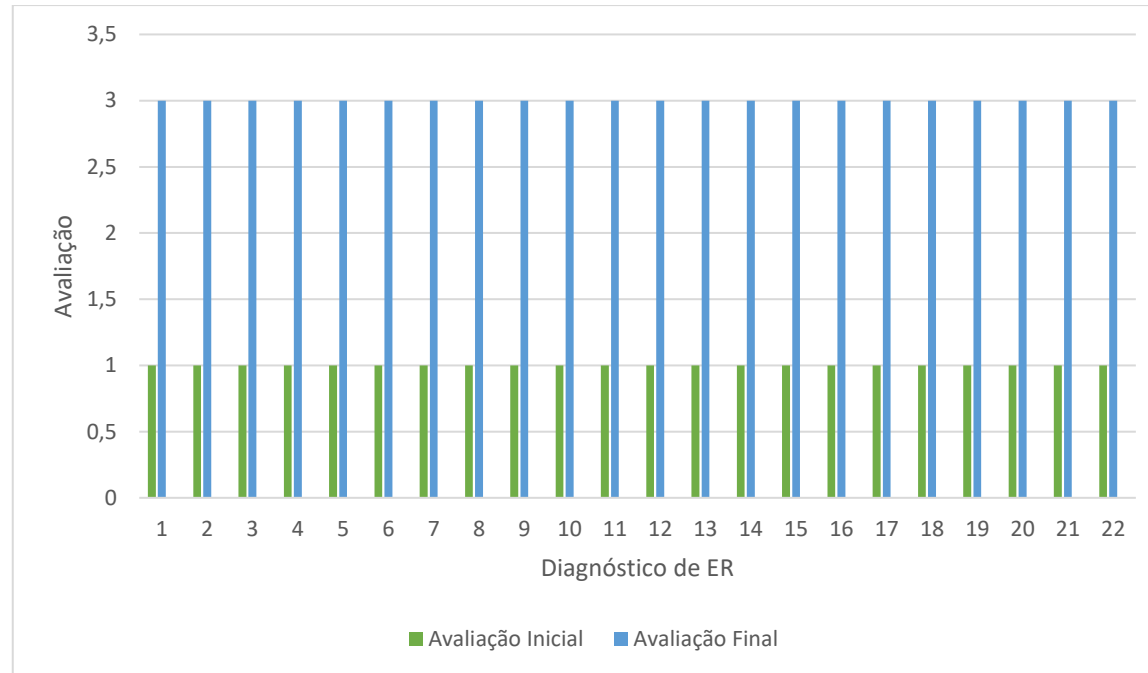
Figura nº 6 - Resultados da Avaliação do Cuidador Informal 2



Legenda: 1- Não Demonstra; 2- Melhorado; 3- Demonstrado

O Cuidador Informal 2 apresentou o mesmo número de necessidades de aprendizagem do Cuidador Informal 5. Dos 20 diagnósticos de enfermagem de reabilitação, 7 a avaliação passou de não demonstrado para demonstrado. Dos 12 diagnósticos de enfermagem de reabilitação, 12 a avaliação passou de não demonstrado para melhorado. Um dos diagnósticos manteve-se em não demonstrado.

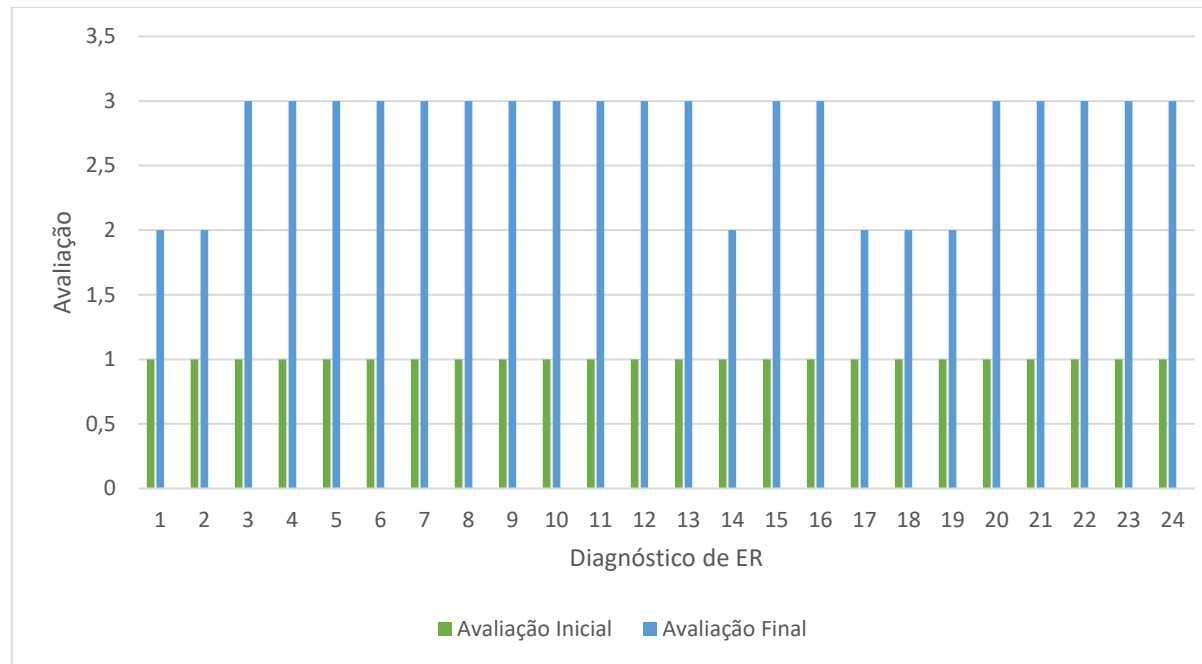
Figura nº 7 - Resultados da Avaliação do Cuidador Informal 3



Legenda: 1- Não Demonstra; 2- Melhorado; 3- Demonstrado

O Cuidador Informal 3, dos 22 diagnósticos de enfermagem de reabilitação apresentados, em todas as avaliações houve uma evolução de não demonstrado para demonstrado, foi o cuidador em que existiu uma maior aprendizagem tendo em conta os dados apresentados.

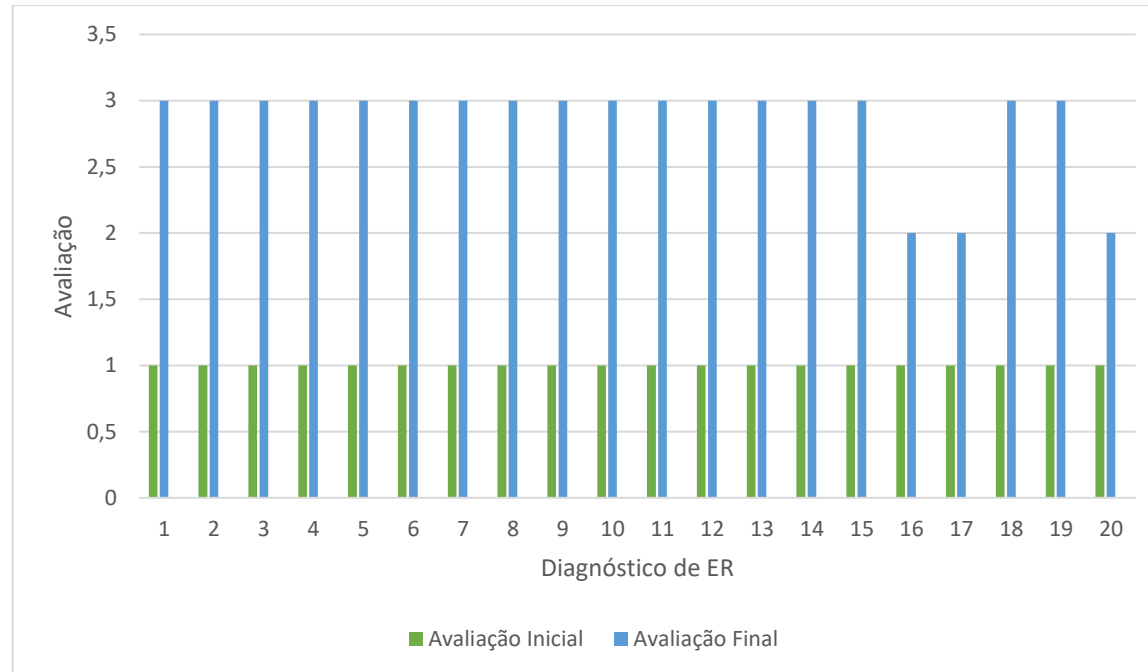
Figura nº 8 - Resultados da Avaliação do Cuidador Informal 4



Legenda: 1- Não Demonstra; 2- Melhorado; 3- Demonstrado

O Cuidador Informal 4 foi o que apresentou mais necessidades de aprendizagem, quando comparado com os restantes CI que integram a amostra. Dos 24 diagnósticos de enfermagem de reabilitação apresentados, em 18 diagnósticos passou de não demonstrado para demonstrado e 6 diagnósticos melhorou.

Figura nº 9 - Resultados da Avaliação do Cuidador Informal 5



Legenda: 1- Não Demonstra; 2- Melhorado; 3- Demonstrado

O Cuidador Informal 5, apresentou o mesmo número de necessidades de aprendizagem do Cuidador Informal 2, 20 diagnósticos de enfermagem de reabilitação, 17 dos diagnósticos de enfermagem de reabilitação a avaliação passou de não demonstrado para demonstrado, nos restantes 3 existiu uma melhoria.

5.4. Discussão dos Resultados

A amostra do Projeto de Intervenção foi constituída por 5 díades que obedeceram aos critérios de inclusão determinados, pessoas com idade igual ou superior a 18 anos com compromisso num autocuidado e que possuam cuidador informal, sejam alvo dos cuidados do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação no Serviço de Hospitalização Domiciliária Polivalente no decorrer o estágio, tanto a pessoa cuidada como o cuidador informal e aceitarem integrar o projeto de intervenção (através do preenchimento do consentimento informado).

Em termos da pessoa cuidada, três são do género masculino e duas do género feminino, sendo a maioria do género masculino. A pessoa mais velha tem 96 anos e a mais nova 59 anos, representando uma média de idade de 79,6 anos. De acordo com os resultados provisórios dos Censos de 2021 a população residente do Alentejo situa-se maioritariamente no grupo dos 25-64. Sendo que o segundo grupo etário com o maior número, 65 e mais, é onde se encaixa a nossa amostra (Instituto Nacional de Estatística, 2022). Em relação ao estado civil, quatro são viúvas e uma casada. No que diz respeito à escolaridade, um dos participantes é analfabeto e uma das participantes é licenciada, e a restante amostra posiciona-se entre a 3ª classe e o 6º ano. De acordo com os resultados provisórios dos Censos de 2022 no Alentejo a população residente maioritariamente apresenta níveis de ensino ao nível do 1º ciclo, a nossa amostra apresenta níveis de ensino diversificados (Instituto Nacional de Estatística, 2022).

De acordo com Poss, et al. (2017), a maior parte dos indivíduos que precisam de cuidados domiciliários são idosos, com demência, comprometimento cognitivo moderado, dependência nas atividades de vida diária e com necessidade de complexos cuidados de saúde. Em grande parte, a amostra do projeto vai ao encontro da evidência científica no que diz respeito ao perfil da pessoa cuidada.

Após aplicação *Mini-Mental State Examination* na pessoa cuidada objetivou-se o declínio cognitivo em duas das pessoas da amostra, PC1 e PC2. Na PC2 existiu um declínio cognitivo da avaliação inicial para avaliação final face à situação de fim de vida. Contudo, nos restante três participantes embora a escala não demonstre declínio

cognitivo os três doentes têm antecedentes de demência ligeira, síndrome demencial e *delirium* hiperativo.

A aplicação do Índice de *Barthel*, instrumento eleito para avaliação das atividades básicas de vida diária e o *Elderly Nursing Core Set*, para a avaliação da funcionalidade da pessoa cuidada. Estas avaliações foram cruciais para complementar as necessidades de aprendizagem do cuidador informal. Na maioria das pessoas cuidadas apurou-se um menor grau de dependência nas atividades de vida e uma melhoria da funcionalidade quando comparada a avaliação final e inicial, nomeadamente, PC3, PC4 e PC5. No Caso de PC1, apenas existiu um contacto com a díade pelo que não existiram alterações da dependência e da funcionalidade da pessoa cuidada, apenas em termos das necessidades de aprendizagem do cuidador informal. No caso de PC2, o utente apresentava uma doença oncológica que se veio a verificar o aproximar de um fim de vida, pelo que existiu um agravamento em termos de dependência de atividades de vida, existiu a necessidade de transferir o doente para o serviço de urgência do hospital do grupo II. Não foi avaliada a funcionalidade deste doente com o *Elderly Nursing Core Set* por não se destinar a pessoas na idade adulta.

Na díade 2 embora seja visível a efetividade da capacitação do cuidador informal para cuidar da pessoa com compromisso do autocuidado, saliento um ponto negativo, que deve ser alvo de reflexão, o utente acabou por falecer, mas não no conforto do lar como o próprio e a cuidadora assim o desejavam. Isto, porque dois dos filhos da pessoa cuidada ao verem o aproximar da morte do progenitor, não conseguiam lidar com esse acontecimento na sua casa. Estes filhos já vivenciaram o falecimento da mãe, após um AVC, ficou totalmente dependente do marido e dos filhos nas Atividades de Vida Diária e exigiram a transferência do pai para o Hospital. Em primeiro lugar, quero refletir sobre o facto de se ter percebido no fim de vida que não existia consenso sobre o cuidador, só no fim se compreendeu os motivos deste fator, deveria ter sido avaliado quem estaria em melhores condições para desempenhar este papel. Contudo, a vontade da pessoa cuidada era que a nova companheira fosse a sua cuidadora. Esta fase de conflito de papel apareceu por parte de um filho que não coabita que apenas visitava. Deveria ter sido efetuada uma melhor gestão dos conflitos de modo que se tivesse assegurado a vontade da pessoa dependente dos autocuidados, com o intuito de proporcionar dignidade à pessoa até ao fim de vida (Martins, Martins, & Martins, 2017).

Comprovou-se que com o progredir da doença as relações entre os membros da família tendem a agravar-se à semelhança do que diz a evidência científica (Lopes & Massineli, 2013).

Na avaliação das atividades instrumentais de vida diária das pessoas cuidadas apurou-se que todos são dependentes totais, dependendo do cuidador para assegurar as mesmas. Na PC 4 houve uma alteração desta da avaliação inicial para a final, tendo progredindo para dependência grave.

O índice de envelhecimento dos habitantes europeus tem vindo a crescer de uma forma célere e estima-se que no futuro seja significativo este aumento (Willemse, et al., 2016). A esperança média de vida ao nascer, no mundo, cresceu de 66,8 anos em 2000 para 73,3 anos em 2021, existiu igualmente uma perspetiva de aumento médio de vida saudável, de 58,3 anos para 63,7 anos (World Health Organization, 2021). Deste modo, compreende-se que este aumento da esperança de vida pode ser acompanhado, por um crescente aumento do tempo vivido ou não. Assim, existe um crescimento do número de doenças crónicas, ou seja, há um aumento da quantidade de pessoas a viverem com doenças crónicas e a utilização dos cuidados de saúde aumentará ao longo do tempo (Willemse, et al., 2016; Ploeg, et al., 2017). Este processo de envelhecimento inevitavelmente aumenta o nível de dependência da pessoa idosa, precisando de cuidados por parte da família e de cuidadores (Ferreira, et al., 2022).

Constatou-se que há semelhança do que nos diz a literatura, também no projeto aplicado todos os cuidadores são do sexo feminino e maioritariamente filhas e esposa (Ferreira, et al., 2022; Lopes & Massineli, 2013).

A CI1 é neta, a CI2 é companheira, a CI3 é filha, a CI4 é esposa e a CI5 é filha.

Em termos do cuidador informal, todos os participantes são do género feminino. A cuidadora mais velha tem 73 anos e a mais nova 42 anos, representando uma média de idade de 57,2 anos. De acordo com os resultados provisórios dos Censos de 2021 a população residente do Alentejo situa-se maioritariamente no grupo dos 25-64, onde se enquadra a nossa amostra de cuidadores. Todos os cuidadores informais residiam com a pessoa cuidada durante o internamento em UHDP.

No que diz respeito à escolaridade, todos sabem ler e escrever, desde a 4ª classe até ao 12ºano. A CI 1 está desempregada, a CI2 está de baixa por assistência à família, a CI3 e CI 4 encontram-se reformadas e a CI5 trabalha como administrativa. Esta última é a única que possui uma prestadora de cuidados pessoais que assume o seu papel nas horas de trabalho.

Como antecedentes mais relevantes saliento a hipertensão arterial. De acordo com Ferreira, et al. (2022), atualmente, os cuidadores sofrem com lesões musculoesqueléticas associadas à prestação de cuidados, por falta de formação ao nível ergonómico, trabalho excessivo e fatores emocionais. Embora os cuidadores informais não tenham referido como antecedentes todos eles referiram dores osteomusculares associados à prestação de cuidados. Segundo Matos & Araújo (2021), a intervenção do EEER efetiva-se pelo ensino dos princípios básicos em termos da movimentação manual, treino de técnicas específicas de reabilitação como a movimentação manual dos doentes no domicílio e prescrição de produtos de apoio. Neste estudo comprovou-se a efetividade das intervenções da Enfermagem de Reabilitação na prevenção de lesões músculo esqueléticas dos cuidadores informais. Segundo Mendes, Figueiredo, Santos, Fernandes, & Fonseca (2019) os cuidadores referem doenças, nomeadamente, aparelho circulatório e as osteomusculares e do tecido conjuntivo. De acordo com as respostas fornecidas pelos cuidadores informais a doença mais referida é a hipertensão arterial, indo ao encontro das doenças que os cuidadores referem no estudo de Mendes, Figueiredo, Santos, Fernandes, & Fonseca, (2019).

Atendendo à sobrecarga (física, emocional e social) descrita na literatura, ser elevada maioritariamente devido a implicações na vida pessoal, avaliou-se a sobrecarga dos cuidadores através da aplicação da Escala de Sobrecarga de *Zarit*. Embora a evidência científica nos diga que a sobrecarga é mais sentida pelos conjugues, na nossa amostra a maior sobrecarga é sentida por uma filha, CI5, sendo a única que apresentou sobrecarga intensa (Mendes, Figueiredo, Santos, Fernandes, & Fonseca, 2019). Na avaliação inicial, uma cuidadora informal apresenta-se sem sobrecarga, três dos cuidadores informais apresentam sobrecarga ligeira e uma apresenta sobrecarga intensa. A CI 1 que apresenta-se sem sobrecarga, não foi realizada avaliação final pois não existiram mais contactos com a díade. Uma das cuidadoras manteve-se na sobrecarga ligeira, duas reduziram para sem sobrecarga e uma reduziu de sobrecarga intensa para

sobrecarga ligeira. As intervenções de Enfermagem de Reabilitação relacionadas com o *coping* (estratégias de gestão de sobrecarga e apoio emocional), passaram pela exploração dos mecanismos de *coping*, apoiar na tomada de decisão, instruir acerca de estratégias para diminuição do stresse, ensinar técnicas de relaxamento e fornecer apoio emocional (Melo, Rua, & Santos, 2014; Sales & Jesus, 2021). Mesmo na cuidadora informal 1 que não apresentava sobrecarga foram trabalhadas intervenções relacionadas com a gestão da sobrecarga atendendo a que tem antecedentes de depressão.

No estudo de Guerra, Almeida, Souza, & Minamisava (2017), os cuidadores apresentam sobrecarga moderada derivado à falta de folga semanal, que é transversal a todos os cuidadores do nosso estudo.

Quando confrontado o nível de sobrecarga com o grau de dependência e funcionalidade, o único cuidador sem sobrecarga é o que cuida da pessoa mais dependente. Por outro lado, o cuidador que apresenta uma maior sobrecarga, cuida igualmente de uma pessoa com incapacidade funcional grave.

A literatura mostra que as mulheres apresentam uma carga superior pela junção de diferentes papéis sociais, porém pela ausência de amostra masculina no projeto não foi possível verificá-la (Ferreira, et al., 2022).

O papel de cuidador informal carece de alterações na vida quer individual quer familiar, alteração da conduta, existindo a necessidade de adquirir novos conhecimentos e competências para dar resposta às necessidades de autocuidados apresentada pela pessoa cuidada (Lumini, Araújo, & Martins, 2018; Marques & Corte, 2021). Deste modo, para avaliar as necessidades de aprendizagem do cuidador informal foi aplicada a NACI. Na amostra foram identificadas as seguintes necessidades de aprendizagem por parte dos cuidadores informais: Alimentação; Levante/Transferência; Uso do Sanitário; Higiene; Vestuário; Eliminação Intestinal; Eliminação Vesical; Posicionamento; Marcha/Auxiliares de Marcha; Controlo da Dor; Exercícios Terapêuticos; Produtos de Apoio; Prevenção de Quedas; Prevenção de Úlceras por Pressão. Nenhum cuidador informal apresentou necessidades de aprendizagem em termos de comunicação.

O plano de cuidados de Enfermagem de Reabilitação foi elaborado de acordo com a avaliação das necessidades dos cuidadores que levou à formulação de diagnósticos de enfermagem, para posteriormente planejar intervenções de enfermagem que facilitem o processo de transição (Melo, Rua, & Santos, 2014). Constatou-se que as necessidades de aprendizagem dos cuidadores informais vão ao encontro das atividades de vida em que a pessoa cuidada está mais dependente do outro. A evidência científica mostra que a identificação das necessidades do cuidador informal, leva à diminuição dos efeitos negativos associados à prestação de cuidados pelo cuidador como depressão, ansiedade e sobrecarga, promovendo a qualidade de vida e reduzindo a ocorrência de doenças (Melo, Rua, & Santos, 2014; Sousa, et al., 2022).

No que diz respeito, ao compromisso do autocuidado, fator de inclusão no Projeto, alimentação, levante/transferência, uso do Sanitário, higiene, vestuário, eliminação intestinal, eliminação vesical, posicionamento e marcha/auxiliares de marcha. Contudo nem todas estas foram resolvidas nomeadamente, a alimentação no CI4, levante/transferência no CI1, posicionamento no CI2 e na marcha/auxiliares de marcha no CI2.

É de realçar que o andar comprometido está presente nos idosos indo ao encontro do que nos diz a literatura (Marques-Vieira, Sousa, Sousa, & Berenger, 2016)

No caso do CI 2, o plano de intervenção de enfermagem de reabilitação foi interrompido, por exigência de dois dos filhos para que o pai regressasse ao hospital. A intervenção de enfermagem de reabilitação nas pessoas em cuidados paliativos prende-se com a avaliação da pessoa e da respetiva família com o intuito de contruir um plano de cuidados que se direcione no sentido de responder às necessidades, tendo a referência da condição física, psicológica e as questões sociais/relacionais. No caso da díade número 2 maioritariamente os benefícios da intervenção da enfermagem de reabilitação prendem-se com o controlo da sintomatologia nomeadamente da dor. A intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação centrou-se na capacitação do cuidador informal com o intuito de proporcionar qualidade de vida, isto é, controlo de sintomas, diminuir os manifestos da doença e promover a autonomia tanto da pessoa cuidada quanto do cuidador. Para além da dor, também foram efetuadas intervenções junto do cuidador de ensino e treino de posicionamento, mobilizações articulares e

massagem. O intuito do posicionamento deste doente foi aumentar o conforto sem dor, neste caso não se privilegiou as posturas anatomicamente corretas, privilegiou-se os ensinamentos da prevenção de úlceras por pressão, providenciar expansão torácica adequada e o posicionamento que possibilite em segurança a alimentação, eliminação e a o relacionamento com a família (Santos & Pêla, 2017).

As necessidades de aprendizagem relacionadas com a prevenção de úlceras por pressão e prevenção de quedas prendem-se pelo elevado risco de queda e de úlceras por pressão que as pessoas cuidadas apresentam.

O alcançar da maioria dos resultados de enfermagem corrobora como a intervenção do EEER é eficaz, que estes devem incorporar as equipas de hospitalização domiciliária polivalente de modo que possa existir uma continuidade de cuidados. Foram demonstrados os ganhos em saúde em termos da capacitação do cuidador informal, mas também da melhoria da funcionalidade de grande parte da amostra da pessoa cuidada.

Em Portugal, com a Lei n.º 100/2019 de 6 de setembro foi aprovado o Estatuto de Cuidador Informal pela Assembleia República. Este estatuto veio regulamentar quer os direitos e deveres do cuidador quer da pessoa cuidada. Apenas 1 dos cuidadores informais conhece o estatuto. Tendo em conta a informação apurada apenas 1, CII estaria em condições de ser reconhecido.

5.5 Implicações para a Prática

O presente estudo evidenciou a importância do papel do cuidador informal na sociedade atual.

Tendo em conta os resultados obtidos, são visíveis os ganhos em saúde com a intervenção do EEER reforçando a importância neste na Unidade de Hospitalização Domiciliária, quer pelo aumento da capacitação do cuidador informal, quer pela melhoria da funcionalidade da pessoa cuidada.

5.6 Limitações do Estudo

Foram identificadas algumas limitações no decorrer da implementação do Projeto de Intervenção Profissional e consequente construção do Relatório.

No que diz respeito à evidência científica, esta apresenta-se de forma reduzida no que diz respeito à população portuguesa, nomeadamente produção científica por parte de Enfermeiros Especialista em Enfermagem de Reabilitação principalmente programas de intervenção individualizado tendo em conta as necessidades de aprendizagem dos cuidadores informais.

O tipo de estudo efetuado, tendo em conta a reduzida amostra impossibilita a generalização dos resultados alcançados.

As díades admitidas na amostra foram selecionadas tendo em conta as admissões na UHDP no intervalo de tempo de aplicação do Projeto de Intervenção Profissional. A maioria dos doentes admitidos neste período não apresentavam critérios para serem incluídos no estudo, maioritariamente por não apresentarem compromisso no autocuidado.

Outra das limitações prende-se com o facto de as avaliações finais não terem sido realizadas no momento da alta, mas sim no último contacto que tive com a doente. Assim, como foi difícil existir uma continuidade de cuidados a nível de ER pelo baixo número de EEER na UHDP.

6. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS

Ao longo deste percurso académico e ao produzir este projeto e com a sua consequente aplicação desenvolvi tanto Competências Comuns do Enfermeiro Especialista como Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

6.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

Atualmente, apresenta-se cada vez mais imprescindível dar seguimento à formação de base, com formação especializada (Hesbeen, 2003). Os cuidados de enfermagem adotam uma maior relevância, existindo uma exigência técnica e científica maior, deste modo a especialização e a diferenciação são um facto que compreende a maioria dos profissionais de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4744).

Desta forma, segundo a Ordem dos Enfermeiros (2019) o enfermeiro especialista é aquele “(...) a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem (...)”. As Competências Comuns do Enfermeiro Especialista abarcam as seguintes dimensões, educação dos utentes e dos pares, orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de interpretar, difundir e dirigir investigação pertinente, que possibilite continuar e aperfeiçoar de modo incessante a prática da enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4744).

As competências comuns do Enfermeiro Especialista são adquiridas pelo aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais. Existem um conjunto de competências comuns a todos os enfermeiros especialistas, são competências partilhadas por todos, que se operacionalizam pela “(...) capacidade de conceção, gestão e supervisão (...)” por meio de “(...) suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria;” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4745).

Os domínios das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, são as seguintes: Responsabilidade profissional, ética e legal; Melhoria contínua da qualidade; Gestão dos cuidados; Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

As competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, tem que ver com a área de especialidade, desenvolvendo a prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, atuando em concordância com os princípios legais, éticos e a deontologia profissional e proporciona práticas de cuidados que honrem os direitos humanos e as obrigações profissionais (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

No decorrer do Estágio de Enfermagem de Reabilitação e no Estágio Final o respeito pela pessoa esteve presente na conceção de cada plano de cuidados e na sua posterior intervenção permitindo o direito autodeterminação, dignidade humana, individualidade, privacidade, segurança e um tratamento justo em que há equidade, não esquecendo as crenças, costumes e valores de cada uma. Em todas as intervenções procurei obter o consentimento, respeitando o aceitar ou não da intervenção, permitindo o direito à pessoa de efetivamente fazer a sua escolha. Os cuidados foram prestados num ambiente controlado e seguro, permitindo resguardar a privacidade e intimidade do utente, nunca foi executada alguma intervenção que pudesse colocar a pessoa em perigo. A continuidade dos cuidados foi assegurada através do registo de enfermagem, da comunicação com os restantes enfermeiros de cuidados gerais e especialistas, das avaliações efetuadas e dos cuidados implementados, assim como às restantes equipas multidisciplinares (Nunes, 2020).

A efetivação de um Projeto de Estágio requer a sua conceção prévia, sendo necessário a submissão ao Conselho Científico da Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus e a obtenção de um parecer positivo. Deste modo, foi concedido um parecer positivo para a implementação do Projeto (Anexo X). Igualmente na Instituição onde foi implementado o Projeto, Hospital do Grupo II, nomeadamente na Unidade de Hospitalização Domiciliária Polivalente foi também solicitado o parecer da Comissão de Ética e obtido o parecer positivo (Anexo IX) para poder efetuá-lo, respeitando desta forma os princípios de investigação com seres humanos (Nunes, 2020). Ainda, a todas as díades foi solicitado o seu consentimento informado (Apêndice D), isto é, adaptou-se a linguagem em função do nível de literacia apresentado e validei a apreensão da

informação que foi cedida. Portanto, a pessoa cuidada e o cuidador informal, puderam decidir de modo voluntário, livre, informado e esclarecido, integrar o projeto, o cuidador informal rubricou o consentimento informado, garantindo o direito de anular a participação em qualquer momento. A colheita de dados foi efetuada respeitando a privacidade, confidencialidade, anonimato e intimidade da díade, sendo estes identificados por PC1 (Pessoa Cuidada 1) e CI1(Cuidador Informal 1), respeitando ao Caso 1, não são apresentados dados que permitam identificação dos sujeitos. Igualmente, nos dois estudos de caso realizados ao longo do estágio, um em contexto ortopédico (Apêndice VIII), o outro em contexto neurológico (Apêndice IX) foram igualmente mantidos os mesmos princípios enumerados anteriormente.

As competências do domínio da melhoria contínua da qualidade preveem que o Enfermeiro Especialista seja dinamizador no progresso e apoio de iniciativas na área da governação clínica, gira e coopere em programas de melhoria contínua e por último, garante um ambiente terapêutico e seguro (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Nesta linha de pensamento, durante o estágio no Serviço de Ortopedia no Hospital do Grupo II foi implementado o *SCLínico* Hospitalar, este está inserido na estratégia do Ministério da Saúde para informatização clínica do SNS, que tem como fim a padronização dos procedimentos dos registos clínicos, de modo a garantir a uniformização da informação (Ministério da Saúde, s.d.). Pude ser dinamizadora juntamente com a minha colega de mestrado no que concerne ao registo de enfermagem de reabilitação no serviço, tendo em vista a melhoria contínua de qualidade.

Durante a pandemia por COVID 19 uma grande parte dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação passaram a desempenhar apenas cuidados gerais para dar resposta aos défices de enfermeiros nos serviços, houve um descontentamento com os cuidados de Enfermagem de Reabilitação (Padilha & Silva, 2020), e deste modo houve projetos que ficaram suspensos e a formação em serviço igualmente, pelo que penso ter tido um papel motivador ainda a viver a Pandemia mas a podermos retomar as atividades paradas outrora.

Durante o estágio de ortopedia detetei em conjunto com as Enfermeiras Especialistas em Enfermagem de Reabilitação que existia a necessidade de fazer uma formação para os Enfermeiros de Cuidados Gerais, uma vez que foram admitidos alguns

Enfermeiros nos últimos meses e muitos deles que terminaram o percurso académico há menos de 1 ano, sobre os Cuidados de Enfermagem tendo em conta a abordagem cirúrgica realizada na Artroplastia Total da Anca (Apêndice X). No final da sessão foram aferidos os conhecimentos adquiridos (Apêndice XI) e realizada a avaliação da sessão de formação (Apêndice XII) por meio de um questionário. Este trabalho foi desenvolvido em colaboração com a minha colega de mestrado. Tínhamos como fim atingir os seguintes objetivos: Pretendia-se que mais de 75% dos participantes conseguisse responder corretamente à primeira questão; pretendia-se que mais de 75% dos participantes conseguisse responder corretamente à segunda questão; pretendia-se que mais de 50% dos participantes conseguisse responder corretamente à última questão. A formação contou com um total de 16 participantes, foram feitas em cerca de 3 sessões atendendo à situação pandémica, atingimos os resultados a que nos propusemos, conforme se pode verificar em apêndice (Apêndice XIII). As respostas incompletas, a ausência de resposta e respostas erradas foram contabilizadas como respostas erradas.

Em termos de satisfação quanto à sessão de formação, encontram-se em apêndice (Apêndice XIII) os dados colhidos, estes permitiram perceber em que posso melhorar aquando da construção de uma formação, tendo sempre em vista a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados.

Ainda a propósito do estágio em ortopedia, importa falar sobre a visita pré-operatória, esta conduz a benefícios como a redução do stress, da ansiedade, da demora média de internamento e até mesmo da dor. A implementação da reabilitação respiratória e motora pré-cirúrgica conduz a uma preparação adequada para a cirurgia, seja esta uma artroplastia total da anca ou uma prótese total do joelho. Desta forma, é possível alcançar ganhos funcionais, realizar o levante nas primeiras 24 horas, treino de marcha prematuro, o que leva à execução das atividades de vida. A implementação de uma Consulta Pré-Operatória seria uma mais-valia, para o ensino dos riscos associados à cirurgia, gestão de expectativas e diminuição do tempo de internamento. A experiência do internamento desta forma pode tornar-se mais positiva. Embora, não tenha sido implementada a Consulta, sempre que possível foi efetuada a visita pré-operatória com o intuito de existir sempre uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados (Pina & Baixinho, 2020).

No estágio neurológico realizado na Unidade de AVC, surgiu a ideia de desenvolver um instrumento que auxiliasse os Enfermeiros de Cuidados Gerais e

Especialistas em Enfermagem de Reabilitação em realizar a avaliação dos Pares Cranianos na Avaliação Neurológica, uma vez que não existia nada concentrado que ajudasse nesta atividade, muitas das vezes os enfermeiros não têm médico no serviço ou Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na admissão dos utentes e tem de ser capazes de efetuar esta avaliação. Na avaliação do doente com Acidente Vascular Cerebral no exame neurológico é realizada avaliação do estado mental, pares cranianos, motricidade, sensibilidade, equilíbrio e marcha (Menoita, Sousa, Alvo, & Vieira, 2012). Primeiramente, foi feita uma pesquisa bibliográfica e construída uma tabela em que constava o número do nervo, a sua função, os componentes e a forma que esturerei para que pudesse ser avaliado de um modo simples (Apêndice XIV). Este documento foi plastificado de modo que possa ser desinfetado em cada utilização com o fim de prevenir a contaminação cruzada. Posteriormente, foi construída uma caixa (Apêndice XV) com material destinado a fazer esta avaliação, todo o material está identificado, e é possível desinfetá-lo. Ainda, foi construída uma tabela para registo das avaliações de modo que possa ficar alocada ao processo de cada doente (Apêndice XVI). Surgiu a oportunidade de integrar esta atividade na formação em serviço, e para além da exposição que foi sendo feita aos enfermeiros de um modo informal ao longo dos turnos, esta deu origem a uma sessão de formação em serviço (Apêndice XVII).

No estágio da Unidade de Hospitalização Domiciliária Polivalente detetei em conjunto com os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação que existia a necessidade de executar material informativo para fornecer aos doentes e aos cuidadores informais, nomeadamente sobre Terapêutica Inalatória (Apêndice XVIII) e Oxigenioterapia (Apêndice XIX), em formato de folhetos e uma checklist (Apêndice XX) para aplicar posteriormente aos ensinos de modo a validar que os conhecimentos foram adquiridos ou não e até compreender qual a parte da informação que não foi retida e em que devem ser incididos novamente os ensinos. A metodologia utilizada para a construção assemelhou-se à desenvolvida por Rosendo & Santiago (2017), foram definidos os conteúdos a abordar tendo em conta a população-alvo, utilizada uma linguagem simples e acessível a todos, clara, em frases curtas e com encadeamento lógico com uma apresentação espaçada e perceptível. Os materiais foram corrigidos por uma equipa multidisciplinar incluído enfermeiro de cuidados gerais, enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, enfermagem especialista em enfermagem comunitária, médicos e os restantes intervenientes que mostraram vontade em

participar. Foram tido em conta as sugestões efetuadas pela equipa multidisciplinar, sendo eliminada a informação que desencadeou dúvidas ou alguma controvérsia. Ambos os folhetos foram revistos a nível linguística Português. Posteriormente, com o objetivo de validar os materiais produziados, nomeadamente em termos de clareza, acessibilidade e compreensão da informação transmitida pelos mesmos realizou-se uma etapa de valiação dos folhetos por pessoas com prescrição de terapêutica inalatória e oxigenioterapia. Foi interpretado em conjunto com o público-alvo os folhetos e reformulado o que suscitava dúvidas (Rosendo & Santiago, 2017). Por fim, foi construído uma instrução de trabalho sobre a Terapêutica Inalatória e Oxigenioterapia com o objetivo de estabelecer instruções claras sobre os procedimentos aos doentes internados no Centro de Responsabilidade Integrado de Hospitalização Médica em Casa (Unidade de Hospitalização Domiciliária Polivalente - UHDP e Unidade Médica de Dia - UMD). Esta Instrução de Trabalho aplica-se a todos os Enfermeiros quando detetem a necessidade de realização. Esta instrução de trabalho tem a possibilidade de ir contemplando alterações acompanhadas com a evidência científica. Estas atividades desenvolvidas são congruentes com os padrões de qualidade especializados em enfermagem de reabilitação, nomeadamente no enunciado da organização dos cuidados de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2011; Martins, Ribeiro, & Silva, 2018).

As competências do domínio da gestão dos cuidados estão relacionadas com a gestão dos cuidados de enfermagem, maximizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde e ainda, adequa a liderança e a gestão dos recursos às situações e à conjuntura, com o fim de garantir a qualidade dos cuidados (Martins, Ribeiro, & Silva, 2018; Ordem dos Enfermeiros, 2019).

No decorrer dos estágios foram planificados planos de cuidados individualizados a cada pessoa tendo em conta as suas expectativas, sempre respeitando o direito autodeterminação, estes foram validados pelos Senhores Enfermeiros Orientadores, o EEER tem a responsabilidade de fazer uma gestão adequada a cada caso. Foi me permitido diariamente participar nas reuniões multidisciplinares (médicos, enfermeiros de cuidados gerais, enfermeiros especialistas, assistente social, fisioterapeuta, nutricionista e terapeuta da fala) sobre os doentes internados, no qual era planeado os cuidados de forma individualizada aquela pessoa e respetiva família. Segundo Hesbeen (2003), a equipa multidisciplinar deve permitir executar uma análise do caso e a sua respetiva avaliação com o intuito de criar linhas condutoras gerais e o tipo de

intervenções necessárias. São nestas reuniões semanais que se constrói o plano de cuidados. Para que o processo de reabilitação seja eficaz deve existir um elemento de referência para o doente e para a família, inevitavelmente o enfermeiro acaba por ser o profissional de saúde que tem uma maior relação de proximidade com o doente e a família pela permanência contínua junto do doente, sete dias por semana, este elemento deve apresentar um resumo de toda a situação clínica do doente (Hesbeen, 2003).

Ao longo do Estágio de Reabilitação teve de existir uma articulação com os Senhores Fisioterapeutas rentabilizando os recursos existentes no serviço, de modo a garantir uma continuidade nos cuidados, aumento dos ganhos obtidos, com o intuito de aumentar a satisfação da pessoa. Igualmente no decorrer dos estágios, foi existindo em conformidade com as necessidades dos utentes uma articulação com a Equipa de Gestão de Altas nas situações em que identificámos a necessidade de uma continuidade de cuidados no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). A referenciação da pessoa presume uma avaliação multidisciplinar em que sejam apontadas as necessidades de saúde, sociais, o estado de dependência, a possibilidade de reabilitação e a conjuntura sociofamiliar. A submissão é efetuada no aplicativo informático *Gestcare*, por sua vez é avaliado por Equipas Coordenadoras Locais os requisitos que verificam os critérios para envolvimento nas várias tipologias da rede. Por fim, a pessoa fica a aguardar vaga numa lista de espera administrada pela Equipa Coordenadora Regional (Henriques & Pereira, 2021).

No contexto ortopédico, saliento a articulação com a Assistente Social que procurou em conjunto com a equipa encontrar na comunidade as respostas para as necessidades apresentadas pelos utentes, refiro-me a produtos de apoio.

No que concerne à competência de gestão de cuidados, considero que através da responsabilização pela efetivação dos planos de cuidados, definindo objetivos realistas em colaboração com a pessoa e a sua família, articulação com a equipa interdisciplinar, isto é, no modelo interdisciplinar existe a cooperação entre todos os indivíduos da equipa na concretização de objetivos e procedimentos a executar, em que os efeitos de cada disciplina potenciam-se reciprocamente e igualmente na rentabilização dos recursos disponíveis nos serviços, considero que atingi esta competência (Branco, 2017).

As competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais estão relacionadas com o progresso do autoconhecimento e a assertividade e

fundamenta a sua praxis especializada em evidência científica (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Neste domínio, toda a formação teórica prévia ao estágio teve um papel preponderante na aquisição de conhecimentos científicos e posterior aquisição de competências, dou ênfase às aulas práticas que em muito consolidaram já os conhecimentos adquiridos na vertente teórica. Contudo, este conhecimento prévio não foi suficiente e existiu a necessidade de ao longo dos três campos de estágio aprofundar os conhecimentos técnicos e científicos através de pesquisa para poder exercer diariamente a minha intervenção enquanto futura Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação, pela interiorização de um outro papel este careceu de uma análise e reflexão acerca dos cuidados. Enalteço a importância dos Senhores Enfermeiros Orientadores assim como o Professor que contribuíram em muito para o desenvolvimento desta competência fornecendo sempre orientação no que concerne à melhor evidência científica nos diversos casos encontrados e oportunidade de discussão de casos. Estes contextos são sistemas formativos de grande importância, em que se criam qualificações e saberes, aumentando o desenvolvimento de competências (Barata, 2017; Padilha J. M., et al., 2021).

6.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

A evolução de competências em enfermagem de reabilitação tem como objetivo o melhoramento da qualidade dos cuidados dispensados, em último fim pretende-se que estes resultados sejam traduzidos no aumento da qualidade de vida das pessoas a quem servimos (Barata, 2017).

Segundo o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, o mesmo “(...) concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados (...)”, tendo por base “(...) conhecimentos e experiência acrescida permitem-lhe tomar decisões relativas à

promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação maximizando o potencial da pessoa.” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 13565).

As competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação têm por base o cuidar da pessoa com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida, capacitar a pessoa com deficiência ou limitação e/ou restrição, reinserindo-a na sociedade e aumentar no seu máximo exponencial a capacidade funcional da pessoa (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Na competência que prevê o cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados, isto é, a capacidade de reconhecer as carências de intervenção especializada no âmbito da enfermagem de reabilitação em qualquer idade, que se encontram inviabilizadas de efetuar atividades básicas, de um modo independente, como consequência do seu estado de saúde, deficiência, limitação da atividade e restrição de participação, de índole durável ou transitória. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação cria, implementa e avalia programas especializados tendo em vista a qualidade de vida, a reincorporação e a participação na sociedade, com o intuito da pessoa viver o seu dia-a-dia com a maior independência (Ordem dos Enfermeiros, 2019; Schoeller, et al., 2018).

Na competência em que se potencializa a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa, o EEER relaciona-se com a pessoa com o intuito de fazer atividades que possibilitem amplificar as capacidades funcionais e desta forma possibilitar uma melhor prestação motora, cardíaca e respiratória, maximizando o potencial e a evolução pessoal (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

No Estágio de Enfermagem de Reabilitação assim como no Estágio Final, no período de seis semanas na Unidade de AVC, foram realizados planos de cuidados de modo documentado, em que foi avaliada a funcionalidade, formulados diagnósticos de enfermagem de reabilitação e conseqüentemente um plano de intervenção individualizado com o fim de maximizar as capacidades funcionais, aumentando a independência nas atividades de vida. Estes planos foram concebidos com o intuito de reeducar as funções neurológicas, cardiorrespiratórias e motoras.

No que diz respeito à metodologia, utilizou-se a entrevista informal, observação e consulta do processo clínico, tendo sido aplicados instrumentos de avaliação e avaliação

das atividades de vida diária que permitem a formulação de diagnósticos de enfermagem suscetíveis da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), assim como a respetiva avaliação (Vigia, Ferreira, & Sousa, 2017).

O préstimo dos instrumentos de avaliação está dependente das suas propriedades métricas nomeadamente a reprodutibilidade, validade e sensibilidade ou responsividade. Estas são as características que os instrumentos devem deter como forma de garantir o mínimo de distorção nos estudos em que se apura a eficácia das intervenções dos Enfermeiros de Enfermagem de Reabilitação, deste modo, permitindo avaliar o utente, averiguar a efetividade da intervenção, obter uma resolução do diagnóstico de enfermagem de reabilitação e no sector da investigação transpor a efetividade dos cuidados de enfermagem de reabilitação (Sousa, Marques-Vieira, Severino, & Caldeira, 2017; Sousa, Novo, Ferreira, & Marques-Vieira, 2021).

Na avaliação da pessoa com limitação da atividade e restrição de participação para avaliar a limitação na execução das Atividades de Vida Diária pela presença de dispneia foi utilizada a escala *London Chest Activity of Daily Living Scal* (Latado, et al., 2017). Com o intuito de avaliar a sensação de dispneia utilizei a Escala de *Borg* Modificada (Ordem dos Enfermeiros, 2016, p. 44). Para avaliar o nível de independência da pessoa na realização das atividades 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 utilizei o Índice de *Barthel* (Direção-Geral da Saúde, 2011). Na avaliação do nível de independência das atividades instrumentais de vida diária utilizei a Escala de *Lawton & Brody* (Ordem dos Enfermeiros, 2016, pp. 38-39). A *Elderly Core Set: Short Form*, avalia e classifica o nível de funcionalidade e incapacidade das pessoas com 65 e mais anos de idade em cuidados domiciliários, e institucionalizadas (Lopes & Fonseca, 2012). Para avaliação do tónus/espasticidade utilizei a Escala de *Ashworth* Modificada (Ordem dos Enfermeiros, 2016, p. 43). Para avaliar a amplitude articular utilizei o Goniómetro. Para avaliar as funções cognitivas, orientação, a memória imediata e a recente, a capacidade de atenção e cálculo, a linguagem e a capacidade construtiva utilizei o *Mini-Mental State Examination de Folstein*. (Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (GERMI), pp. 14-15). A *Escala Medical Research Council Modificada* avalia a força muscular (Florence, et al., 1992). O Índice de *Tinetti* classifica a marcha em termos de velocidade, distância de passo, simetria, equilíbrio em pé, o girar e as mudanças com os

olhos fechados. Esta escala tem como fim avaliar o risco de queda pela observação do equilíbrio estático e dinâmico (Apóstolo, 2012; Rosa, 2013).

Para avaliação do cuidador informal utilizei os Indicadores das Necessidades de Aprendizagem do Cuidador Informal (NACI), pretendem avaliar o conhecimento e a capacidade do cuidador informal (Lopes, Fonseca, Pinho, & Sousa, 2020) e a Escala de Sobrecarga do Cuidador de *Zarit* (Sequeira, 2010).

No decorrer dos estágios foram planificados programas de treino de Reeducação Funcional Respiratória e de Reeducação Funcional Motora (Coelho, Barros, & Sousa, 2017). Embora, a Reeducação Funcional Respiratória seja transversal às várias áreas de atuação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, pela diminuição da atividade da pessoa, foi no último estágio que existiu uma maior dedicação a estes doentes, maioritariamente doentes com patologia respiratória restritiva, Pneumonia, quer adquirida na comunidade quer nosocomial.

A Reeducação Funcional Respiratória tem como intuito: movimentar e expulsar as secreções brônquicas, aumentar a ventilação pulmonar, melhorar a reexpansão pulmonar, otimizar as trocas gasosas e oxigenação, reduzir o trabalho respiratório, reduzir o gasto de oxigénio, amplificar a mobilidade torácica, aumentar a força muscular respiratória, aumentar a *endurance*, reeducar a musculatura respiratória e fomentar a independência respiratória funcional (Cordeiro & Menoita, 2014, p. 61).

Deste modo, no âmbito da Reeducação Funcional Respiratória, foram implementadas várias técnicas consoante a situação clínica da pessoa nomeadamente, técnicas de descanso e relaxamento (relaxamento e posição de descanso), consciencialização e controlo da respiração (expiração com os lábios semi-cerrados e respiração diafragmática), reeducação diafragmática, na porção anterior, posterior, na posição de sentado e em posição ortostática, assim como reeducação da hemicúpula diafragmática e reeducação diafragmática com resistência. Reeducação costal, da porção anterior e posterior, global e abertura costal seletiva, terapêutica de posição, mecanismos de limpeza de vias aéreas (ensino da tosse, drenagem postural modificada, manobras acessórias, dispositivos de ajuda, técnica de expiração forçada e ciclo ativo das técnicas respiratórias) (Cordeiro & Menoita, 2014; Ferreira, et al., 2018).

Na construção de um plano de cuidados para uma doente com bronquiectasias, tive por base o Programa implementado por Gaspar & Martins (2018), nomeadamente a componente física, com o objetivo de mobilizar e drenar de secreções, foi realizada drenagem postural e ciclo ativo da respiração, para reeducação funcional respiratória

foram realizados exercícios diafragmáticos e costais. Igualmente na componente educacional, foi abordada a fisiopatologia das bronquiectasias, definição, “dilatação anormal, permanente e irreversível dos brônquios causada pela destruição dos componetes elástico e muscular das suas paredes e deficiente depuração mucociliar” (Gaspar & Martins, 2018, p. 39), patologias associadas e exarcebações, mobilização e drenagem de secreções, isto é, ciclo ativo da respiração, posições de auto-drenagem, técnicas de auto-drenagem e estratégias adaptativas tais como, técnicas de relaxamento, técnicas de gestão de energia e a importância do exercício físico. Neste, foi visível o ganho para a utente em termos de bem-estar e qualidade de vida, verbalizado pela própria.

Na Reeducação da Função Motora, foram feitos exercícios isométricos, contrações isométricas abdominais, glúteos e quadríceps e exercícios isotônicos, mobilizações ativas livres/assistidas/resistidas dos membros sãos, mobilizações ativas assistidas/resistidas do membro intervencionado de acordo com a tolerância da pessoa: flexão/extensão da articulação coxofemoral com extensão flexão do joelho, abdução/adução da articulação coxofemoral (até à linha média do corpo), dorsiflexão/flexão plantar da articulação tibiotársica. Ainda foi feito ensino, instrução e treino de posicionamento no leito, levantar da cama, sentar e levantar da cadeira, uso base de chuveiro/banheira, uso do sanitário, treino de marcha com andador ou canadianas, treino de subir e descer escadas (Sousa & Carvalho, 2017a; Sousa & Carvalho, 2017b; Coelho, Barros, & Sousa, 2017; Correia, et al., 2019).

Na construção de um Programa de Reabilitação Cardíaca, deve ser realizada uma avaliação promotorizada com o intuito de reduzir os riscos associados. Devem ser classificados os doentes consoante o risco, elevado, intermédio e baixo tendo em conta os critérios clínicos. A Reabilitação Cardíaca é formada por quatro fases. Pode intervir na primeira fase, em que a pessoa ainda se encontra internada mas hemodinamicamente estável. Nesta fase é feito exercício físico de baixa intensidade, técnicas para o controlo de fatores de estresse e educação para os fatores de risco. Iniciei juntamente com o doente levantar, treino de marcha, dando primazia às atividades de vida diária. A intensidade do treino depende da capacidade funcional, risco cardiovascular, progressão e idade (Bolas, 2017).

Na Reeducação da Função Sensoriomotora na Pessoa com Acidente Vascular Cerebral os objetivos passam por evitar ou reduzir o alojamento da espasticidade, estimular a sensibilidade, treinar o equilíbrio, reeducar o reflexo-postural e estimular os

movimentos do lado afetado (Salvado, Raposo, Carneiro, Fonseca, & Sousa, 2018). Com o fim de atingir estes objetivos, recorri a várias técnicas/estratégias, facilitação cruzada, indução de restrições, posicionamento em padrão anti-espático, estimulação sensorial, programa de mobilizações e atividades terapêuticas como rolar, ponte, rotação controlada da coxo-femural, flexão e extensão controlada da coxo-femural, auto-mobilização, carga no cotovelo, exercícios de equilíbrio, transferência e treino de marcha controlada (Menoita, Sousa, Alvo, & Vieira, 2012; Coelho, Barros, & Sousa, 2017; Marques- Vieira, Sousa, & Braga, 2017; Horta, et al., 2020; Matos & Simões, 2020).

A documentação deste processo permitiu fortalecer o raciocínio clínico, propriamente a aplicação de conhecimentos, aprofundamento de conhecimentos e fundamentação dos cuidados prestados, nomeadamente nos planos de cuidados efetuados sobre a pessoa com compromisso músculo-esquelético e sensoriomotor.

Acredito que com o desempenho aplicado na realização, aplicação e a avaliação dos planos de cuidados foi favorável a aquisição desta competência específica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

Na competência que prevê a capacitação da pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania, o EEER estuda a problemática tendo com o objetivo de desenvolvimento e efetivação de ações autónomas e/ou multidisciplinares em concordância com o contexto social, político e económico que culminem numa responsabilidade social inclusiva (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

De modo a promover a mobilidade e acessibilidade na preparação para alta, aumentando a paridade de oportunidades, diminuindo a discriminação e o preconceito atendendo a que a maioria dos doentes tem a sua capacidade funcional alterada comparativamente com o período que antecedeu a admissão hospitalar, tentei averiguar as barreiras arquitetónicas no domicílio e agilizar com a família e a equipa de gestão de altas onde se inclui a assistente social para encontrar na sociedade os recursos necessários, isto em vista da máxima independência funcional da pessoa. Este processo foi efetuado aumentando tanto a literacia da pessoa como da família sobre a nova condição de saúde. Embora a legislação e políticas de acessibilidade vigorantes sejam favoráveis, continuam a existir barreiras arquitetónicas na via pública, a anulação destas

é primordial para que as pessoas possam frequentar os serviços na comunidade e exercerem os seus direitos como cidadãos mesmo quando tem a mobilidade condicionada. Os Enfermeiros de Reabilitação pelas suas competências especializadas têm a obrigação de promover ambientes acessíveis de modo a amplificar os ganhos em qualidade de vida (Pereira, Martins, Gomes, Aguilera, & Santos, 2018; Silva, Oliveira, Ribeiro, Prazeres, & Ribeiro, 2019; Pereira, Martins, Pereira, Gomes, & Santos, 2020).

Durante o período que estive em estágio na Unidade de Hospitalização Domiciliária Polivalente existiu a possibilidade de no próprio domicílio da pessoa identificar as barreiras arquitetónicas e juntamente com a família agilizar a reorganização do espaço para promover a independência da pessoa. Nomeadamente, a presença de tapetes, fios, espaço livre de barreiras, iluminação apropriada, uso de calçado fechado antiderrapante de modo a prevenir quedas. Porém, para além das alterações ambientais, também foram efetuados exercícios de manutenção da força muscular, equilíbrio corporal, treino de marcha e treino para realizar as restantes atividades de vida diária, estas intervenções têm como intuito prevenir a queda na pessoa com limitação da atividade (Sousa, Marques-Vieira, & Branco, 2017; Fernandes, Sá, & Nabais, 2020).

De modo a promover a participação social, aquando das eleições legislativas foram agilizadas as visitas domiciliárias e autorizado pela equipa multidisciplinar a possibilidade dos utentes que assim manifestaram vontade de exercerem o seu direito de voto mesmo estando internados.

6.3. Competências de Mestre

Em acordo com o Decreto de Lei n.º 65/2018 o grau de mestre é atribuído aos que mostrem:

a) Possuir saberes e aptidão de discernimento a um nível que permita desenvolver e investigar os conhecimentos já adquiridos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde;

- b) Ter a capacidade justapor os seus conhecimentos e o seu discernimento de entendimento no encontro de solução de problemas em novas situações novas e que não sejam familiares, em conjunturas amplificadas e multidisciplinares;
- c) Autonomia para incorporar saberes, laborar com assuntos complexos, criar respostas ou expelir juízos em contextos de informação reduzida, abrangendo considerações acerca das complicações e deveres éticos e sociais que advenham dessas resoluções e desses juízos ou os regulem;
- d) Ter a capacidade de transmitir a sua argumentação, os seus saberes e o raciocínio, a especialistas e não especialistas, de um modo simples e sem dúvidas;
- e) Capacidade para aprender ao longo da vida de forma autónoma (Diário da República, 2018).

As aquisições de competências de mestre conciliam-se tanto no desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista como nas competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, alcançadas pelo meio da pesquisa da evidência científica assim como dos conhecimentos e capacidades atingidas ao longo dos estágios.

No âmbito da resolução de problemas saliento a persistência ao ver o local de estágio destinado ao Projeto de Estágio, ser recusado por duas vezes, a reorganização que teve de ser efetuada em muito contribui para este desenvolvimento, assim como todos os constrangimentos com que me deparei ao longo deste ciclo de estudos.

Ao longo deste percurso com o propósito de autodesenvolvimento e aprendizagem existiu uma reflexão diária acerca das experiências e conhecimentos com o intuito de ousar diante de casos consequentes da prática de cuidados. Esta reflexão foi muitas das vezes efetuada no contexto da equipa multidisciplinar, questões éticas e sociais, com o propósito sempre das melhores oportunidades para o utente, cuidador e família.

O Projeto de Intervenção Profissional redigido no decorrer deste relatório, surgiu de uma lacuna percebida no meu local de trabalho, Serviço de Urgência Geral, a não existência de uma capacitação apropriada do cuidador informal para a nova condição de

saúde leva a que muitas vezes os utentes desnecessariamente recorram ao serviço de urgência por falta de capacitação do seu cuidador. A maior parte dos indivíduos que precisam de cuidados domiciliários são idosos, com demência, comprometimento cognitivo moderado, dependência nas atividades de vida diária, grande fragilidade e com necessidade de complexos cuidados de saúde (Poss, et al., 2017; Sousa, et al., 2022; Ferreira, et al., 2022). Deste modo, implementou-se um protocolo baseado na atual evidência científica, criaram-se, analisaram-se os dados e foram comparados com a literatura já existente, verificando-se uma consonância.

Implementar um Projeto de intervenção numa Unidade de Hospitalização Domiciliária Polivalente, só tem sucesso se existir um envolvimento por parte de toda a equipa. Deste modo, a proposta para implementação do protocolo para capacitar o cuidador informal que cuida da pessoa com compromisso do autocuidado foi discutido com a equipa, e no decorrer do mesmo foram comunicados os achados resultantes da intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de Reabilitação, quer a enfermeiros especialistas quer a enfermeiros de cuidados gerais. No fim da sua implementação foi notório a necessidade de enfermeiros de reabilitação mais ativos no contexto da Unidade de Hospitalização Domiciliária Polivalente, tendo em conta os resultados alcançados, esta informação foi transmitida à equipa. Este modo de proceder evidencia a competência de mestre, isto é, ter a capacidade de transmitir conclusões, os saberes e os raciocínios implícitos, sejam especialistas ou não especialistas, de um modo simples e sem gerar dúvidas.

Este foi um percurso desafiante, pois o curso de pós-licenciatura e mestrado em enfermagem de reabilitação é efetuado num regime de trabalhador-estudante. Embora tenha existido alguma complexidade na gestão do tempo profissional, escolar, familiar e pessoal, o saldo dos processos de aprendizagens são bastante positivos (Padilha, et al., 2021).

Face ao exposto acredito que todo o percurso foi favorável para aquisição de competências de mestre, porém existe um percurso a continuar estando disponível para fortalecer estas competências em novos azos.

7. CONCLUSÕES

O ingresso no Curso de Mestrado, vem da necessidade de obtenção de novos saberes, de um modo sólido e estruturado. A opção da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, vem pelo gosto pessoal de ter a aptidão para dar resposta à capacitação decorrente da incapacidade atendendo ao aumento significativo de doenças crónicas nos últimos anos. A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação é preponderante na avaliação das necessidades da pessoa e da família de acordo com a situação, tal como na capacitação para o desenvolvimento de novos conhecimentos e aprendizagem de capacidades que irão auxiliar no processo de transição saúde-doença.

Este relatório foi realizado com enfoque na capacitação do cuidador informal para cuidar da pessoa com compromisso do autocuidado, atendendo ao aumento do índice de envelhecimento na Europa e o inevitável aumento do nível de dependência da pessoa idosa, precisando de cuidados por parte de cuidadores informais.

Embora, em Portugal com a aprovação do Estatuto de Cuidador Informal pela Assembleia República, já estejam a ser feitos esforços para o reconhecimento dos nossos cuidadores, todavia ainda existe um longo caminho a trilhar nomeadamente em termos de publicações por parte de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação no que diz respeito a programas de intervenção individualizada a cada cuidador informal.

Para realizar esta investigação, efetuou-se um estudo descritivo de múltiplos estudos de casos. Para a efetivação do mesmo foi decisivo a importância da reflexão diária e delinear objetivos que foram alcançados no decorrer deste processo.

No decorrer do Estágio verificou-se a aquisição de competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e de Mestre.

Embora, os resultados obtidos não possam ser generalizados tendo em conta a amostra reduzida, uma vez que não é representativa dos cuidadores informais. Porém,

verificou-se que a intervenção realizada pelo EEER na capacitação do cuidador informal da pessoa cuidada com compromisso do autocuidado é efetiva, pelo aumento do conhecimento e da aprendizagem de capacidades, aumentando a autonomia e independência e, conseqüentemente, a qualidade de vida da díade. Ainda, a propósito dos resultados obtidos, este projeto pode beneficiar como ponto de partida outros estudos com amostras mais representativas, evidenciando o impacto das intervenções do EEER na capacitação do cuidador informal.

É de realçar algumas limitações, especialmente a reduzida amostra, o contexto pandémico que dificultou a obtenção de campo de estágio e igualmente aumentou a carga laboral, a parca literatura sobre o tema nomeadamente escrita em português e por EEER, podendo ser ponto de partida para novos estudos.

Sintetizando, embora os constrangimentos, a suma de todo o percurso de Curso de Mestrado com Especialização em Enfermagem de Reabilitação é bastante positivo, dada a evolução da Ciência de Enfermagem este não termina aqui, é um ponto inicial, há um caminho a percorrer, utilizando cada oportunidade para desenvolver e integrar novas competências, tendo sempre por base a reflexão sobre as melhores práticas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Baixinho, C. L., Sousa, L., & Ferreira, Ó. R. (2020). Transitional Care in Times of COVID 19: Opportunities for e-Health Interventions. *Gerontechnology III: Contributions to the Third International Workshop on Gerontechnology*.
- Bangerter, L. R., Griffin, J. M., Zarit, S. H., & Havyer, R. (2017). Measuring the Needs of Family Caregivers of People with Dementia: An Assessment of Current Methodological Strategies and Key Recommendations. *Journal of applied gerontology*, 1-15.
- Barata, L. F. (2017). Aquisição e Desenvolvimento de competências ao Longo da Vida Profissional - A Importância da Formação Contínua. Em C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 123-135). Loures: Lusodidacta.
- Bolas, R. (2017). Pessoa em Programa de Reabilitação Cardíaca. Em C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 381-392). Loures: Lusodidacta.
- Branco, P. S. (2017). Equipa de Reabilitação. Em C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 25-39). Loures: Lusodidacta.
- CARE . (2013). *CARE Checklist of information to include when writing a case report*. Obtido de CARE case report guidelines: <https://static1.squarespace.com/static/5db7b349364ff063a6c58ab8/t/5db7bf175f869e5812fd4293/1572323098501/CARE-checklist-English-2013.pdf>
- CARE. (2019). *The CARE Guidelines: Consensus-based Clinical Case Reporting Guideline Development*. Obtido de EQUATOR: <https://www.equator-network.org/wp-content/uploads/2013/09/CAREFlowDiagram-updated-2019.pdf>

- Coelho, C., Barros, H., & Sousa, L. (2017). Reeducação da Função Sensoriomotora. Em *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 227-252). Loures: Lusodidacta.
- Cordeiro, M. d., & Menoita, E. C. (2014). *Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória: Conceitos, Princípios e Técnicas*. Loures: Lusociência.
- Correia, C., Barbosa, L., Rebelo, L., Alves, M., Pinho, N., & Magalhães, B. (2019). O Treino Propiocetivo e de Equilíbrio Postural no Idoso para a Prevenção de Quedas: Scoping Review. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 66-77. Obtido de <https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/127/79>
- Costa, L. G. (2016). Visitando a teoria das transições de Afaf Meleis com o suporte teórico para o cuidado de enfermagem. *Enfermagem Brasil*, 137-145.
- Decreto-Lei n.º 63/2016 do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. (13 de setembro de 2016). *Diário da República n.º 176/2016, Série I de 2016-09-13*, pp. 3159 - 3191. Obtido em 9 de outubro de 2021, de <https://dre.pt/application/conteudo/75319452>
- Diário da República. (10 de abril de 2014). *Portaria n.º82/2014*. Obtido de Diário da República Eletrónico: <https://files.dre.pt/1s/2014/04/07100/0236402366.pdf>
- Diário da República. (2018). *Diário da República n.º 157/2018, Série I de 2018-08-16*. Obtido em 3 de fevereiro de 2022, de <https://files.dre.pt/1s/2018/08/15700/0414704182.pdf>
- Diário da República. (6 de setembro de 2019). *Lei n.º 100/2019* . Obtido de Diário da República Eletrónico: <https://files.dre.pt/1s/2019/09/17100/0000300016.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2011). *Norma Número 054/2011 Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Obtido em 12 de junho de 2021, de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0542011-de-27122011-jpg.aspx>

- Ferreira, B., Diz, A., Silva, P., Sousa, L., Pinho, L., Fonseca, C., & Lopes, M. (2022). Bibliometric Analysis of the Informal Caregiver's Scientific Production. *Journal of Personalized Medicine*, 2-19. Obtido de <https://doi.org/10.3390/jpm12010061>
- Ferreira, B., Gomes, T., Baixinho, C. L., & Ferreira, O. R. (2021). Transição Segura do Hospital para a Comunidade da Pessoa e Família com Doença Aguda. Em C. Marques-Vieira, L. Sousa, & C. L. Baixinho, *Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Doença Aguda* (pp. 963-975). Sintra: Sabooks.
- Florence, J. M., Pandya, S., King, W. M., Robison, J. D., Jack, B., Miller, J. P., . . . Signore, L. C. (1992). Intrarater Reliability of Manual Muscle Test (Medical Research Council scale) Grades in Duchenne's Muscular Dystrophy. *Physical Therapy*, 34-41.
- Fortin, M. F. (1999). *O Processo de Investigação: Da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Gaspar, L., & Martins, P. (2018). Reabilitação Respiratória em Pessoas com Bronquiectasias não fibrose quística: qualidade de vida, ansiedade e função respiratória. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 38-44.
- Guerra, H. S., Almeida, N. A., Souza, M. R., & Minamisava, R. (2017). A Sobrecarga do Cuidador Domiciliar. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 179-186.
- Gutenbrunner, C., Stievano, A., Nugraha, B., Stewart, D., & Catton, H. (2021). Nursing – a core element of rehabilitation. *International Nursing Review*. Obtido de <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/inr.12661>
- Henriques, C. D., & Pereira, E. C. (2021). Cuidados de Proximidade na Gestão da Agudização e Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Em Marques-Vieira, L. Sousa, & C. L. Baixinho, *Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Doença Aguda* (pp. 999-1020). Sintra: Sabooks.
- Hesbeen, W. (2003). *A Reabilitação*. Loures: Lusociência.

- Horta, M. A., Nozes, A. J., Paulo, C., Vilardouro, M. E., Marques, J. M., & Sousa, L. M. (2020). Fatores de Risco de Queda na Pessoa com Acidente Vascular Cerebral. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 14-20.
- INE, I.P. (2020). *Estatísticas Demográficas - 2019*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I.P.
- Instituto Nacional de Estatística. (2022). *Censos 2021*. Obtido de Instituto Nacional de Estatística: https://www.ine.pt/scripts/db_censos_2021.html
- José, H., & Sousa, I. (2021). Questões Epistemológicas em Enfermagem para a Conceção e Integração dos Cuidados. Em Marques-Vieira, L. Sousa, & C. Baixinho, *Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Doença Aguda* (pp. 3-12). Sintra: Sabooks.
- Latado, V. F., Casal, J. G., Proença, S. J., Costa, M. M., Castanheira, V. P., & Sousa, L. M. (2017). Propriedades métricas da Escala London Chest Activity Of Daily Living: Revisão Sistemática da Literatura. *Enformação*, 16-22.
- Lopes, M., & Fonseca, C. (2012). *MANUAL & INSTRUMENTO: ELDERLY CORE SET: Short Form*.
- Lopes, M., Fonseca, C., Pinho, L., & Sousa, L. (2020). *Diagnóstico dos Cuidadores Informais (Documento de Trabalho Não Publicado)*. Évora: Universidade de Évora.
- Lopes, S. R., & Massineli, C. d. (2013). Perfil e nível de resiliência dos cuidadores informais de idosos com Alzheimer. *Aletheia*, 134-145.
- Lumini, M., Araújo, F., & Martins, T. (2018). The Role of Educational Technology in Caregiving. *Caregiving and Home Care*, pp. 179-201. Obtido de <https://cdn.intechopen.com/pdfs/58764.pdf>

- Marques, E., & Corte, A. (2021). Transição para o Papel de Cuidador Familiar. Em C. Marques-Vieira, L. Sousa, & C. L. Baixinho, *Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Doença Aguda* (pp. 987-998). Sintra: Sabooks.
- Marques-Vieira, C. M., Sousa, L. M., Sousa, L. M., & Berenger, S. M. (2016). O diagnóstico de enfermagem 'andar comprometido' nos idosos: revisão sistemática da. *Texto & Contexto-Enfermagem*. Obtido de <https://www.scielo.br/j/tce/a/5VtqpgZY7tPjySFZL6wnMzc/?format=pdf&lang=pt>
- Martins, M. M., Martins, A. C., & Martins, A. R. (2017). Reeducação Familiar/Social-Reconstrução da Vida Familiar e Social no Processo de Reabilitação. Em C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 67-76). Loures: Lusodidacta.
- Martins, M. M., Ribeiro, O., & Silva, J. V. (2018). O Contributo dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação para a Qualidade dos Cuidados. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 22-29. Obtido de <https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/17/9>
- Martins, R., & Santos, C. (2020). Capacitação do Cuidador Informal: O Papel dos Enfermeiros no Processo de Gestão da Doença. *Gestão e Desenvolvimento*, 117-137.
- Matos, M. F., & Simões, J. A. (2020). Enfermagem de Reabilitação na Transição da Pessoa com Alteração Motora por AVC: Revisão Sistemática da Literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 11-19.
- Matos, M. J., & Araújo, C. (2021). Prevenção de Lesões Músculo-esqueléticas nos Cuidadores Informais de Doentes Dependentes no Domicílio: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 56-63. Obtido de <https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/157/287>

- Melo, R. M., Rua, M. d., & Santos, C. S. (2014). Necessidades do cuidador familiar no cuidado à pessoa dependente: uma revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, 143-151.
- Mendes, P. N., Figueiredo, M. d., Santos, A. M., Fernandes, M. A., & Fonseca, R. S. (2019). Sobrecargas física, emocional e social dos cuidadores informais de idosos. *Acta Paulista de Enfermagem*, 87-94. Obtido de <https://www.scielo.br/j/ape/a/RNtDrSRKMFg5MZzBDsNnL6h/?format=pdf&lang=pt>
- Menezes, T. M., Oliveira, A. L., Santos, L. B., Freitas, R. A., Pedreira, L. C., & Veras, S. M. (2019). Hospital transition care for the elderly: an integrative review. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Obtido de <https://www.scielo.br/j/reben/a/ZpvPJMBtcGnLSkq6Lkt7ddj/?lang=en>
- Menoita, E. C., Sousa, L. d., Alvo, I. B., & Vieira, C. M. (2012). *Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusociência.
- Ministério da Saúde. (2021). *O Hospital*. Obtido em 12 de junho de 2021, de Hospital do Espírito Santo E.P.E.: <http://www.hevora.min-saude.pt/2019/12/27/o-hospital/>
- Ministério da Saúde. (2021). *Serviços Clínicos*. Obtido em 15 de junho de 2021, de Hospital do Espírito Santo E.P.E.: <http://www.hevora.min-saude.pt/category/servicos/servicos-clinicos/>
- Ministério da Saúde. (s.d.). *SCLínico / Cuidados de Saúde Hospitalares (CSH)*. Obtido em 1 de fevereiro de 2022, de Serviço Nacional de Saúde: <https://www.spms.min-saude.pt/2020/07/sclinico-hospitalar/>
- Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (GERMI). (s.d.). *Avaliação Geriátrica*. Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (GERMI). Obtido em 12 de junho de 2021, de https://www.spmi.pt/docs_nucleos/GERMI_36.pdf

Nunes, L. (2020). *Aspetos Éticos na investigação de Enfermagem*. Setúbal: IPS, ESS, Departamento de Enfermagem. Obtido em 31 de janeiro de 2022, de https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/32782/1/ebook_aspetos%20eticos%20investigacao%20Enf_jun%202020.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. Porto: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2016). *CIPE Versão 2015 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*.

Ordem dos Enfermeiros. (2016). *Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Obtido em 12 de junho de 2021, de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (6 de fevereiro de 2019). *Regulamento n.º 140/2019*. Obtido de Diário da República Eletrónico: <https://dre.pt/home/-/dre/119236195/details/maximized>

Ordem dos Enfermeiros. (3 de maio de 2019). *Regulamento n.º 392/2019*. Obtido de Diário da República Eletrónico: <https://dre.pt/home/-/dre/122216893/details/maximized>

Padilha, J. M., & Silva, R. P. (2020). Impacte da Pandemia por COVID-19 nos Enfermeiros de Reabilitação Portuguesa. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 102-107.

Padilha, J. M., Martins, M. M., Gonçalves, N., Ribeiro, O., Fernandes, C., & Gomes, B. (2021). Olhares sobre os Processos Formativos em Enfermagem de Reabilitação. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 83-89. Obtido de <https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/178/290>

- Petronilho, F., & Machado, M. (2017). Teorias de Enfermagem e Autocuidado: Contributos para a Construção do Cuidado de Reabilitação. Em C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 3-14). Loures: Lusodidacta.
- Pina, B. M., & Baixinho, C. L. (2020). Vantagens da Consulta Pré-operatória na Reabilitação da Pessoa submetida a Artroplastia da Anca: Revisão Integrativa da Literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 42-48. Obtido de <http://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/120/72>
- Pitta, F., Probst, V. S., Kovelis, D., Segretti, N. O., Leoni, A. M., Garrod, R., & Brunetto, A. F. (2008). Validação da versão em português da escala London Chest Activity of Daily Living (LCADL) em doentes com doença pulmonar obstrutiva crónica. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, XIV (1), 27-47. Obtido em 12 de junho de 2021, de <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0873215915302178?token=7D6DAE52557BD0978423488CE73553AF5301812B64A8426FF5616AA5FBF1C1AA96F46321AB9749F6967D8006D08D1F32&originRegion=eu-west-1&originCreation=20210612133254>
- Ploeg, J., Markle-Reid, M., Valaitis, R., McAiney, C., Duggleby, W., Bartholomew, A., & Sherifali, D. (2017). Web-Based Interventions to Improve Mental Health, General Caregiving Outcomes, and General Health for Informal Caregivers of Adults With Chronic Conditions Living in the Community: Rapid Evidence Review. *Journal of Medical Internet Research*. doi:10.2196/jmir.7564
- Pontífice-Sousa, P., & Pinto, S. (2021). Promover o Conforto na Pessoa com Doença Aguda. Em C. Marques-Vieira, L. Sousa, & C. L. Baixinho, *Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Doença Aguda* (pp. 87-99). Sintra: Sabooks.
- Poss, J. W., Sinn, C.-L. J., Grinchenko, G., Blums, J., Peirce, T., & Hirdes, J. (2017). Location, Location, Location: Characteristics and Services of Long-Stay Home Care Recipients in Retirement Homes Compared to Others in Private Homes and Long-Term Care Homes. *Healthcare Policy*, 80-93.

- Reis, G. M., Sousa, L. M., Silva, P., Pereira, P., & Sim-Sim, M. (2022). Frailty in the elderly and interventions supported by information and communication technologies: a systematic review. *Research Anthology on Supporting Healthy Aging in a Digital Society*, 1750-1764.
- Reis, G., & Bule, M. J. (2017). Capacitação e Atividade de Vida. Em C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 57-65). Lisboa: Lusodidacta.
- Rosendo, I., & Santiago, L. M. (2017). Validação de três folhetos informativos sobre diabetes, sua terapêutica e exercício físico. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 244-253.
- Sales, L., & Jesus, A. S. (2021). Gestão do Regime Terapêutico Medicamentoso na Doença Aguda. Em C. Marques-Vieira, L. Sousa, & C. L. Baixinho, *Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Doença Aguda* (pp. 123-160). Sintra: Sabooks Editora.
- Salvado, H. J., Raposo, S. C., Carneiro, A. I., Fonseca, P. M., & Sousa, L. M. (2018). Timed Up and Go Test na Pessoa com Acidente Vascular Cerebral Residente na Comunidade. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 61-67. Obtido de <https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/21/13>
- Santos, A. S., & Pêla, J. (2017). Reabilitação da Pessoa em Cuidados Paliativos e Fim de Vida. Em C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 605-618). Loures: Lusodidacta.
- Sequeira, C. A. (março de 2010). Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. *Referência*, 9-16. Obtido de <http://www.index-f.com/referencia/2010pdf/12-0916.pdf>
- Sousa, L., & Carvalho, M. L. (2017a). Pessoa com Fratura da Extremidade Superior do Fémur. Em C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 421-431). Loures: Lusodidacta.

- Sousa, L., & Carvalho, M. L. (2017b). Pessoa com Osteoartrose na Anca e Joelho em Contexto de Internamento e Ortopedia. Em C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 405-420). Loures: Lusodidacta.
- Sousa, L., Gemito, L., Ferreira, R., Pinho, L., Fonseca, C., & Lopes, M. (2022). Programs Addressed to Family Caregivers/Informal Caregivers Needs: Systematic Review Protocol. *Journal of Personalized Medicine*. Obtido de <https://doi.org/10.3390/jpm12020145>
- Sousa, L., Marques-Vieira, C., Severino, S., & Caldeira, S. (2017). Propriedades Psicométricas de Instrumentos de Avaliação para a Investigação e Prática dos Enfermeiros de Reabilitação. Em C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 113-121). Loures: Lusodidacta.
- Sousa, L., Martins, M., & Novo, A. (2020). Enfermagem de Reabilitação no Empoderamento e Capacitação da Pessoa em Processos de Transição Saúde-Doença. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(1), 64-69. Obtido de <https://www.aper.pt/Ficheiros/Revista/RPERv3n1.pdf>
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2004). Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem). Em S. G. Taylor, *Dorothea E. Orem: Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem* (pp. 211-235). Loures: Lusociência.
- UHDP. (2022). *Unidade de Hospitalização Domiciliária Polivalente*. Évora: Hospital do Espírito Santo E.P.E.
- Vigia, C., Ferreira, C., & Sousa, L. (2017). Treino de Atividades de Vida Diária. Em C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 351-363). Loures: Lusodidacta.
- Willemse, E., Anthierens, S., Farfan-Portet, M., Schmitz, O., Macq, J., Bastiaens, H., . . . Remmen, R. (2016). Do informal caregivers for elderly in the community use

support measures? A qualitative study in five European countries. *BMC Health Services Research*, 1-10. doi: 10.1186/s12913-016-1487-2

World Health Organization. (2021). *World Health Statistics 2021*. Geneva. Obtido em 16 de fevereiro de 2022, de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/342703/9789240027053-eng.pdf>

Apêndices

Apêndice I – Consentimento Informado, Livre Esclarecido, para participar em Investigação

CONSENTIMENTO INFORMADO

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Em caso de dúvidas, quanto à clareza do conteúdo, não hesite em pedir mais informações de esclarecimento.

Título do Estudo: A Enfermagem de Reabilitação na Capacitação do Cuidador Informal da Pessoa Cuidada com compromisso do Autocuidado em Contexto de Hospitalização Domiciliária

Enquadramento: Mestrado em Associação com especialização em Enfermagem de Reabilitação – Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora

Orientador: Professor Doutor Luís Sousa.

Explicação do Estudo: O objetivo do estudo é avaliar a efetividade das intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na capacitação do cuidador informal na pessoa cuidada com compromisso do autocuidado. Considera a avaliação das necessidades do cuidador informal antes e após as intervenções de enfermagem de reabilitação para a capacitação do mesmo.

Confidencialidade e anonimato: Os dados adquiridos neste estudo serão absolutamente confidenciais e utilizados exclusivamente para o mesmo, não se identificando nenhum dos participantes, garantindo assim o anonimato dos mesmos. Caso o participante deseje abandonar o estudo durante o período de investigação, não enfrentará nenhum prejuízo nem qualquer consequência, nos seus direitos assistenciais.

Desde já, agradeço, a sua disponibilidade para a participação neste estudo, contribuindo para o desenvolvimento da área científica.

Orientador: Professor Doutor Luís Sousa

Contacto: lmms@uevora.pt

Investigador: Carolina Barão Sim Sim

Contato: m47776@alunos.uevora.pt

Declaro ter lido e compreendido este documento, assim como, as informações verbais que me foram transmitidas por Carolina Barão Sim Sim, assim como me deram oportunidade de colocar todas as dúvidas e questões relacionadas com este estudo. Garantiram-me a possibilidade de, a qualquer momento, abandonar a participação neste estudo e permito a utilização dos dados, confiando de que serão apenas usados para esta investigação e com as garantias da confidencialidade e de anonimato que me são facultadas pelo investigador.

Assinatura

Data

____/____/____

Se não for o próprio a assinar (por incapacidade)

Grau de relação com o participante: _____

Assinatura

Data

____/____/____

Apêndice II- Formulário para identificação, caracterização sociodemográfica e condição de saúde/doença

Formulário para identificação, caracterização sociodemográfica e condição de saúde/doença

Data da Avaliação: ____/____/2021

Indique com um X:

Pessoa Cuidada	
Código	

Cuidador Informal	
Código	

Zona de residência:	
Idade:	
Género:	
Estado Civil:	
Nível de Escolaridade:	
Peso:	
Altura:	
Patologias:	

Apenas para o Cuidador Informal:

Questão:	Sim	Não
Conhece o Estatuto de Cuidador Informal?		
Já solicitou o estatuto de Cuidador Informal?		
Já foi reconhecido/a como Cuidador/a Informal?		
Está em condições de ser reconhecido/a como Cuidador Informal?		
Está fora do enquadramento legal e dos apoios ao cuidador Informal?		

Apêndice III - Díade 1

Pessoa Cuidada 1

Zona de residência:	Concelho de Évora
Idade:	79 anos
Género:	Feminino
Estado Civil:	viúva
Nível de Escolaridade:	Frequentou a escola mas não completou a 4ª classe
Peso:	_____
Altura:	_____
Patologias:	Motivo de Internamento: Celulite do Dorso; Infecção do Trato Urinário a <i>Escherichia coli</i> ; Bacteremia a <i>Staphylococcus capitis</i> . Antecedentes Pessoais: Síndrome Demencial; Doença de Parkinson; Epilepsia; Trombocitopenia Ligeira; Dislipidémia; Prótese Total do Joelho bilateral

Cuidador Informal 1

Zona de residência:	Concelho de Évora
Idade:	42 anos
Género:	Feminino
Estado Civil:	União de Facto
Nível de Escolaridade:	6ºano
Peso:	95 Kg

Altura:	150cm
Patologias:	Antecedentes Pessoais: Depressão Crónica; Obesidade.

Questão:	Sim	Não	Não Sei
Conhece o Estatuto de Cuidador Informal?		X	
Já solicitou o estatuto de Cuidador Informal?		X	
Já foi reconhecido/a como Cuidador/a Informal?		X	
Está em condições de ser reconhecido/a como Cuidador Informal?			X
Está fora do enquadramento legal e dos apoios ao cuidador Informal?			X

A Cuidador Informal 1 é neta da Pessoa Cuidada 1.

Apenas existiu um contacto com a díade número 1, contudo foi realizada avaliação das necessidades de aprendizagem do CII, formulados diagnósticos de enfermagem, elaborado um plano de cuidados e avaliados os resultados.

A Cuidadora Informal 1, tem habitação própria, mas desde que assumiu o papel de cuidadora informal ela e a sua família vivem na residência da avó, visita ocasionalmente a sua casa.

Instrumentos de Avaliação para a PC	23/01/2022
Elderly Nursing Core Set	
Score Geral de Funcionalidade	70%
Autocuidado	100%
Aprendizagem e Funções de Memória	47%
Comunicação	60%
Relação com os Amigos e Cuidadores	73%
Mini Mental State Examination	5 Declínio Cognitivo
Índice de Barthel	0 Incapacidade Funcional Grave
Escala de Lawton & Brody	0 Dependência Total

Instrumentos de Avaliação para o CI		
NACI	23/01/22	23/01/22

Alimentação	0-4%	0-4%
<u>Levante/Transferência</u>	50-95%	5-24%
Comunicação	0-4%	0-4%
Uso do Sanitário	0-4%	0-4%
Higiene	0-4%	0-4%
Vestuário	0-4%	0-4%
Eliminação Intestinal	0-4%	0-4%
Eliminação Vesical	0-4%	0-4%
<u>Posicionamento</u>	25-49%	0-4%
Marcha/Auxiliares de Marcha	0-4%	0-4%
<u>Controlo da Dor</u>	5-24%	0-4%
<u>Exercícios Terapêuticos</u>	96-100%	25-49%
<u>Produtos de Apoio</u>	96-100%	0-4%
<u>Prevenção de Quedas</u>	25-49%	0-4%
<u>Prevenção de Úlceras por Pressão</u>	25-49%	0-4%
Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit	38 Sem sobrecarga	_____

Enunciado de Diagnóstico de Enfermagem/Resultado de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
<p>Conhecimento do cuidador informal para assistir no transferir-se/levantar-se</p> <p>Diagnóstico: Potencial para melhorar o conhecimento do cuidador informal para assistir no transferir-se/levantar-se</p> <p>Resultado: Conhecimento do cuidador informal para assistir no transferir-se/levantar-se, melhorado</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o conhecimento do CI para assistir no transferir-se/levantar-se com recurso à NACI; - Ensinar o CI sobre a técnica para assistir no levante/transferência; - Ensinar o CI sobre a importância do levante/transferência; - Ensinar o CI sobre prevenção de lesões musculoesqueléticas associadas ao transferir.
<p>Capacidade do cuidador informal para assistir no transferir/levantar-se</p> <p>Diagnóstico: Potencial para melhorar a capacidade do cuidador informal para assistir no transferir-se/levantar-se</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a capacidade do CI para assistir no transferir-se/levantar-se com recurso à NACI; - Instruir/Treinar o CI para assistir no transferir-se/levantar-se através de demonstração; - Treinar técnicas de assistir no transferir-

<p>Resultado: Capacidade do cuidador informal para assistir no transferir-se/levantar-se, melhorado</p>	<p>se/levantar-se fornecendo apoio.</p>
<p>Conhecimento do cuidador informal para assistir no posicionamento</p> <p>Diagnóstico: Potencial para melhorar o conhecimento do cuidador informal para assistir no posicionar</p> <p>Resultado: Conhecimento do cuidador informal para assistir no posicionar, melhorado</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o conhecimento do CI para assistir no posicionar se com recurso à NACI; - Ensinar sobre a técnica para assistir no posicionar; - Ensinar sobre dispositivo auxiliar para posicionar-se; - Ensinar o CI acerca de prevenção de lesões musculoesqueléticas na técnica de posicionar.
<p>Capacidade do cuidador informal para assistir no posicionamento</p> <p>Diagnóstico: Potencial para melhorar a capacidade do cuidador informal para assistir no posicionar</p> <p>Resultado: Capacidade do cuidador informal para assistir no posicionar, melhorado</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a capacidade do CI para assistir no posicionar se com recurso à NACI; -Instruir/Treinar para o uso da técnica de posicionamento; - Instruir sobre dispositivo auxiliar para posicionar-se; - Instruir/Treinar o CI para a utilização de princípios de mecânica corporal para técnica de posicionamento.
<p>Conhecimento do cuidador informal para gerir o regime medicamentoso (controlo da dor)</p> <p>Diagnóstico: Potencial para melhorar o conhecimento do cuidador informal para gerir o regime medicamentoso (controlo da dor)</p> <p>Resultado: Conhecimento do cuidador informal para gerir o regime medicamentoso (controlo da dor), demonstrada</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o conhecimento do CI para gerir o regime medicamentoso (controlo da dor) com recurso à NACI; - Ensinar sobre interações medicamentosas, efeitos desejados e secundários do regime medicamentoso; - Ensinar sobre vias de administração de medicação.
<p>Capacidade do cuidador informal para gerir o regime medicamentoso (controlo da dor)</p> <p>Diagnóstico: Potencial para melhorar a capacidade do cuidador informal para gerir o regime medicamentoso (controlo da dor)</p> <p>Resultado: Capacidade do cuidador informal para gerir o regime medicamentoso (controlo da dor), demonstrada</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a capacidade do CI para gerir o regime medicamentoso (controlo da dor) com recurso à NACI; - Apoiar na gestão do regime medicamentoso; - Instruir sobre vias de administração da medicação.
<p>Conhecimento do cuidador informal sobre técnicas de exercícios muscular e articular</p> <p>Diagnóstico: Conhecimento do cuidador informal sobre técnicas de exercícios muscular e articular, não demonstrado</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o conhecimento do CI para exercícios terapêuticos com recurso à NACI; - Ensinar sobre técnicas de exercício muscular e articular.

<p>Resultado: Conhecimento do cuidador informal sobre técnicas de exercícios muscular e articular, melhorado</p>	
<p>Capacidade do cuidador informal para executar técnicas de exercício muscular e articular Diagnóstico: Capacidade do cuidador informal sobre técnicas de exercícios muscular e articular, não demonstrado</p> <p>Resultado: Capacidade do cuidador informal para executar técnicas de exercício muscular e articular, melhorada</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a capacidade do CI para exercícios terapêuticos com recurso à NACI; -Instruir sobre técnicas de exercício muscular e articular através da demonstração; - Treinar técnicas de exercício muscular e articular com supervisão.
<p>Conhecimento do cuidador informal sobre dispositivo auxiliar (colchão de pressões alternadas e barras de apoio) Diagnóstico: Conhecimento do cuidador informal sobre dispositivo auxiliar (colchão de pressões alternadas e barras de apoio), não demonstrada</p> <p>Resultado: Conhecimento do cuidador informal sobre dispositivo auxiliar (colchão de pressões alternadas e barras de apoio), demonstrada</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o conhecimento do CI sobre produtos de apoio com recurso à NACI; - Ensinar sobre dispositivo auxiliar (colchão de pressões alternadas e barras de apoio).
<p>Capacidade do cuidador informal para usar dispositivo auxiliar (colchão de pressões alternadas e barras de apoio) Diagnóstico: Capacidade do cuidador informal para usar dispositivo auxiliar (colchão de pressões alternadas e barras de apoio), não demonstrada</p> <p>Resultado: Capacidade do cuidador informal para usar dispositivo auxiliar (colchão de pressões alternadas e barras de apoio), demonstrada</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a capacidade do CI sobre produtos de apoio com recurso à NACI; - Instruir sobre dispositivo auxiliar (colchão de pressões alternadas e barras de apoio); - Treinar o uso de dispositivo auxiliar (colchão de pressões alternadas e barras de apoio).
<p>Conhecimento do cuidador informal sobre prevenção de quedas Diagnóstico: Potencial para melhorar o conhecimento do cuidador informal sobre prevenção de quedas</p> <p>Resultado: Conhecimento do cuidador informal sobre prevenção de quedas, demonstrado</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o conhecimento do CI sobre prevenção de quedas com recurso à NACI; - Ensinar o CI sobre adaptação do domicílio para prevenção de quedas; - Ensinar o CI sobre complicações que podem resultar de uma queda.
<p>Conhecimento do cuidador informal sobre prevenção de úlceras por pressão Diagnóstico: Potencial para melhorar o conhecimento do cuidador informal sobre prevenção de úlceras por pressão</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o conhecimento do CI sobre prevenção de úlceras por pressão com recurso à NACI; - Ensinar o CI a identificar alterações na pele da PC; - Ensinar o CI sobre prevenção de úlceras por

<p>Resultado: Conhecimento do cuidador informal sobre prevenção de úlceras por pressão, demonstrado</p>	<p>pressão (promover a mobilidade, alimentação adequada, hidratação, hidratação da pele e utilização de produtos de apoio) - Ensinar sobre complicações derivadas de úlceras por pressão.</p>
<p>Conhecimento do cuidador informal sobre <i>coping</i> (estratégias de gestão de sobrecarga e apoio emocional) Diagnóstico: Potencial para melhorar conhecimento do cuidador informal sobre <i>coping</i> Resultado: Conhecimento do cuidador informal sobre <i>coping</i> (estratégias de gestão de sobrecarga e apoio emocional), demonstrado</p>	<p>- Avaliar a sobrecarga do CI através da Escala de Sobrecarga de Zarit; - Avaliar conhecimento do CI sobre <i>coping</i>, estratégias de gestão de sobrecarga e apoio emocional; - Ensinar o CI sobre <i>coping</i>, estratégias de gestão de sobrecarga e apoio emocional; - Promover <i>coping</i> efetivo; - Promover a autoestima; - Promover o apoio da família; - Promover o papel de CI.</p>

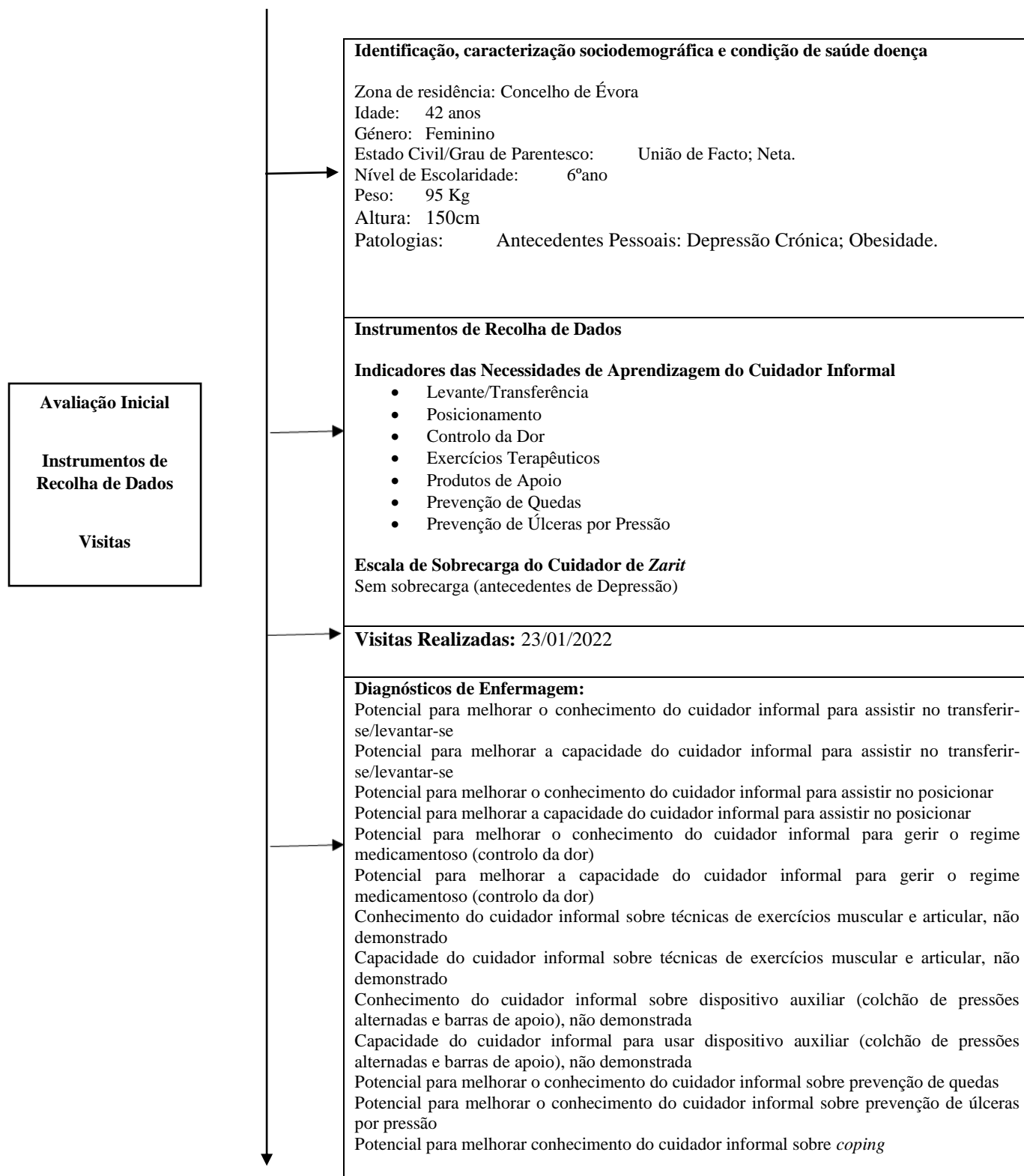
Resultados da avaliação das dimensões de conhecimento e aprendizagem dos Cuidador Informal 1

Diagnóstico de Enfermagem	AI	AF
D1 Conhecimento do cuidador informal para assistir no transferir-se/levantar-se	ND	M
D2 Capacidade do cuidador informal para assistir no transferir/levantar-se	ND	M
D3 Conhecimento do cuidador informal para assistir no posicionamento	ND	D
D4 Capacidade do cuidador informal para assistir no posicionamento	ND	D
D5 Conhecimento do cuidador informal para gerir o regime medicamentoso (controlo da dor)	ND	D
D6 Capacidade do cuidador informal para gerir o regime medicamentoso (controlo da dor)	ND	D
D7 Conhecimento do cuidador informal sobre técnicas de exercícios muscular e articular	ND	M
D8 Capacidade do cuidador informal para executar técnicas de exercício muscular e articular	ND	M
D9 Conhecimento do cuidador informal sobre dispositivo auxiliar (colchão de pressões alternadas e barras de apoio)	ND	D
D10 Capacidade do cuidador informal para usar dispositivo auxiliar (colchão de pressões alternadas e barras de apoio)	ND	D
D 11 Conhecimento do cuidador informal sobre prevenção de quedas	ND	D
D12 Conhecimento do cuidador informal sobre prevenção de úlceras por pressão	ND	D
D13 Conhecimento do cuidador informal sobre <i>coping</i> (estratégias de gestão de sobrecarga e apoio emocional)	ND	D

Legenda: AI- Avaliação Inicial; AF- Avaliação Final; D- Diagnóstico; ND- Não Demonstrado; M - Melhorado; D- Demonstrado

Diagrama de Fluxo do Cuidador Informal 1 (Adaptado de Fluxo de Diagrama CARE)

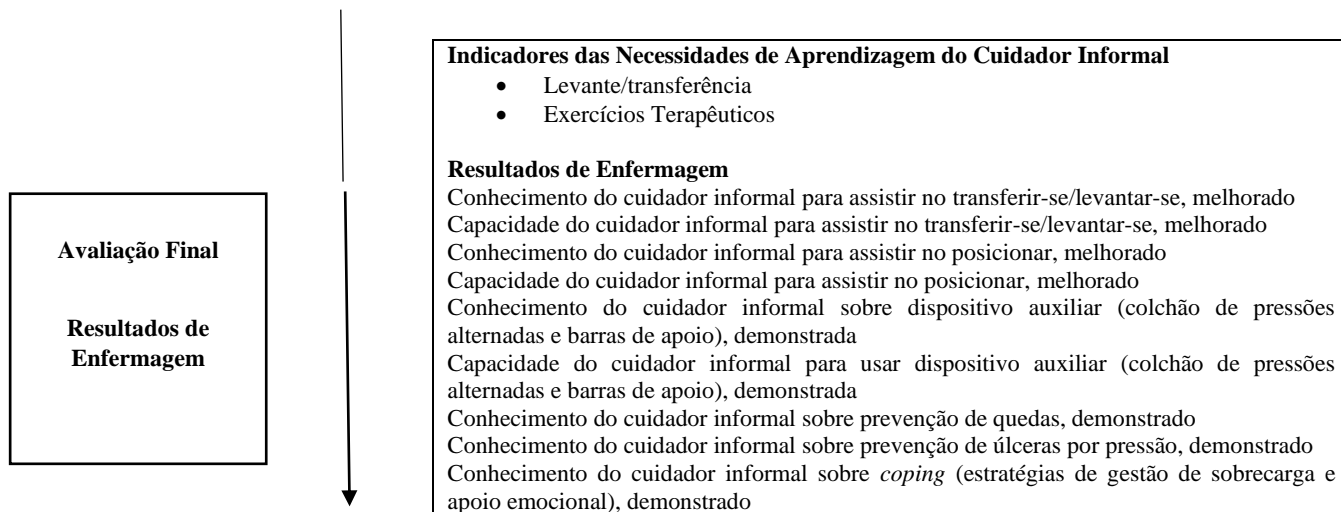
AVALIAÇÃO INICIAL DE ENFERMAGEM



INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- Avaliar o conhecimento do CI para assistir no transferir-se/levantar-se com recurso à NACI;
- Ensinar o CI sobre a técnica para assistir no levante/transferência;
- Ensinar o CI sobre a importância do levante/transferência;
- Ensinar o CI sobre prevenção de lesões musculoesqueléticas associadas ao transferir;
- Avaliar a capacidade do CI para assistir no transferir-se/levantar-se com recurso à NACI;
- Instruir/Treinar o CI para assistir no transferir-se/levantar-se através de demonstração;
- Treinar técnicas de assistir no transferir-se/levantar-se fornecendo apoio;
- Avaliar o conhecimento do CI para assistir no posicionar-se com recurso à NACI;
- Ensinar sobre a técnica para assistir no posicionar;
- Ensinar sobre dispositivo auxiliar para posicionar-se;
- Ensinar o CI acerca de prevenção de lesões musculoesqueléticas na técnica de posicionar;
- Avaliar a capacidade do CI para assistir no posicionar-se com recurso à NACI;
- Instruir/Treinar para o uso da técnica de posicionamento;
- Instruir sobre dispositivo auxiliar para posicionar-se;
- Instruir/Treinar o CI para a utilização de princípios de mecânica corporal para técnica de posicionamento;
- Avaliar o conhecimento do CI para gerir o regime medicamentoso (controlo da dor) com recurso à NACI;
- Ensinar sobre interações medicamentosas, efeitos desejados e secundários do regime medicamentoso;
- Ensinar sobre vias de administração de medicação;
- Avaliar a capacidade do CI para gerir o regime medicamentoso (controlo da dor) com recurso à NACI;
- Apoiar na gestão do regime medicamentoso;
- Instruir sobre vias de administração da medicação;
- Avaliar o conhecimento do CI para exercícios terapêuticos com recurso à NACI;
- Avaliar a capacidade do CI para exercícios terapêuticos com recurso à NACI;
- Instruir sobre técnicas de exercício muscular e articular através da demonstração;
- Treinar técnicas de exercício muscular e articular com supervisão;
- Avaliar o conhecimento do CI sobre produtos de apoio com recurso à NACI;
- Ensinar sobre dispositivo auxiliar (colchão de pressões alternadas e barras de apoio);
- Avaliar a capacidade do CI sobre produtos de apoio com recurso à NACI;
- Instruir sobre dispositivo auxiliar (colchão de pressões alternadas e barras de apoio);
- Treinar o uso de dispositivo auxiliar (colchão de pressões alternadas e barras de apoio);
- Avaliar o conhecimento do CI sobre prevenção de quedas com recurso à NACI;
- Ensinar o CI sobre adaptação do domicílio para prevenção de quedas;
- Ensinar o CI sobre complicações que podem resultar de uma queda;
- Avaliar o conhecimento do CI sobre prevenção de úlceras por pressão com recurso à NACI;
- Ensinar o CI a identificar alterações na pele da PC;
- Ensinar o CI sobre prevenção de úlceras por pressão (promover a mobilidade, alimentação adequada, hidratação, hidratação da pele e utilização de produtos de apoio);
- Ensinar sobre complicações derivadas de úlceras por pressão;
- Avaliar a sobrecarga do CI através da Escala de Sobrecarga de Zarit;
- Avaliar conhecimento do CI sobre *coping*, estratégias de gestão de sobrecarga e apoio emocional;
- Ensinar o CI sobre *coping*, estratégias de gestão de sobrecarga e apoio emocional;
- Promover *coping* efetivo;
- Promover a autoestima;
- Promover o apoio da família;
- Promover o papel de CI.

GANHOS EM SAÚDE, RESULTADOS DE ENFERMAGEM, AVALIAÇÃO FINAL



Apêndice IV - Díade 2

Pessoa Cuidada 2

Zona de residência:	Concelho de Évora
Idade:	59 anos
Género:	Masculino
Estado Civil:	Viúvo
Nível de Escolaridade:	6º ano
Peso:	70 Kg
Altura:	169 cm
Patologias:	<p>Motivo de Internamento: Infeção intra-abdominal/Peritonite bacteriana espontânea por carcinomatose em doente com Adenocarcinoma do pâncreas em doente sob quimioterapia com ascite de novo.</p> <p>Antecedentes Pessoais: Adenocarcinoma do pâncreas diagnosticado a 01/2021; Cardiopatia Isquémica; Dislipidemia; Colecistite aguda litiásica gangrenada-operado em 02/2021; Cirurgia Hérnia umbilical 2010 - recidiva e reoperada em 2017; Cirurgia ao joelho esquerdo.</p>

Cuidador Informal 2

Zona de residência:	Concelho de Évora
Idade:	48 anos

Género:	Feminino
Estado Civil:	Divorciada
Nível de Escolaridade:	7º ano
Peso:	89Kg
Altura:	152cm
Patologias:	Antecedentes Pessoais: Asma; Apneia do sono sob CPAP noturno; Hipertensão Arterial.

A Cuidadora Informal 2 é companheira da Pessoa Cuidada 2. Residem na mesma habitação juntamente com dois dos filhos da Pessoa Cuidada 2.

Instrumentos de Avaliação para a PC	25/01/2022	29/01/22
<i>Mini Mental State Examination (PC)</i>	30 Sem alterações cognitivas	12 Declínio Cognitivo
Índice de Barthel (PC)	75 Incapacidade Funcional Moderada	15 Incapacidade Funcional Grave
Escala de Lawton & Brody	1 Dependência Total	0 Dependência Total

Instrumentos de Avaliação para o CI		
NACI	25/01/22	29/01/22
<u>Alimentação</u>	25-49%	0-4%
<u>Levante/Transferência</u>	25-49%	5-24%
Comunicação	0-4%	0-4%

<u>Uso do Sanitário</u>	5-24%	0-4%
<u>Higiene</u>	5-24%	0-4%
Vestuário	0-4%	0-4%
<u>Eliminação Intestinal</u>	5-24%	0-4%
Eliminação Vesical	0-4%	0-4%
<u>Posicionamento</u>	25-49%	5-24%
<u>Marcha/Auxiliares de Marcha</u>	25-49%	25-49%
<u>Controlo da Dor</u>	50-95%	25-49%
<u>Exercícios Terapêuticos</u>	96-100%	25-49%
<u>Produtos de Apoio</u>	25-49%	0-4%
<u>Prevenção de Quedas</u>	25-49%	5-24%
<u>Prevenção de Úlceras por Pressão</u>	25-49%	5-24%
Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit	47 Sobrecarga Ligeira	47 Sobrecarga Ligeira

Questão:	Sim	Não
Conhece o Estatuto de Cuidador Informal?		X
Já solicitou o estatuto de Cuidador Informal?		X
Já foi reconhecido/a como Cuidador/a Informal?		X
Está em condições de ser reconhecido/a como Cuidador Informal?		X
Está fora do enquadramento legal e dos apoios ao cuidador Informal?	X	

Enunciado de Diagnóstico de Enfermagem/Resultado de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
<p>Conhecimento do cuidador informal para assistir no alimentar-se</p> <p>Diagnóstico: Potencial para melhorar o conhecimento do cuidador informal para assistir no alimentar-se</p> <p>Resultado: Conhecimento do cuidador informal para assistir no alimentar-se, demonstrado</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o conhecimento do CI para assistir no alimentar-se com recurso à NACI; -Ensinar o CI a alimentar (consistência, horário, temperatura e composição das refeições); - Ensinar CI sobre ingestão de líquidos; -Ensinar sobre posicionamento às refeições.
<p>Capacidade do cuidador informal para assistir no alimentar-se</p> <p>Diagnóstico: Potencial para melhorar a</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a capacidade do CI para assistir no alimentar-se com recurso à NACI; - Instruir/Treinar técnica de alimentação.

<p>capacidade do cuidador informal para assistir no alimentar-se</p> <p>Resultado: Capacidade do cuidador informal para assistir no alimentar-se, demonstrado</p>	
<p>Conhecimento do cuidador informal para assistir no transferir-se/levantar-se</p> <p>Diagnóstico: Potencial para melhorar o conhecimento do cuidador informal para assistir no transferir-se/levantar-se</p> <p>Resultado: Conhecimento do cuidador informal para assistir no transferir-se/levantar-se, melhorado</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o conhecimento do CI para assistir no transferir-se/levantar-se com recurso à NACI; - Ensinar o CI sobre a técnica para assistir no levante/transferência; - Ensinar o CI sobre a importância do levante/transferência; - Ensinar o CI sobre prevenção de lesões musculoesqueléticas associadas ao transferir.
<p>Capacidade do cuidador informal para assistir no transferir/levantar-se</p> <p>Diagnóstico: Potencial para melhorar a capacidade do cuidador informal para assistir no transferir-se/levantar-se</p> <p>Resultado: Capacidade do cuidador informal para assistir no transferir-se/levantar-se, melhorado</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a capacidade do CI para assistir no transferir-se/levantar-se com recurso à NACI; - Instruir/Treinar o CI para assistir no transferir-se/levantar-se através de demonstração; - Treinar técnicas de assistir no transferir-se/levantar-se fornecendo apoio.
<p>Conhecimento do cuidador informal sobre adaptação do domicílio para autocuidado: uso do sanitário</p> <p>Diagnóstico: Potencial para melhorar o conhecimento do cuidador informal sobre adaptação do domicílio para autocuidado: uso do sanitário</p> <p>Resultado: Conhecimento do cuidador informal sobre adaptação do domicílio para autocuidado: uso do sanitário, melhorado</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar conhecimento do CI para assistir no autocuidado: uso do sanitário com recurso à NACI; - Ensinar o CI como assistir a PC no usar sanitário.
<p>Conhecimento do cuidador informal para assistir no autocuidado: higiene</p> <p>Diagnóstico: Potencial para melhorar o conhecimento do cuidador informal para assistir no autocuidado: higiene</p> <p>Resultado: Conhecimento do cuidador informal para assistir no autocuidado: higiene, demonstrado</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar conhecimento do CI para assistir no autocuidado: higiene com recurso à NACI; - Ensinar o CI para assistir no banho.
<p>Capacidade do cuidador informal para assistir no autocuidado: higiene</p> <p>Diagnóstico: Potencial para melhorar a capacidade do cuidador informal para assistir no autocuidado: higiene</p> <p>Resultado: Capacidade do cuidador informal para assistir no autocuidado: higiene, demonstrado</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar capacidade do CI para assistir no autocuidado: higiene com recurso à NACI; - Instruir/ Treinar o CI para assistir no banho.

<p>Conhecimento do cuidador informal para assistir no posicionamento</p> <p>Diagnóstico: Potencial para melhorar o conhecimento do cuidador informal para assistir no posicionar</p> <p>Resultado: Conhecimento do cuidador informal para assistir no posicionar, melhorado</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o conhecimento do CI para assistir no posicionar se com recurso à NACI; - Ensinar sobre a técnica para assistir no posicionar (posicionamento que possibilite em segurança na alimentação, eliminação e a o relacionamento com a família); - Ensinar sobre dispositivo auxiliar para posicionar-se; - Ensinar o CI acerca de prevenção de lesões musculoesqueléticas na técnica de posicionar.
<p>Capacidade do cuidador informal para assistir no posicionamento</p> <p>Diagnóstico: Potencial para melhorar a capacidade do cuidador informal para assistir no posicionar</p> <p>Resultado: Capacidade do cuidador informal para assistir no posicionar, melhorado</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a capacidade do CI para assistir no posicionar se com recurso à NACI; -Instruir/Treinar para o uso da técnica de posicionamento (posicionamento que possibilite em segurança na alimentação, eliminação e a o relacionamento com a família); - Instruir sobre dispositivo auxiliar para posicionar-se; - Instruir/Treinar o CI para a utilização de princípios de mecânica corporal para técnica de posicionamento.
<p>Conhecimento do cuidador informal para gerir o regime medicamentoso (controlo da dor necessidade de uso de laxantes)</p> <p>Diagnóstico: Conhecimento do cuidador informal para gerir o regime medicamentoso (controlo da dor e necessidade de uso de laxantes), não demonstrado</p> <p>Resultado: Conhecimento do cuidador informal para gerir o regime medicamentoso (controlo da dor necessidade de uso de laxantes), melhorada</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o conhecimento do CI para gerir o regime medicamentoso (controlo da dor e uso de laxantes) com recurso à NACI; - Ensinar sobre interações medicamentosas, efeitos desejados e secundários do regime medicamentoso; - Ensinar sobre vias de administração de medicação; - Ensinar sobre medidas não farmacológicas.
<p>Capacidade do cuidador informal para gerir o regime medicamentoso (controlo da dor)</p> <p>Diagnóstico: Capacidade do cuidador informal para gerir o regime medicamentoso (controlo da dor e necessidade de uso de laxantes), não demonstrada</p> <p>Resultado: Capacidade do cuidador informal para gerir o regime medicamentoso (controlo da dor), melhorada</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a capacidade do CI para gerir o regime medicamentoso (controlo da dor e uso de laxantes) com recurso à NACI; - Apoiar na gestão do regime medicamentoso; - Instruir sobre vias de administração da medicação; -Instruir sobre medidas não farmacológicas par alívio da dor (posicionamento, massagem e mobilização).
<p>Conhecimento do cuidador informal para assistir no andar</p> <p>Diagnóstico: Potencial para melhorar o conhecimento do cuidador informal para assistir no andar</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar conhecimento do cuidador informal para assistir no andar com recurso à NACI; - Ensinar o CI para assistir no andar; - Ensinar o CI sobre calçado adequado para andar; - Ensinar sobre prevenção de quedas.

<p>Resultado: conhecimento do cuidador informal para assistir no andar, melhorado</p>	
<p>Capacidade do cuidador informal para assistir no andar Diagnóstico: Potencial para melhorar a capacidade do cuidador informal para assistir no andar Resultado: Capacidade do cuidador informal para assistir no andar, melhorada</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar capacidade do cuidador informal para assistir no andar com recurso à NACI; - Instruir/Treinar para assistir no andar.
<p>Conhecimento do cuidador informal sobre técnicas de exercícios muscular e articular Diagnóstico: Conhecimento do cuidador informal sobre técnicas de exercícios muscular e articular, não demonstrado Resultado: Conhecimento do cuidador informal sobre técnicas de exercícios muscular e articular, melhorado</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o conhecimento do CI para exercícios terapêuticos com recurso à NACI; - Ensinar sobre técnicas de exercício muscular e articular.
<p>Capacidade do cuidador informal para executar técnicas de exercício muscular e articular Diagnóstico: Capacidade do cuidador informal sobre técnicas de exercícios muscular e articular, não demonstrado Resultado: Capacidade do cuidador informal para executar técnicas de exercício muscular e articular, melhorada</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a capacidade do CI para exercícios terapêuticos com recurso à NACI; -Instruir sobre técnicas de exercício muscular e articular através da demonstração; - Treinar técnicas de exercício muscular e articular com supervisão.
<p>Conhecimento do cuidador informal sobre dispositivo auxiliar (urinol) Diagnóstico: Conhecimento do cuidador informal sobre dispositivo auxiliar (urinol), não demonstrada Resultado: Conhecimento do cuidador informal sobre dispositivo auxiliar (urinol), demonstrada</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o conhecimento do CI sobre produtos de apoio com recurso à NACI; - Ensinar sobre dispositivo auxiliar (urinol).
<p>Capacidade do cuidador informal para usar dispositivo auxiliar (urinol) Diagnóstico: Capacidade do cuidador informal para usar dispositivo auxiliar (urinol), não demonstrada Resultado: Capacidade do cuidador informal para usar dispositivo auxiliar (urinol), demonstrada</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a capacidade do CI sobre produtos de apoio com recurso à NACI; - Instruir sobre dispositivo auxiliar (urinol); - Treinar o uso de dispositivo auxiliar (urinol).

<p>Conhecimento do cuidador informal sobre prevenção de quedas</p> <p>Diagnóstico: Potencial para melhorar o conhecimento do cuidador informal sobre prevenção de quedas</p> <p>Resultado: Conhecimento do cuidador informal sobre prevenção de quedas, melhorado</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o conhecimento do CI sobre prevenção de quedas com recurso à NACI; - Ensinar o CI sobre adaptação do domicílio para prevenção de quedas; - Ensinar o CI sobre complicações que podem resultar de uma queda.
<p>Conhecimento do cuidador informal sobre prevenção de úlceras por pressão</p> <p>Diagnóstico: Potencial para melhorar o conhecimento do cuidador informal sobre prevenção de úlceras por pressão</p> <p>Resultado: Conhecimento do cuidador informal sobre prevenção de úlceras por pressão, melhorado</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o conhecimento do CI sobre prevenção de úlceras por pressão com recurso à NACI; - Ensinar o CI a identificar alterações na pele da PC; - Ensinar o CI sobre prevenção de úlceras por pressão (promover a mobilidade, alimentação adequada, hidratação, hidratação da pele e utilização de produtos de apoio) - Ensinar sobre complicações derivadas de úlceras por pressão.
<p>Conhecimento do cuidador informal sobre <i>coping</i> (estratégias de gestão de sobrecarga e apoio emocional)</p> <p>Diagnóstico: Potencial para melhorar conhecimento do cuidador informal sobre <i>coping</i></p> <p>Resultado: Conhecimento do cuidador informal sobre <i>coping</i> (estratégias de gestão de sobrecarga e apoio emocional), não demonstrado</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a sobrecarga do CI através da Escala de Sobrecarga de <i>Zarit</i>; - Avaliar conhecimento do CI sobre <i>coping</i>, estratégias de gestão de sobrecarga e apoio emocional; - Ensinar o CI sobre <i>coping</i>, estratégias de gestão de sobrecarga e apoio emocional; - Promover <i>coping</i> efetivo; - Promover a autoestima; - Promover o apoio da família; - Promover o papel de CI.

Resultados da avaliação das dimensões de conhecimento e aprendizagem dos Cuidador Informal 2

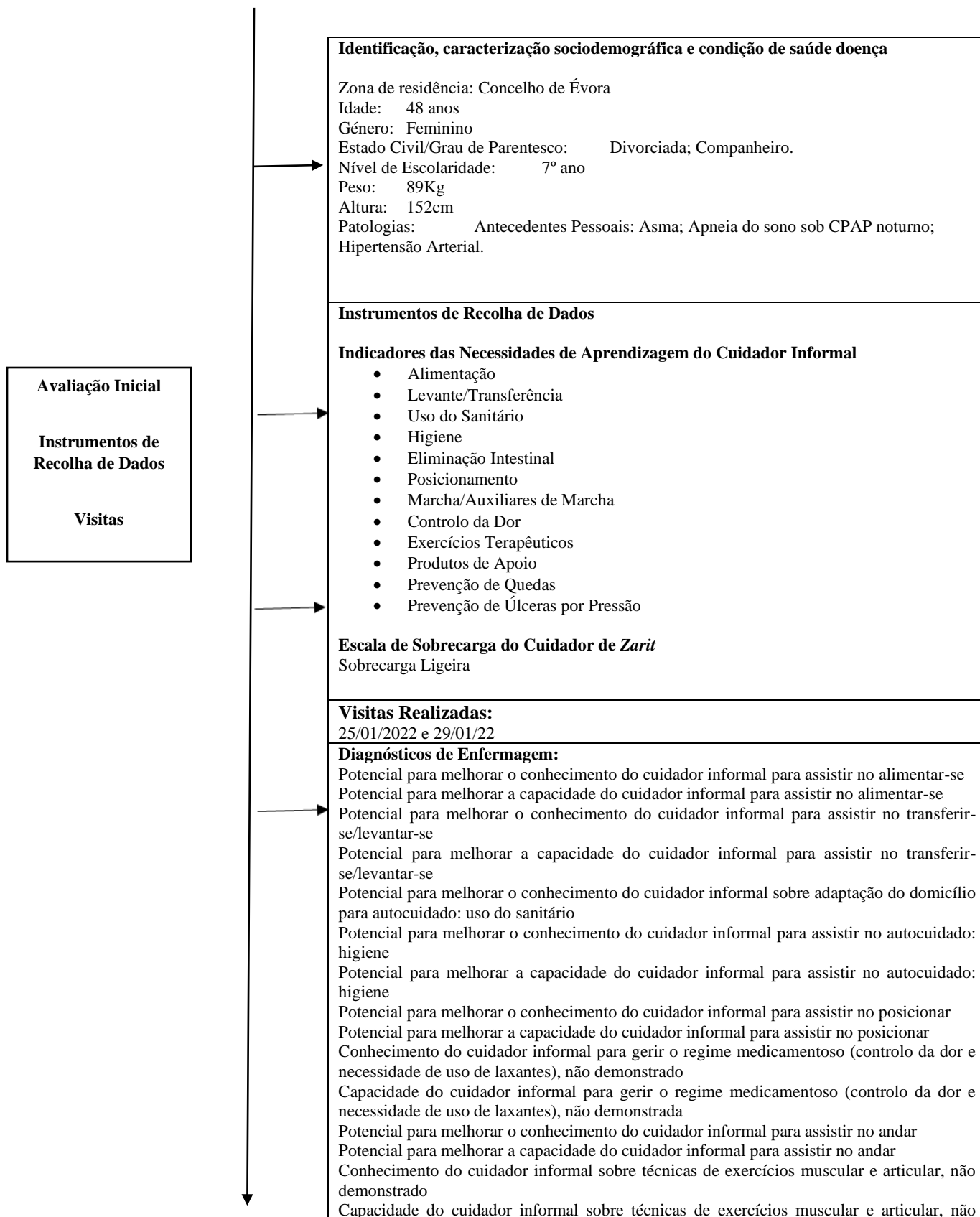
Diagnóstico de Enfermagem	AI	AF
D1 Conhecimento do cuidador informal para assistir no alimentar-se (consistência, horário, temperatura, composição das refeições)	ND	D
D2 Capacidade do cuidador informal para assistir no alimentar-se	ND	D
D3 Conhecimento do cuidador informal para assistir no transferir-se/levantar-se	ND	M
D4 Capacidade do cuidador informal para assistir no transferir/levantar-se	ND	M
D5 Conhecimento do cuidador informal sobre adaptação do domicílio para autocuidado: uso do sanitário	ND	D

D6 Conhecimento do cuidador informal para assistir no autocuidado: higiene	ND	D
D7 Capacidade do cuidador informal para assistir no autocuidado: higiene	ND	D
D8 Conhecimento do cuidador informal para gerir o regime medicamentoso (controlo da dor e necessidade de uso de laxantes)	ND	M
D9 Capacidade do cuidador informal para gerir o regime medicamentoso (controlo da dor e necessidade de uso de laxantes)	ND	M
D10 Conhecimento do cuidador informal para assistir no posicionamento	ND	M
D11 Capacidade do cuidador informal para assistir no posicionamento	ND	M
D12 Conhecimento do cuidador informal para assistir no andar	ND	M
D13 Capacidade do cuidador informal para assistir no andar	ND	M
D14 Conhecimento do cuidador informal sobre técnicas de exercícios muscular e articular	ND	M
D15 Capacidade do cuidador informal para executar técnicas de exercício muscular e articular	ND	M
D16 Conhecimento do cuidador informal sobre dispositivo auxiliar (urinol)	ND	D
D17 Capacidade do cuidador informal para usar dispositivo auxiliar (urinol)	ND	D
D 18 Conhecimento do cuidador informal sobre prevenção de quedas	ND	M
D19 Conhecimento do cuidador informal sobre prevenção de úlceras por pressão	ND	M
D20 Conhecimento do cuidador informal sobre <i>coping</i> (estratégias de gestão de sobrecarga e apoio emocional)	ND	ND

Legenda: AI- Avaliação Inicial; AF- Avaliação Final; D- Diagnóstico; ND- Não Demonstrado; M - Melhorado; D- Demonstrado

Diagrama de Fluxo do Cuidador Informal 2 (Adaptado de Fluxo de Diagrama CARE)

AVALIAÇÃO INICIAL DE ENFERMAGEM



demonstrado

Conhecimento do cuidador informal sobre dispositivo auxiliar (urinol), não demonstrada
Capacidade do cuidador informal para usar dispositivo auxiliar (urinol), não demonstrada
Potencial para melhorar o conhecimento do cuidador informal sobre prevenção de quedas por pressão
Potencial para melhorar conhecimento do cuidador informal sobre *coping*

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- Avaliar o conhecimento do CI para assistir no alimentar-se com recurso à NACI;
- Ensinar o CI a alimentar (consistência, horário, temperatura e composição das refeições);
- Ensinar CI sobre ingestão de líquidos;
- Ensinar sobre posicionamento às refeições;
- Avaliar a capacidade do CI para assistir no alimentar-se com recurso à NACI;
- Instruir/Treinar técnica de alimentação;
- Avaliar o conhecimento do CI para assistir no transferir-se/levantar-se com recurso à NACI;
- Ensinar o CI sobre a técnica para assistir no levante/transferência;
- Ensinar o CI sobre a importância do levante/transferência;
- Ensinar o CI sobre prevenção de lesões musculoesqueléticas associadas ao transferir;
- Avaliar a capacidade do CI para assistir no transferir-se/levantar-se com recurso à NACI;
- Instruir/Treinar o CI para assistir no transferir-se/levantar-se através de demonstração;
- Treinar técnicas de assistir no transferir-se/levantar-se fornecendo apoio;
- Avaliar conhecimento do CI para assistir no autocuidado: uso do sanitário com recurso à NACI;
- Ensinar o CI como assistir a PC no usar sanitário;
- Avaliar conhecimento do CI para assistir no autocuidado: higiene com recurso à NACI;
- Ensinar o CI para assistir no banho;
- Avaliar capacidade do CI para assistir no autocuidado: higiene com recurso à NACI;
- Instruir/ Treinar o CI para assistir no banho;
- Avaliar o conhecimento do CI para assistir no posicionar se com recurso à NACI;
- Ensinar sobre a técnica para assistir no posicionar (posicionamento que possibilite em segurança na alimentação, eliminação e a o relacionamento com a família);
- Ensinar sobre dispositivo auxiliar para posicionar-se;
- Ensinar o CI acerca de prevenção de lesões musculoesqueléticas na técnica de posicionar;
- Avaliar a capacidade do CI para assistir no posicionar se com recurso à NACI;
- Instruir/Treinar para o uso da técnica de posicionamento (posicionamento que possibilite em segurança na alimentação, eliminação e a o relacionamento com a família);
- Instruir sobre dispositivo auxiliar para posicionar-se;
- Instruir/Treinar o CI para a utilização de princípios de mecânica corporal para técnica de posicionamento;
- Avaliar o conhecimento do CI para gerir o regime medicamentoso (controlo da dor e uso de laxantes) com recurso à NACI;
- Ensinar sobre interações medicamentosas, efeitos desejados e secundários do regime medicamentoso;
- Ensinar sobre vias de administração de medicação;
- Ensinar sobre medidas não farmacológicas;
- Avaliar a capacidade do CI para gerir o regime medicamentoso (controlo da dor e uso de laxantes) com recurso à NACI;
- Apoiar na gestão do regime medicamentoso;
- Instruir sobre vias de administração da medicação;
- Instruir sobre medidas não farmacológicas par alívio da dor (posicionamento, massagem e mobilização);
- Avaliar conhecimento do cuidador informal para assistir no andar com recurso à NACI;
- Ensinar o CI para assistir no andar;
- Ensinar o CI sobre calçado adequado para andar;
- Ensinar sobre prevenção de quedas;
- Avaliar capacidade do cuidador informal para assistir no andar com recurso à NACI;
- Instruir/Treinar para assistir no andar.

- Avaliar o conhecimento do CI para exercícios terapêuticos com recurso à NACI;
- Ensinar sobre técnicas de exercício muscular e articular;
- Avaliar a capacidade do CI para exercícios terapêuticos com recurso à NACI;
- Instruir sobre técnicas de exercício muscular e articular através da demonstração;
- Treinar técnicas de exercício muscular e articular com supervisão;
- Avaliar o conhecimento do CI sobre produtos de apoio com recurso à NACI;
- Ensinar sobre dispositivo auxiliar (urinol);
- Avaliar a capacidade do CI sobre produtos de apoio com recurso à NACI;
- Instruir sobre dispositivo auxiliar (urinol);
- Treinar o uso de dispositivo auxiliar (urinol);
- Avaliar o conhecimento do CI sobre prevenção de quedas com recurso à NACI;
- Ensinar o CI sobre adaptação do domicílio para prevenção de quedas;
- Ensinar o CI sobre complicações que podem resultar de uma queda;
- Avaliar o conhecimento do CI sobre prevenção de úlceras por pressão com recurso à NACI;
- Ensinar o CI a identificar alterações na pele da PC;
- Ensinar o CI sobre prevenção de úlceras por pressão (promover a mobilidade, alimentação adequada, hidratação, hidratação da pele e utilização de produtos de apoio);
- Ensinar sobre complicações derivadas de úlceras por pressão;
- Avaliar a sobrecarga do CI através da Escala de Sobrecarga de Zarit;
- Avaliar conhecimento do CI sobre *coping*, estratégias de gestão de sobrecarga e apoio emocional;
- Ensinar o CI sobre *coping*, estratégias de gestão de sobrecarga e apoio emocional;
- Promover *coping* efetivo;
- Promover a autoestima;
- Promover o apoio da família;
- Promover o papel de CI.

GANHOS EM SAÚDE, RESULTADOS DE ENFERMAGEM, AVALIAÇÃO FINAL

Avaliação Final

Resultados de Enfermagem

Indicadores das Necessidades de Aprendizagem do Cuidador Informal

- Levante/Transferência
- Posicionamento
- Marcha/Auxiliares de Marcha
- Controlo da Dor
- Exercícios Terapêuticos
- Prevenção de Quedas
- Prevenção de Úlceras por Pressão

Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit

Sobrecarga Ligeira

Resultados de Enfermagem

Conhecimento do cuidador informal para assistir no alimentar-se, demonstrado

Capacidade do cuidador informal para assistir no alimentar-se, demonstrado

Conhecimento do cuidador informal para assistir no transferir-se/levantar-se, melhorado

Capacidade do cuidador informal para assistir no transferir-se/levantar-se, melhorado

Conhecimento do cuidador informal sobre adaptação do domicílio para autocuidado: uso do sanitário, melhorado

Conhecimento do cuidador informal para assistir no autocuidado: higiene, demonstrado

Capacidade do cuidador informal para assistir no autocuidado: higiene, demonstrado

Conhecimento do cuidador informal para assistir no posicionar, melhorado

Capacidade do cuidador informal para assistir no posicionar, melhorado


Conhecimento do cuidador informal para gerir o regime medicamentoso (controlo da dor necessidade de uso de laxantes), melhorada

Capacidade do cuidador informal para gerir o regime medicamentoso (controlo da dor), melhorada

Conhecimento do cuidador informal para assistir no andar, melhorado

Capacidade do cuidador informal para assistir no andar, melhorada

Conhecimento do cuidador informal sobre técnicas de exercícios muscular e articular, melhorado



Capacidade do cuidador informal para executar técnicas de exercício muscular e articular, melhorada
Conhecimento do cuidador informal sobre dispositivo auxiliar (urinol), demonstrada
Capacidade do cuidador informal para usar dispositivo auxiliar (urinol), demonstrada
Conhecimento do cuidador informal sobre prevenção de quedas, melhorado
Conhecimento do cuidador informal sobre prevenção de úlceras por pressão, melhorado
Conhecimento do cuidador informal sobre *coping* (estratégias de gestão de sobrecarga e apoio emocional), não demonstrado

Apêndice V - Díade 3

Pessoa Cuidada 3

Zona de residência:	Concelho de Viana do Alentejo
Idade:	96 anos
Género:	Masculino
Estado Civil:	Viúvo
Nível de Escolaridade:	Analfabeto
Peso:	55Kg
Altura:	169 cm
Patologias:	Motivo de Internamento: Pneumonia Adquirida na Comunidade; Divertículo do esófago de grandes dimensões com conteúdo alimentar; Delirium Hiperativo. Antecedentes Pessoais: Acidente Isquémico Transitório; Hipertensão Arterial; Dislipidemia; Fibrilhação Auricular; Anemia; Pneumonia em 2020 com suspeita de Neoplasia do Lobo Superior Direito (<i>Pancoast</i>).

Cuidador Informal 3

Zona de residência:	Concelho de Viana do Alentejo
Idade:	67 anos
Género:	Feminino
Estado Civil:	Viúva
Nível de Escolaridade:	4ª classe

Peso:	60Kg
Altura:	150cm
Patologias:	Antecedentes Pessoais: Osteoporose; Hipertensão Arterial; Intervenção Cirúrgica à tiróide; Colecistectomia.

A Cuidadora Informal 3 é filha da Pessoa Cuidada 3. Vivem na mesma propriedade em habitações diferentes.

Instrumentos de Avaliação para a PC	05/02/22	11/02/22	13/02/22
Elderly Nursing Core Set			
Score Geral de Funcionalidade	46.25%	43.75%	43%
Autocuidado	77%	70%	67%
Aprendizagem e Funções de Memória	15%	12%	12%
Comunicação	20%	20%	20%
Relação com os Amigos e Cuidadores	73%	73%	73%
Mini Mental State Examination	19 Sem alterações cognitivas	28 Sem alterações cognitivas	28 Sem alterações cognitivas
Índice de Barthel	30 Incapacidade Funcional Grave	40 Incapacidade Funcional Grave	40 Incapacidade Funcional Grave
Escala de Lawton & Brody	0 Dependência Total	0 Dependência Total	0 Dependência Total
Escala de Borg Modificada	5 Forte (em repouso)	3 Moderada (em repouso)	1 Muito leve (em repouso)
Escala London Chest Activity of Daily Living	Fica moderadamente com falta de ar a andar em casa e falar;	Não fica com falta de ar a andar em casa e falar; A respiração	Não fica com falta de ar a andar em casa e falar; A respiração

	A respiração prejudica muito as AVD.	prejudica um pouco as AVD.	prejudica um pouco as AVD.
--	--------------------------------------	----------------------------	----------------------------

Instrumentos de Avaliação para o CI			
NACI	05/02/22	11/02/22	13/02/22
<u>Alimentação</u>	25-49%	0-4%	0-4%
<u>Levante/Transferência</u>	25-49%	0-4%	0-4%
<u>Comunicação</u>	0-4%	0-4%	0-4%
<u>Uso do Sanitário</u>	25-49%	0-4%	0-4%
<u>Higiene</u>	25-49%	0-4%	0-4%
<u>Vestuário</u>	0-4%	0-4%	0-4%
<u>Eliminação Intestinal</u>	5-24%	0-4%	0-4%
<u>Eliminação Vesical</u>	25-49%	0-4%	0-4%
<u>Posicionamento</u>	25-49%	5-24%	0-4%
<u>Marcha/Auxiliares de Marcha</u>	25-49%	0-4%	0-4%
<u>Controlo da Dor</u>	5-24%	0-4%	0-4%
<u>Exercícios Terapêuticos</u>	50-95%	5-24%	0-4%
<u>Produtos de Apoio</u>	5-24%	0-4%	0-4%
<u>Prevenção de Quedas</u>	50-95%	25-49%	0-4%
<u>Prevenção de Úlceras por Pressão</u>	25-49%	5-24%	0-4%
Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit	47 Sobrecarga Ligeira	43 Sem Sobrecarga	37 Sem Sobrecarga

Questão:	Sim	Não
Conhece o Estatuto de Cuidador Informal?		X
Já solicitou o estatuto de Cuidador Informal?		X
Já foi reconhecido/a como Cuidador/a Informal?		X
Está em condições de ser reconhecido/a como Cuidador Informal?		X
Está fora do enquadramento legal e dos apoios ao cuidador Informal?	X	

Enunciado de Diagnóstico de Enfermagem/Resultado de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
<p>Conhecimento do cuidador informal para assistir no alimentar-se</p> <p>Diagnóstico: Potencial para melhorar o conhecimento do cuidador informal para assistir no alimentar-se</p> <p>Resultado: Conhecimento do cuidador informal para assistir no alimentar-se, demonstrado</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o conhecimento do CI para assistir no alimentar-se com recurso à NACI; - Ensinar o CI a alimentar (consistência, horário, temperatura e composição das refeições); - Ensinar CI sobre ingestão de líquidos; - Ensinar sobre posicionamento às refeições.
<p>Capacidade do cuidador informal para assistir no alimentar-se</p> <p>Diagnóstico: Potencial para melhorar a capacidade do cuidador informal para assistir no alimentar-se</p> <p>Resultado: Capacidade do cuidador informal para assistir no alimentar-se, demonstrado</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a capacidade do CI para assistir no alimentar-se com recurso à NACI; - Instruir/Treinar técnica de alimentação; - Incentivar o CI a permitir à PC para se alimentar (substituir apenas a PC no que esta não conseguir efetivamente fazer).
<p>Conhecimento do cuidador informal para assistir no transferir-se/levantar-se</p> <p>Diagnóstico: Potencial para melhorar o conhecimento do cuidador informal para assistir no transferir-se/levantar-se</p> <p>Resultado: Conhecimento do cuidador informal para assistir no transferir-se/levantar-se, demonstrado</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o conhecimento do CI para assistir no transferir-se/levantar-se com recurso à NACI; - Ensinar o CI sobre a técnica para assistir no levantar/transferência; - Ensinar o CI sobre a importância do levantar/transferência; - Ensinar o CI sobre prevenção de lesões musculoesqueléticas associadas ao transferir. - Fornecer material educativo (imagens construídas para a díade).
<p>Capacidade do cuidador informal para assistir no transferir/levantar-se</p> <p>Diagnóstico: Potencial para melhorar a capacidade do cuidador informal para assistir no transferir-se/levantar-se</p> <p>Resultado: Capacidade do cuidador informal para assistir no transferir-se/levantar-se, demonstrado</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a capacidade do CI para assistir no transferir-se/levantar-se com recurso à NACI; - Instruir/Treinar o CI para assistir no transferir-se/levantar-se através de demonstração; - Treinar técnicas de assistir no transferir-se/levantar-se fornecendo apoio.
<p>Conhecimento do cuidador informal sobre adaptação do domicílio para autocuidado: uso do sanitário</p> <p>Diagnóstico: Potencial para melhorar o conhecimento do cuidador informal sobre adaptação do domicílio para autocuidado: uso do sanitário</p> <p>Resultado: Conhecimento do cuidador informal</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar conhecimento do CI para assistir no autocuidado: uso do sanitário com recurso à NACI; - Ensinar o CI como assistir a PC no usar sanitário.

sobre adaptação do domicílio para autocuidado: uso do sanitário, demonstrado	
<p>Conhecimento do cuidador informal para assistir no autocuidado: higiene</p> <p>Diagnóstico: Potencial para melhorar o conhecimento do cuidador informal para assistir no autocuidado: higiene</p> <p>Resultado: Conhecimento do cuidador informal para assistir no autocuidado: higiene, demonstrado</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar conhecimento do CI para assistir no autocuidado: higiene com recurso à NACI; - Ensinar o CI para assistir no banho.
<p>Capacidade do cuidador informal para assistir no autocuidado: higiene</p> <p>Diagnóstico: Potencial para melhorar a capacidade do cuidador informal para assistir no autocuidado: higiene</p> <p>Resultado: Capacidade do cuidador informal para assistir no autocuidado: higiene, demonstrado</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar capacidade do CI para assistir no autocuidado: higiene com recurso à NACI; - Instruir/ Treinar o CI para assistir no banho.
<p>Conhecimento do cuidador informal para autocontrolo: continência intestinal</p> <p>Diagnóstico: Potencial para melhorar o conhecimento do cuidador informal para autocontrolo: continência intestinal</p> <p>Resultado: Conhecimento do cuidador informal para autocontrolo: continência intestinal, demonstrado</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar conhecimento do cuidador informal para autocontrolo: continência intestinal com recurso à NACI; - Ensinar o CI sobre massagem do abdómen; - Ensinar sobre técnica de treino intestinal.
<p>Conhecimento do cuidador informal para autocontrolo: continência vesical</p> <p>Diagnóstico: Potencial para melhorar o conhecimento do cuidador informal para autocontrolo: continência vesical</p> <p>Resultado: Conhecimento do cuidador informal para autocontrolo: continência vesical, demonstrado</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar conhecimento do cuidador informal para autocontrolo: continência vesical com recurso à NACI; - Ensinar sobre eliminação urinária antes do sono; - Ensinar a monitorizar eliminação urinária; - Ensinar a planear a ingestão de líquidos.
<p>Conhecimento do cuidador informal para assistir no posicionamento</p> <p>Diagnóstico: Potencial para melhorar o conhecimento do cuidador informal para assistir no posicionar</p> <p>Resultado: Conhecimento do cuidador informal para assistir no posicionar, demonstrado</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o conhecimento do CI para assistir no posicionar se com recurso à NACI; - Ensinar sobre a técnica para assistir no posicionar - Ensinar sobre dispositivo auxiliar para posicionar-se; - Ensinar o CI acerca de prevenção de lesões musculoesqueléticas na técnica de posicionar. - Fornecer material educativo (imagens construídas para a díade).
Capacidade do cuidador informal para assistir no posicionamento	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a capacidade do CI para assistir no posicionar se com recurso à NACI;

<p>Diagnóstico: Potencial para melhorar a capacidade do cuidador informal para assistir no posicionar</p> <p>Resultado: Capacidade do cuidador informal para assistir no posicionar, demonstrado</p>	<p>-Instruir/Treinar para o uso da técnica de posicionamento;</p> <p>- Instruir sobre dispositivo auxiliar para posicionar-se;</p> <p>- Instruir/Treinar o CI para a utilização de princípios de mecânica corporal para técnica de posicionamento.</p>
<p>Conhecimento do cuidador informal para gerir o regime medicamentoso (controlo da dor)</p> <p>Diagnóstico: Conhecimento do cuidador informal para gerir o regime medicamentoso (controlo da dor), não demonstrado</p> <p>Resultado: Conhecimento do cuidador informal para gerir o regime medicamentoso (controlo da dor), demonstrada</p>	<p>- Avaliar o conhecimento do CI para gerir o regime medicamentoso (controlo da dor) com recurso à NACI;</p> <p>- Ensinar sobre interações medicamentosas, efeitos desejados e secundários do regime medicamentoso;</p> <p>- Ensinar sobre vias de administração de medicação.</p>
<p>Capacidade do cuidador informal para gerir o regime medicamentoso (controlo da dor)</p> <p>Diagnóstico: Capacidade do cuidador informal para gerir o regime medicamentoso (controlo da dor), não demonstrada</p> <p>Resultado: Capacidade do cuidador informal para gerir o regime medicamentoso (controlo da dor), demonstrada</p>	<p>- Avaliar a capacidade do CI para gerir o regime medicamentoso (controlo da dor) com recurso à NACI;</p> <p>- Apoiar na gestão do regime medicamentoso;</p> <p>- Instruir sobre vias de administração da medicação.</p>
<p>Conhecimento do cuidador informal para assistir no andar com auxiliar de marcha (andarilho)</p> <p>Diagnóstico: Potencial para melhorar o conhecimento do cuidador informal para assistir no andar</p> <p>Resultado: Conhecimento do cuidador informal para assistir no andar, demonstrada</p>	<p>- Avaliar conhecimento do cuidador informal para assistir no andar com auxiliar de marcha (andarilho) com recurso à NACI;</p> <p>- Ensinar o CI para assistir no andar;</p> <p>- Ensinar o CI sobre calçado adequado para andar;</p> <p>- Ensinar sobre prevenção de quedas.</p>
<p>Capacidade do cuidador informal para assistir no andar com auxiliar de marcha (andarilho)</p> <p>Diagnóstico: Potencial para melhorar a capacidade do cuidador informal para assistir no andar</p> <p>Resultado: Capacidade do cuidador informal para assistir no andar, demonstrada</p>	<p>- Avaliar capacidade do cuidador informal para assistir no andar com auxiliar de marcha (andarilho) com recurso à NACI;</p> <p>- Instruir/Treinar para assistir no andar.</p>
<p>Conhecimento do cuidador informal sobre técnicas de exercícios muscular e articular</p> <p>Diagnóstico: Conhecimento do cuidador informal sobre técnicas de exercícios muscular e articular, não demonstrado</p>	<p>- Avaliar o conhecimento do CI para exercícios terapêuticos com recurso à NACI;</p> <p>- Ensinar sobre técnicas de exercício muscular e articular.</p>

<p>Resultado: Conhecimento do cuidador informal sobre técnicas de exercícios muscular e articular, demonstrada</p>	
<p>Capacidade do cuidador informal para executar técnicas de exercício muscular e articular Diagnóstico: Capacidade do cuidador informal sobre técnicas de exercícios muscular e articular, não demonstrado</p> <p>Resultado: Capacidade do cuidador informal para executar técnicas de exercício muscular e articular, demonstrada</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a capacidade do CI para exercícios terapêuticos com recurso à NACI; -Instruir sobre técnicas de exercício muscular e articular através da demonstração; - Treinar técnicas de exercício muscular e articular com supervisão.
<p>Conhecimento do cuidador informal sobre dispositivo auxiliar (urinol e andariço) Diagnóstico: Conhecimento do cuidador informal sobre dispositivo auxiliar (urinol e andariço), não demonstrada</p> <p>Resultado: Conhecimento do cuidador informal sobre dispositivo auxiliar (urinol), demonstrada</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o conhecimento do CI sobre produtos de apoio com recurso à NACI; - Ensinar sobre dispositivo auxiliar (urinol e andariço).
<p>Capacidade do cuidador informal para usar dispositivo auxiliar (urinol e andariço) Diagnóstico: Capacidade do cuidador informal para usar dispositivo auxiliar (urinol e andariço), não demonstrada</p> <p>Resultado: Capacidade do cuidador informal para usar dispositivo auxiliar (urinol e andariço), demonstrada</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a capacidade do CI sobre produtos de apoio com recurso à NACI; - Instruir sobre dispositivo auxiliar (urinol e andariço); - Treinar o uso de dispositivo auxiliar (urinol e andariço).
<p>Conhecimento do cuidador informal sobre prevenção de quedas Diagnóstico: Conhecimento do cuidador informal sobre prevenção de quedas, não demonstrado</p> <p>Resultado: Conhecimento do cuidador informal sobre prevenção de quedas, melhorado</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o conhecimento do CI sobre prevenção de quedas com recurso à NACI; - Ensinar o CI sobre adaptação do domicílio para prevenção de quedas; - Ensinar o CI sobre complicações que podem resultar de uma queda.
<p>Conhecimento do cuidador informal sobre prevenção de úlceras por pressão Diagnóstico: Potencial para melhorar o conhecimento do cuidador informal sobre prevenção de úlceras por pressão</p> <p>Resultado: Conhecimento do cuidador informal sobre prevenção de úlceras por pressão, melhorado</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o conhecimento do CI sobre prevenção de úlceras por pressão com recurso à NACI; - Ensinar o CI a identificar alterações na pele da PC; - Ensinar o CI sobre prevenção de úlceras por pressão (promover a mobilidade, alimentação adequada, hidratação, hidratação da pele e utilização de produtos de apoio) - Ensinar sobre complicações derivadas de úlceras

	por pressão.
<p>Conhecimento do cuidador informal sobre <i>coping</i> (estratégias de gestão de sobrecarga e apoio emocional)</p> <p>Diagnóstico: Potencial para melhorar conhecimento do cuidador informal sobre <i>coping</i></p> <p>Resultado: Conhecimento do cuidador informal sobre <i>coping</i> (estratégias de gestão de sobrecarga e apoio emocional), demonstrada</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a sobrecarga do CI através da Escala de Sobrecarga de Zarit; - Avaliar conhecimento do CI sobre <i>coping</i>, estratégias de gestão de sobrecarga e apoio emocional; - Ensinar o CI sobre <i>coping</i>, estratégias de gestão de sobrecarga e apoio emocional; - Promover <i>coping</i> efetivo; - Promover a autoestima; - Promover o apoio da família; - Promover o papel de CI.

**Resultados da avaliação das dimensões de conhecimento e aprendizagem dos
Cuidador Informal 3**

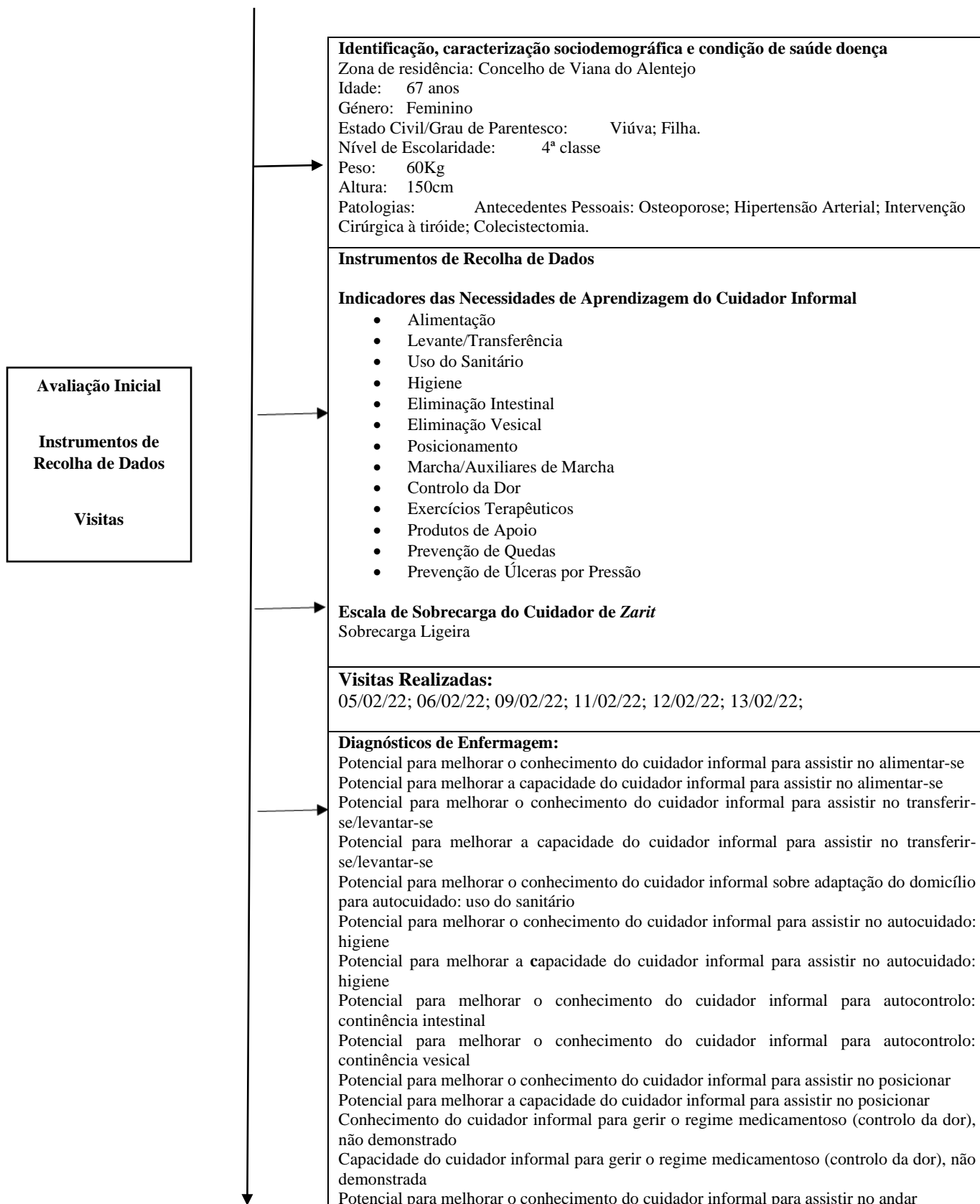
Diagnóstico de Enfermagem	AI	AF
D1 Conhecimento do cuidador informal para assistir no alimentar-se (consistência, horário, temperatura, composição das refeições)	ND	D
D2 Capacidade do cuidador informal para assistir no alimentar-se	ND	D
D3 Conhecimento do cuidador informal para assistir no transferir-se/levantar-se	ND	D
D4 Capacidade do cuidador informal para assistir no transferir/levantar-se	ND	D
D5 Conhecimento do cuidador informal sobre adaptação do domicílio para autocuidado: uso do sanitário	ND	D
D6 Conhecimento do cuidador informal para assistir no autocuidado: higiene	ND	D
D7 Capacidade do cuidador informal para assistir no autocuidado: higiene	ND	D
D8 Conhecimento do cuidador informal para autocontrole: continência intestinal	ND	D
D9 Conhecimento do cuidador informal para autocontrole: continência vesical	ND	D
D10 Conhecimento do cuidador informal para assistir no posicionamento	ND	D
D11 Capacidade do cuidador informal para assistir no posicionamento	ND	D

D12 Conhecimento do cuidador informal para assistir no andar com auxiliar de marcha (andarilho)	ND	D
D13 Capacidade do cuidador informal para assistir no andar com auxiliar de marcha (andarilho)	ND	D
D14 Conhecimento do cuidador informal para gerir o regime medicamentoso (controlo da dor)	ND	D
D15 Capacidade do cuidador informal para gerir o regime medicamentoso (controlo da dor)	ND	D
D16 Conhecimento do cuidador informal sobre técnicas de exercícios muscular e articular	ND	D
D17 Capacidade do cuidador informal para executar técnicas de exercício muscular e articular	ND	D
D18 Conhecimento do cuidador informal sobre dispositivo auxiliar (urinol e andarilho)	ND	D
D19 Capacidade do cuidador informal para usar dispositivo auxiliar (urinol e andarilho)	ND	D
D 20 Conhecimento do cuidador informal sobre prevenção de quedas	ND	D
D 21 Conhecimento do cuidador informal sobre prevenção de úlceras por pressão	ND	D
D22 Conhecimento do cuidador informal sobre <i>coping</i> (estratégias de gestão de sobrecarga e apoio emocional)	ND	D

Legenda: AI- Avaliação Inicial; AF- Avaliação Final; D- Diagnóstico; ND- Não Demonstrado; M - Melhorado; D- Demonstrado

Diagrama de Fluxo do Cuidador Informal 3 (Adaptado de Fluxo de Diagrama CARE)

AVALIAÇÃO INICIAL DE ENFERMAGEM



Potencial para melhorar a capacidade do cuidador informal para assistir no andar
 Conhecimento do cuidador informal sobre técnicas de exercícios muscular e articular, não demonstrado
 Capacidade do cuidador informal sobre técnicas de exercícios muscular e articular, não demonstrado
 Conhecimento do cuidador informal sobre dispositivo auxiliar (urinol e andarião), não demonstrada
 Capacidade do cuidador informal para usar dispositivo auxiliar (urinol e andarião), não demonstrada
 Conhecimento do cuidador informal sobre prevenção de quedas, não demonstrado
 Potencial para melhorar o conhecimento do cuidador informal sobre prevenção de úlceras por pressão
 Potencial para melhorar conhecimento do cuidador informal sobre *coping*

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- Avaliar o conhecimento do CI para assistir no alimentar-se com recurso à NACI;
- Ensinar o CI a alimentar (consistência, horário, temperatura e composição das refeições);
- Ensinar CI sobre ingestão de líquidos;
- Ensinar sobre posicionamento às refeições.
- Avaliar a capacidade do CI para assistir no alimentar-se com recurso à NACI;
- Instruir/Treinar técnica de alimentação;
- Incentivar o CI a permitir à PC para se alimentar (substituir apenas a PC no que esta não conseguir efetivamente fazer);
- Avaliar o conhecimento do CI para assistir no transferir-se/levantar-se com recurso à NACI;
- Ensinar o CI sobre a técnica para assistir no levante/transferência;
- Ensinar o CI sobre a importância do levante/transferência;
- Ensinar o CI sobre prevenção de lesões musculoesqueléticas associadas ao transferir.
- Fornecer material educativo (imagens construídas para a díade);
- Avaliar a capacidade do CI para assistir no transferir-se/levantar-se com recurso à NACI;
- Instruir/Treinar o CI para assistir no transferir-se/levantar-se através de demonstração;
- Treinar técnicas de assistir no transferir-se/levantar-se fornecendo apoio;
- Avaliar conhecimento do CI para assistir no autocuidado: uso do sanitário com recurso à NACI;
- Ensinar o CI como assistir a PC no usar sanitário;
- Avaliar conhecimento do CI para assistir no autocuidado: higiene com recurso à NACI;
- Ensinar o CI para assistir no banho.
- Avaliar capacidade do CI para assistir no autocuidado: higiene com recurso à NACI;
- Instruir/ Treinar o CI para assistir no banho;
- Avaliar conhecimento do cuidador informal para autocontrolo: continência intestinal com recurso à NACI;
- Ensinar o CI sobre massagem do abdómen;
- Ensinar sobre técnica de treino intestinal;
- Avaliar conhecimento do cuidador informal para autocontrolo: continência vesical com recurso à NACI;
- Ensinar sobre eliminação urinária antes do sono;
- Ensinar a monitorizar eliminação urinária;
- Ensinar a planear a ingestão de líquidos;
- Avaliar o conhecimento do CI para assistir no posicionar se com recurso à NACI;
- Ensinar sobre a técnica para assistir no posicionar
- Ensinar sobre dispositivo auxiliar para posicionar-se;
- Ensinar o CI acerca de prevenção de lesões musculoesqueléticas na técnica de posicionar.
- Fornecer material educativo (imagens construídas para a díade);
- Avaliar a capacidade do CI para assistir no posicionar se com recurso à NACI;
- Instruir/Treinar para o uso da técnica de posicionamento;
- Instruir sobre dispositivo auxiliar para posicionar-se;
- Instruir/Treinar o CI para a utilização de princípios de mecânica corporal para técnica de posicionamento;
- Avaliar o conhecimento do CI para gerir o regime medicamentoso (controlo da dor) com

- recurso à NACI;
- Ensinar sobre interações medicamentosas, efeitos desejados e secundários do regime medicamentoso;
- Ensinar sobre vias de administração de medicação;
- Avaliar a capacidade do CI para gerir o regime medicamentoso (controlo da dor) com recurso à NACI;
- Apoiar na gestão do regime medicamentoso;
- Instruir sobre vias de administração da medicação;
- Avaliar conhecimento do cuidador informal para assistir no andar com auxiliar de marcha (andarilho) com recurso à NACI;
- Ensinar o CI para assistir no andar;
- Ensinar o CI sobre calçado adequado para andar;
- Ensinar sobre prevenção de quedas;
- Avaliar capacidade do cuidador informal para assistir no andar com auxiliar de marcha (andarilho) com recurso à NACI;
- Instruir/Treinar para assistir no andar;
- Avaliar o conhecimento do CI para exercícios terapêuticos com recurso à NACI;
- Ensinar sobre técnicas de exercício muscular e articular;
- Avaliar a capacidade do CI para exercícios terapêuticos com recurso à NACI;
- Instruir sobre técnicas de exercício muscular e articular através da demonstração;
- Treinar técnicas de exercício muscular e articular com supervisão;
- Avaliar o conhecimento do CI sobre produtos de apoio com recurso à NACI;
- Ensinar sobre dispositivo auxiliar (urinol e andarilho);
- Avaliar a capacidade do CI sobre produtos de apoio com recurso à NACI;
- Instruir sobre dispositivo auxiliar (urinol e andarilho);
- Treinar o uso de dispositivo auxiliar (urinol e andarilho);
- Avaliar o conhecimento do CI sobre prevenção de quedas com recurso à NACI;
- Ensinar o CI sobre adaptação do domicílio para prevenção de quedas;
- Ensinar o CI sobre complicações que podem resultar de uma queda;
- Avaliar o conhecimento do CI sobre prevenção de úlceras por pressão com recurso à NACI;
- Ensinar o CI a identificar alterações na pele da PC;
- Ensinar o CI sobre prevenção de úlceras por pressão (promover a mobilidade, alimentação adequada, hidratação, hidratação da pele e utilização de produtos de apoio);
- Ensinar sobre complicações derivadas de úlceras por pressão;
- Avaliar a sobrecarga do CI através da Escala de Sobrecarga de Zarit;
- Avaliar conhecimento do CI sobre *coping*, estratégias de gestão de sobrecarga e apoio emocional;
- Ensinar o CI sobre *coping*, estratégias de gestão de sobrecarga e apoio emocional;
- Promover *coping* efetivo;
- Promover a autoestima;
- Promover o apoio da família;
- Promover o papel de CI.

GANHOS EM SAÚDE, RESULTADOS DE ENFERMAGEM, AVALIAÇÃO FINAL

Avaliação Final

Resultados de Enfermagem

Indicadores das Necessidades de Aprendizagem do Cuidador Informal

Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit
Sem Sobrecarga

Resultados de Enfermagem

Conhecimento do cuidador informal para assistir no alimentar-se, demonstrado

Capacidade do cuidador informal para assistir no alimentar-se, demonstrado


Conhecimento do cuidador informal para assistir no transferir-se/levantar-se, demonstrado

Capacidade do cuidador informal para assistir no transferir-se/levantar-se, demonstrado

Conhecimento do cuidador informal sobre adaptação do domicílio para autocuidado: uso do sanitário, demonstrado

Conhecimento do cuidador informal para assistir no autocuidado: higiene, demonstrado

Capacidade do cuidador informal para assistir no autocuidado: higiene, demonstrado



Conhecimento do cuidador informal para autocontrolo: continência intestinal, demonstrado
Conhecimento do cuidador informal para autocontrolo: continência vesical, demonstrado
Conhecimento do cuidador informal para assistir no posicionar, demonstrado
Capacidade do cuidador informal para assistir no posicionar, demonstrado
Conhecimento do cuidador informal para gerir o regime medicamentoso (controlo da dor), demonstrada
Capacidade do cuidador informal para gerir o regime medicamentoso (controlo da dor), demonstrada
Conhecimento do cuidador informal para assistir no andar, demonstrada
Capacidade do cuidador informal para assistir no andar, demonstrada
Conhecimento do cuidador informal sobre técnicas de exercícios muscular e articular, demonstrada
Capacidade do cuidador informal para executar técnicas de exercício muscular e articular, demonstrada
Conhecimento do cuidador informal sobre dispositivo auxiliar (urinol), demonstrada
Capacidade do cuidador informal para usar dispositivo auxiliar (urinol e andarilho), demonstrada
Conhecimento do cuidador informal sobre prevenção de quedas, melhorado
Conhecimento do cuidador informal sobre prevenção de úlceras por pressão, melhorado
Conhecimento do cuidador informal sobre *coping* (estratégias de gestão de sobrecarga e apoio emocional), demonstrada

Apêndice VI - Díade 4

Pessoa Cuidada 4

Zona de residência:	Concelho de Évora
Idade:	79 anos
Género:	Masculino
Estado Civil:	Casado
Nível de Escolaridade:	6º ano
Peso:	_____
Altura:	_____
Patologias:	Motivo de Internamento: Insuficiência Cardíaca Descompensada; Infecção Respiratória Hipoxemiante. Antecedentes Pessoais: Insuficiência Cardíaca Descompensada por Infecção Respiratória com incumprimento terapêutico; Hiponatremia Ligeira; Hipocoagulado; Portador de Pacemaker; Hipertensão Arterial; Diabetes <i>Mellitus</i> II; Dislipidémia; Obesidade; Síndrome de Apneia do Sono; Demência Ligeira.

Cuidador Informal 4

Zona de residência:	Concelho de Évora
Idade:	73 anos
Género:	Feminino
Estado Civil:	Casada

Nível de Escolaridade:	9ºano
Peso:	80Kg
Altura:	158cm
Patologias:	Antecedentes Pessoais: Diabetes <i>Mellitus</i> II; Hipertensão Arterial; Neoplasia da mama com tumorectomia com esvaziamento axilar; Colectomia; Catarata congénita no olho esquerdo; Síndrome do cólon irritável; Síndrome Vertiginoso; Depressão; Estenose Lombar.

A Cuidadora Informal 4 é esposa da Pessoa Cuidada 4. Residem na mesma habitação.

Instrumentos de Avaliação para a PC	21/02/22	24/02/22	27/02/22
Elderly Nursing Core Set			
Score Geral de Funcionalidade	39.5%	36.25%	34.5%
Autocuidado	53%	42%	32%
Aprendizagem e Funções de Memória	12%	10%	10%
Comunicação	20%	20%	20%
Relação com os Amigos e Cuidadores	73%	73%	73%
Mini Mental State Examination	28 Sem alterações cognitivas	30 Sem alterações cognitivas	30 Sem alterações cognitivas
Índice de Barthel	55 Incapacidade Funcional Moderada	60 Incapacidade Funcional Moderada	85 Incapacidade Funcional Moderada
Escala de Lawton & Brody	1 Dependência Total	1 Dependência Total	2 Dependência Grave

Escala de Borg Modificada	1 Muito leve (em repouso)	1 Muito leve (em repouso)	1 Muito leve (em repouso)
Escala <i>London Chest Activity of Daily Living</i>	Não pode enxaguar-se, vestir a parte superior do tronco, calçar os sapatos/meias e lavar a cabeça; Fica moderadamente com falta de ar a andar em casa e falar; A respiração prejudica pouco as AVD.	Fica moderadamente com falta de ar enxaguar-se, vestir a parte superior do tronco, calçar os sapatos/meias e lavar a cabeça; Não fica com falta de ar a andar em casa e falar; A respiração prejudica um pouco as AVD.	Fica moderadamente com falta de ar enxaguar-se, vestir a parte superior do tronco, calçar os sapatos/meias e lavar a cabeça; Não fica com falta de ar a andar em casa e falar; A respiração prejudica um pouco as AVD.

Instrumentos de Avaliação para o CI			
NACI	21/02/22	24/02/22	27/02/22
<u>Alimentação</u>	50-95%	25-49%	5-24%
<u>Levante/Transferência</u>	50-95%	25-49%	0-4%
<u>Comunicação</u>	0-4%	0-4%	0-4%
<u>Uso do Sanitário</u>	50-95%	5-24%	0-4%
<u>Higiene</u>	50-95%	5-24%	0-4%
<u>Vestuário</u>	25-49%	0-4%	0-4%
<u>Eliminação Intestinal</u>	25-49%	0-4%	0-4%
<u>Eliminação Vesical</u>	25-49%	0-4%	0-4%

<u>Posicionamento</u>	50-95%	25-49%	0-4%
<u>Marcha/Auxiliares de Marcha</u>	50-95%	5-24%	0-4%
<u>Controlo da Dor</u>	25-49%	0-4%	0-4%
<u>Exercícios Terapêuticos</u>	96-100%	25-49%	5-24%
<u>Produtos de Apoio</u>	96-100%	25-49%	0-4%
<u>Prevenção de Quedas</u>	50-95%	25-49%	0-4%
<u>Prevenção de Úlceras por Pressão</u>	50-95%	25-49%	0-4%
Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit	47 Sobrecarga Ligeira	47 Sobrecarga Ligeira	35 Sem Sobrecarga

Questão:	Sim	Não
Conhece o Estatuto de Cuidador Informal?		X
Já solicitou o estatuto de Cuidador Informal?		X
Já foi reconhecido/a como Cuidador/a Informal?		X
Está em condições de ser reconhecido/a como Cuidador Informal?		X
Está fora do enquadramento legal e dos apoios ao cuidador Informal?	X	

Enunciado de Diagnóstico de Enfermagem/Resultado de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
<p>Conhecimento do cuidador informal para assistir no alimentar-se Diagnóstico: Conhecimento do cuidador informal para assistir no alimentar-se, não demonstrado Resultado: Conhecimento do cuidador informal para assistir no alimentar-se, melhorado</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o conhecimento do CI para assistir no alimentar-se com recurso à NACI; - Ensinar o CI a alimentar (horário e composição das refeições tendo em conta a Diabetes <i>Mellitus</i>); - Ensinar CI sobre ingestão de líquidos.
<p>Capacidade do cuidador informal para assistir no alimentar-se Diagnóstico: Capacidade do cuidador informal para assistir no alimentar-se, não demonstrado Resultado: Capacidade do cuidador informal para assistir no alimentar-se, melhorado</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a capacidade do CI para assistir no alimentar-se com recurso à NACI; - Instruir/Treinar técnica de alimentação; - Incentivar o CI a permitir à PC para se alimentar (substituir apenas a PC no que esta não conseguir efetivamente fazer).
<p>Conhecimento do cuidador informal para assistir no transferir-se/levantar-se Diagnóstico: Conhecimento do cuidador informal para assistir no transferir-se/levantar-se, não demonstrado</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o conhecimento do CI para assistir no transferir-se/levantar-se com recurso à NACI; - Ensinar o CI sobre a técnica para assistir no levante/transferência; - Ensinar o CI sobre a importância do

<p>Resultado: Conhecimento do cuidador informal para assistir no transferir-se/levantar-se, demonstrado</p>	<p>levante/transferência; - Ensinar o CI sobre prevenção de lesões musculoesqueléticas associadas ao transferir. - Fornecer material educativo (imagens construídas para a díade).</p>
<p>Capacidade do cuidador informal para assistir no transferir/levantar-se Diagnóstico: Capacidade do cuidador informal para assistir no transferir-se/levantar-se, não demonstrado Resultado: Capacidade do cuidador informal para assistir no transferir-se/levantar-se, demonstrado</p>	<p>- Avaliar a capacidade do CI para assistir no transferir-se/levantar-se com recurso à NACI; - Instruir/Treinar o CI para assistir no transferir-se/levantar-se através de demonstração; - Treinar técnicas de assistir no transferir-se/levantar-se fornecendo apoio.</p>
<p>Conhecimento do cuidador informal sobre adaptação do domicílio para autocuidado: uso do sanitário Diagnóstico: Conhecimento do cuidador informal sobre adaptação do domicílio para autocuidado: uso do sanitário, não demonstrado Resultado: Conhecimento do cuidador informal sobre adaptação do domicílio para autocuidado: uso do sanitário, demonstrado</p>	<p>- Avaliar conhecimento do CI para assistir no autocuidado: uso do sanitário com recurso à NACI; - Ensinar o CI como assistir a PC no usar sanitário.</p>
<p>Conhecimento do cuidador informal para assistir no autocuidado: higiene Diagnóstico: Conhecimento do cuidador informal para assistir no autocuidado: higiene, não demonstrado Resultado: Conhecimento do cuidador informal para assistir no autocuidado: higiene, demonstrado</p>	<p>- Avaliar conhecimento do CI para assistir no autocuidado: higiene com recurso à NACI; - Ensinar o CI para assistir no banho; - Ensinar sobre produtos de apoio.</p>
<p>Capacidade do cuidador informal para assistir no autocuidado: higiene Diagnóstico: Capacidade do cuidador informal para assistir no autocuidado: higiene, não demonstrado Resultado: Capacidade do cuidador informal para assistir no autocuidado: higiene, demonstrado</p>	<p>- Avaliar capacidade do CI para assistir no autocuidado: higiene com recurso à NACI; - Instruir/ Treinar o CI para assistir no banho.</p>
<p>Conhecimento do cuidador informal para assistir no autocuidado: vestuário Diagnóstico: Potencial para melhorar o conhecimento do cuidador informal para assistir no autocuidado: vestuário Resultado: Conhecimento do cuidador informal para assistir no autocuidado: vestuário,</p>	<p>- Avaliar conhecimento do CI para assistir no autocuidado: vestuário com recurso à NACI; - Ensinar para vestir/despir a PC;</p>

demonstrado	
<p>Capacidade do cuidador informal para assistir no autocuidado: vestuário</p> <p>Diagnóstico: Potencial para melhorar a capacidade do cuidador informal para assistir no autocuidado: vestuário</p> <p>Resultado: Capacidade do cuidador informal para assistir no autocuidado: vestuário</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar capacidade do CI para assistir no autocuidado: vestuário com recurso à NACI; - Instruir/Treinar para vestir/despir a PC.
<p>Conhecimento do cuidador informal para autocontrolo: continência intestinal</p> <p>Diagnóstico: Potencial para melhorar o conhecimento do cuidador informal para autocontrolo: continência intestinal</p> <p>Resultado: Conhecimento do cuidador informal para autocontrolo: continência intestinal, demonstrado</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar conhecimento do cuidador informal para autocontrolo: continência intestinal com recurso à NACI; - Ensinar o CI sobre massagem do abdómen; - Ensinar sobre técnica de treino intestinal.
<p>Conhecimento do cuidador informal para autocontrolo: continência vesical</p> <p>Diagnóstico: Potencial para melhorar o conhecimento do cuidador informal para autocontrolo: continência vesical</p> <p>Resultado: Conhecimento do cuidador informal para autocontrolo: continência vesical, demonstrado</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar conhecimento do cuidador informal para autocontrolo: continência vesical com recurso à NACI; - Ensinar sobre eliminação urinária antes do sono; - Ensinar a planear a ingestão de líquidos.
<p>Conhecimento do cuidador informal para assistir no posicionamento</p> <p>Diagnóstico: Conhecimento do cuidador informal para assistir no posicionar, não demonstrado</p> <p>Resultado: Conhecimento do cuidador informal para assistir no posicionar, demonstrado</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o conhecimento do CI para assistir no posicionar se com recurso à NACI; - Ensinar sobre a técnica para assistir no posicionar - Ensinar sobre dispositivo auxiliar para posicionar-se; - Ensinar o CI acerca de prevenção de lesões musculoesqueléticas na técnica de posicionar. - Fornecer material educativo (imagens construídas para a díade).
<p>Capacidade do cuidador informal para assistir no posicionamento</p> <p>Diagnóstico: Capacidade do cuidador informal para assistir no posicionar, não demonstrado</p> <p>Resultado: Capacidade do cuidador informal para assistir no posicionar, demonstrado</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a capacidade do CI para assistir no posicionar se com recurso à NACI; - Instruir/Treinar para o uso da técnica de posicionamento; - Instruir sobre dispositivo auxiliar para posicionar-se; - Instruir/Treinar o CI para a utilização de princípios de mecânica corporal para técnica de posicionamento.

<p>Conhecimento do cuidador informal para assistir no andar Diagnóstico: Conhecimento do cuidador informal para assistir no andar, demonstrado</p> <p>Resultado: Conhecimento do cuidador informal para assistir no andar, melhorado</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o conhecimento do CI para assistir no andar com recurso à NACI; - Ensinar o CI sobre assistir no andar da PC.
<p>Conhecimento do cuidador informal para gerir o regime medicamentoso (controlo da dor) Diagnóstico: Potencial para melhorar o conhecimento do cuidador informal para gerir o regime medicamentoso (controlo da dor)</p> <p>Resultado: Conhecimento do cuidador informal para gerir o regime medicamentoso (controlo da dor), demonstrada</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o conhecimento do CI para gerir o regime medicamentoso (controlo da dor) com recurso à NACI; - Ensinar sobre interações medicamentosas, efeitos desejados e secundários do regime medicamentoso; - Ensinar sobre vias de administração de medicação.
<p>Capacidade do cuidador informal para gerir o regime medicamentoso (controlo da dor) Diagnóstico: Potencial para melhorar a capacidade do cuidador informal para gerir o regime medicamentoso (controlo da dor), não demonstrada</p> <p>Resultado: Capacidade do cuidador informal para gerir o regime medicamentoso (controlo da dor), demonstrada</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a capacidade do CI para gerir o regime medicamentoso (controlo da dor) com recurso à NACI; - Apoiar na gestão do regime medicamentoso; - Instruir sobre vias de administração da medicação.
<p>Conhecimento do cuidador informal sobre técnicas de exercícios muscular e articular Diagnóstico: Conhecimento do cuidador informal sobre técnicas de exercícios muscular e articular, não demonstrado</p> <p>Resultado: Conhecimento do cuidador informal sobre técnicas de exercícios muscular e articular, melhorada</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o conhecimento do CI para exercícios terapêuticos com recurso à NACI; - Ensinar sobre técnicas de exercício muscular e articular.
<p>Capacidade do cuidador informal para executar técnicas de exercício muscular e articular Diagnóstico: Capacidade do cuidador informal sobre técnicas de exercícios muscular e articular, não demonstrado</p> <p>Resultado: Capacidade do cuidador informal para executar técnicas de exercício muscular e articular, melhorada</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a capacidade do CI para exercícios terapêuticos com recurso à NACI; -Instruir sobre técnicas de exercício muscular e articular através da demonstração; - Treinar técnicas de exercício muscular e articular com supervisão.

<p>Conhecimento do cuidador informal sobre técnicas de conservação de energia</p> <p>Diagnóstico: Conhecimento do cuidador informal sobre técnicas de conservação de energia, não demonstrada</p> <p>Resultado: Conhecimento do cuidador informal sobre técnicas de conservação de energia, melhorada</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o conhecimento do CI para exercícios terapêuticos com recurso à NACI; - Ensinar sobre técnicas de conservação de energia para apoiar a PC.
<p>Conhecimento do cuidador informal sobre dispositivo auxiliar (cama articulada e barras de apoio)</p> <p>Diagnóstico: Conhecimento do cuidador informal sobre dispositivo auxiliar (cama articulada e barras de apoio), não demonstrada</p> <p>Resultado: Conhecimento do cuidador informal sobre dispositivo auxiliar (cama articulada e barras de apoio), demonstrada</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o conhecimento do CI sobre produtos de apoio com recurso à NACI; - Ensinar sobre dispositivo auxiliar (cama articulada e barras de apoio).
<p>Capacidade do cuidador informal para usar dispositivo auxiliar (cama articulada e barras de apoio)</p> <p>Diagnóstico: Capacidade do cuidador informal para usar dispositivo auxiliar (cama articulada e barras de apoio), não demonstrada</p> <p>Resultado: Capacidade do cuidador informal para usar dispositivo auxiliar (cama articulada e barras de apoio), demonstrada</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a capacidade do CI sobre produtos de apoio com recurso à NACI; - Instruir sobre dispositivo auxiliar (cama articulada e barras de apoio); - Treinar o uso de dispositivo auxiliar (cama articulada e barras de apoio).
<p>Conhecimento do cuidador informal sobre prevenção de quedas</p> <p>Diagnóstico: Conhecimento do cuidador informal sobre prevenção de quedas, não demonstrado</p> <p>Resultado: Conhecimento do cuidador informal sobre prevenção de quedas, demonstrado</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o conhecimento do CI sobre prevenção de quedas com recurso à NACI; - Ensinar o CI sobre adaptação do domicílio para prevenção de quedas; - Ensinar o CI sobre complicações que podem resultar de uma queda.
<p>Conhecimento do cuidador informal sobre prevenção de úlceras por pressão</p> <p>Diagnóstico: Potencial para melhorar o conhecimento do cuidador informal sobre prevenção de úlceras por pressão</p> <p>Resultado: Conhecimento do cuidador informal sobre prevenção de úlceras por pressão, demonstrado</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o conhecimento do CI sobre prevenção de úlceras por pressão com recurso à NACI; - Ensinar o CI a identificar alterações na pele da PC; - Ensinar o CI sobre prevenção de úlceras por pressão (promover a mobilidade, alimentação adequada, hidratação, hidratação da pele e utilização de produtos de apoio) - Ensinar sobre complicações derivadas de úlceras por pressão.

<p>Conhecimento do cuidador informal sobre <i>coping</i> (estratégias de gestão de sobrecarga e apoio emocional)</p> <p>Diagnóstico: Potencial para melhorar conhecimento do cuidador informal sobre <i>coping</i></p> <p>Resultado: Conhecimento do cuidador informal sobre <i>coping</i> (estratégias de gestão de sobrecarga e apoio emocional), demonstrada</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a sobrecarga do CI através da Escala de Sobrecarga de <i>Zarit</i>; - Avaliar conhecimento do CI sobre <i>coping</i>, estratégias de gestão de sobrecarga e apoio emocional; - Ensinar o CI sobre <i>coping</i>, estratégias de gestão de sobrecarga e apoio emocional; - Promover <i>coping</i> efetivo; - Promover a autoestima; - Promover o apoio da família; - Promover o papel de CI.
---	---

Resultados da avaliação das dimensões de conhecimento e aprendizagem dos Cuidador Informal 4

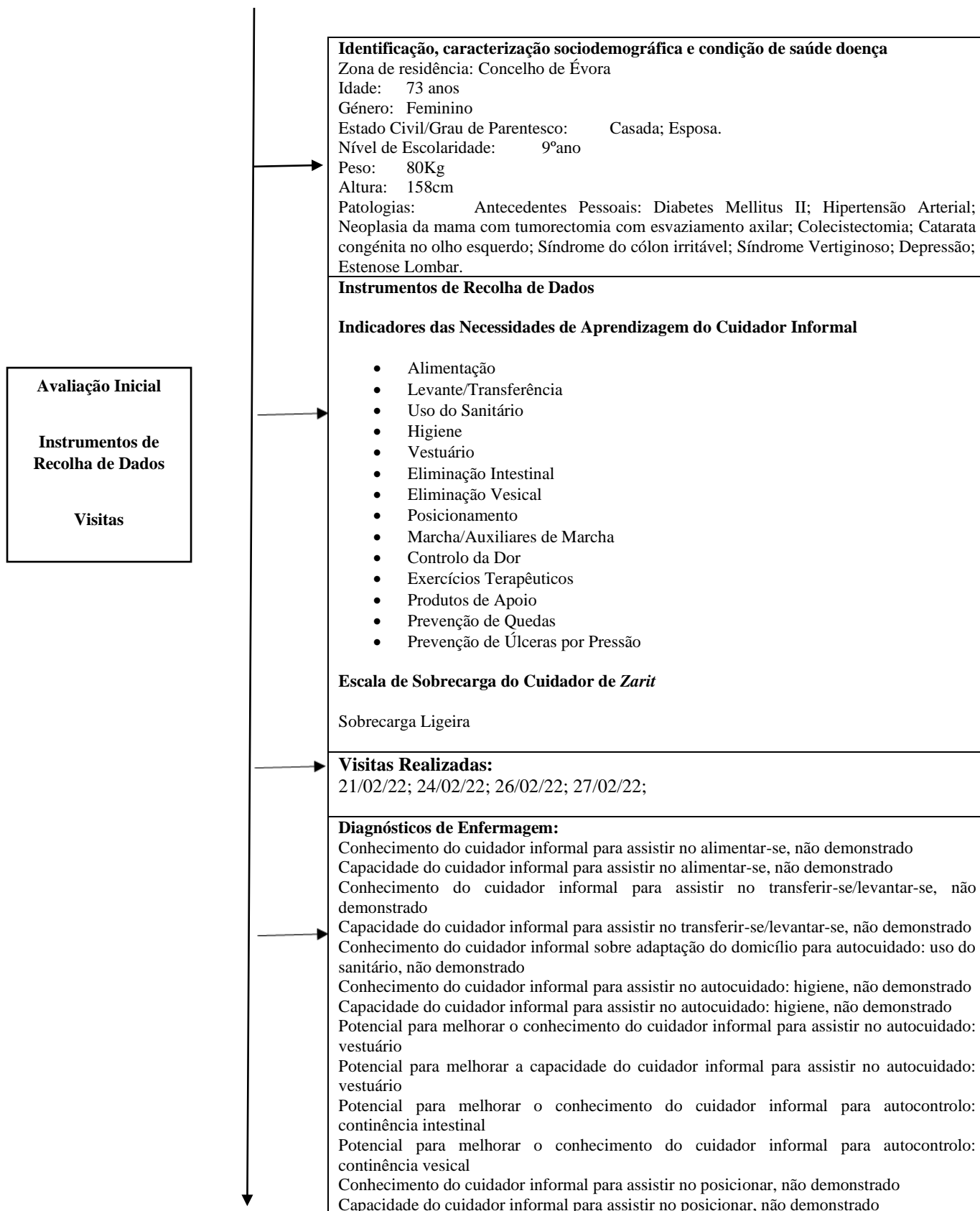
Diagnóstico de Enfermagem	AI	AF
D1 Conhecimento do cuidador informal para assistir no alimentar-se (consistência, horário, temperatura, composição das refeições)	ND	M
D2 Capacidade do cuidador informal para assistir no alimentar-se	ND	M
D3 Conhecimento do cuidador informal para assistir no transferir-se/levantar-se	ND	D
D4 Capacidade do cuidador informal para assistir no transferir/levantar-se	ND	D
D5 Conhecimento do cuidador informal sobre adaptação do domicílio para autocuidado: uso do sanitário	ND	D
D6 Conhecimento do cuidador informal para assistir no autocuidado: higiene	ND	D
D7 Capacidade do cuidador informal para assistir no autocuidado: higiene	ND	D
D8 Conhecimento do cuidador informal para assistir no autocuidado: vestuário	ND	D
D9 Capacidade do cuidador informal para assistir no autocuidado: vestuário	ND	D
D10 Conhecimento do cuidador informal para autocontrolo: continência intestinal	ND	D
D11 Conhecimento do cuidador informal para autocontrolo: continência vesical	ND	D
D12 Conhecimento do cuidador informal para assistir no posicionamento	ND	D
D13 Capacidade do cuidador informal para assistir no posicionamento	ND	D
D14 Conhecimento do cuidador informal para assistir no andar	ND	M
D15 Conhecimento do cuidador informal para gerir o regime medicamentoso (controlo da dor)	ND	D
D16 Capacidade do cuidador informal para gerir o regime medicamentoso	ND	D

(controlo da dor)		
D17 Conhecimento do cuidador informal sobre técnicas de exercícios muscular e articular	ND	M
D18 Capacidade do cuidador informal para executar técnicas de exercício muscular e articular	ND	M
D19 Conhecimento do cuidador informal sobre técnicas de conservação de energia	ND	M
D20 Conhecimento do cuidador informal sobre dispositivo auxiliar (cama articulada e barras de apoio)	ND	D
D21 Capacidade do cuidador informal para usar dispositivo auxiliar (cama articulada e barras de apoio)	ND	D
D 22 Conhecimento do cuidador informal sobre prevenção de quedas	ND	D
D23 Conhecimento do cuidador informal sobre prevenção de úlceras por pressão	ND	D
D24 Conhecimento do cuidador informal sobre <i>coping</i> (estratégias de gestão de sobrecarga e apoio emocional)	ND	D

Legenda: AI- Avaliação Inicial; AF- Avaliação Final; D- Diagnóstico; ND- Não Demonstrado; M - Melhorado; D- Demonstrado

Diagrama de Fluxo do Cuidador Informal 4 (Adaptado de Fluxo de Diagrama CARE)

AVALIAÇÃO INICIAL DE ENFERMAGEM



Conhecimento do cuidador informal para assistir no andar, demonstrado
 Potencial para melhorar o conhecimento do cuidador informal para gerir o regime medicamentoso (controlo da dor)
 Potencial para melhorar a capacidade do cuidador informal para gerir o regime medicamentoso (controlo da dor), não demonstrada
 Conhecimento do cuidador informal sobre técnicas de exercícios muscular e articular, não demonstrado
 Capacidade do cuidador informal sobre técnicas de exercícios muscular e articular, não demonstrado
 Conhecimento do cuidador informal sobre técnicas de conservação de energia, não demonstrada
 Conhecimento do cuidador informal sobre dispositivo auxiliar (cama articulada e barras de apoio), não demonstrada
 Capacidade do cuidador informal para usar dispositivo auxiliar (cama articulada e barras de apoio), não demonstrada
 Conhecimento do cuidador informal sobre prevenção de quedas, não demonstrado
 Potencial para melhorar o conhecimento do cuidador informal sobre prevenção de úlceras por pressão
 Potencial para melhorar conhecimento do cuidador informal sobre *coping*

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- Avaliar o conhecimento do CI para assistir no alimentar-se com recurso à NACI;
- Ensinar o CI a alimentar (horário e composição das refeições tendo em conta a Diabetes Mellitus);
- Ensinar CI sobre ingestão de líquidos.
- Avaliar a capacidade do CI para assistir no alimentar-se com recurso à NACI;
- Instruir/Treinar técnica de alimentação;
- Incentivar o CI a permitir à PC para se alimentar (substituir apenas a PC no que esta não conseguir efetivamente fazer);
- Avaliar o conhecimento do CI para assistir no transferir-se/levantar-se com recurso à NACI;
- Ensinar o CI sobre a técnica para assistir no levante/transferência;
- Ensinar o CI sobre a importância do levante/transferência;
- Ensinar o CI sobre prevenção de lesões musculoesqueléticas associadas ao transferir.
- Fornecer material educativo (imagens construídas para a díade);
- Avaliar a capacidade do CI para assistir no transferir-se/levantar-se com recurso à NACI;
- Instruir/Treinar o CI para assistir no transferir-se/levantar-se através de demonstração;
- Treinar técnicas de assistir no transferir-se/levantar-se fornecendo apoio;
- Avaliar conhecimento do CI para assistir no autocuidado: uso do sanitário com recurso à NACI;
- Ensinar o CI como assistir a PC no usar sanitário;
- Avaliar conhecimento do CI para assistir no autocuidado: higiene com recurso à NACI;
- Ensinar o CI para assistir no banho;
- Ensinar sobre produtos de apoio;
- Avaliar capacidade do CI para assistir no autocuidado: higiene com recurso à NACI;
- Instruir/ Treinar o CI para assistir no banho;
- Avaliar conhecimento do CI para assistir no autocuidado: vestuário com recurso à NACI;
- Ensinar para vestir/despir a PC;
- Avaliar capacidade do CI para assistir no autocuidado: vestuário com recurso à NACI;
- Instruir/Treinar para vestir/despir a PC;
- Avaliar conhecimento do cuidador informal para autocontrolo: continência intestinal com recurso à NACI;
- Ensinar o CI sobre massagem do abdómen;
- Ensinar sobre técnica de treino intestinal;
- Avaliar conhecimento do cuidador informal para autocontrolo: continência vesical com recurso à NACI;
- Ensinar sobre eliminação urinária antes do sono;
- Ensinar a planear a ingestão de líquidos;
- Avaliar o conhecimento do CI para assistir no posicionar se com recurso à NACI;

- Ensinar sobre a técnica para assistir no posicionar;
- Ensinar sobre dispositivo auxiliar para posicionar-se;
- Ensinar o CI acerca de prevenção de lesões musculoesqueléticas na técnica de posicionar;
- Fornecer material educativo (imagens construídas para a díade);
- Avaliar a capacidade do CI para assistir no posicionar se com recurso à NACI;
- Instruir/Treinar para o uso da técnica de posicionamento;
- Instruir sobre dispositivo auxiliar para posicionar-se;
- Instruir/Treinar o CI para a utilização de princípios de mecânica corporal para técnica de posicionamento;
- Avaliar o conhecimento do CI para assistir no andar com recurso à NACI;
- Ensinar o CI sobre assistir no andar da PC;
- Avaliar o conhecimento do CI para gerir o regime medicamentoso (controlo da dor) com recurso à NACI;
- Ensinar sobre interações medicamentosas, efeitos desejados e secundários do regime medicamentoso;
- Ensinar sobre vias de administração de medicação;
- Avaliar a capacidade do CI para gerir o regime medicamentoso (controlo da dor) com recurso à NACI;
- Apoiar na gestão do regime medicamentoso;
- Instruir sobre vias de administração da medicação;
- Avaliar o conhecimento do CI para exercícios terapêuticos com recurso à NACI;
- Ensinar sobre técnicas de exercício muscular e articular;
- Avaliar a capacidade do CI para exercícios terapêuticos com recurso à NACI;
- Instruir sobre técnicas de exercício muscular e articular através da demonstração;
- Treinar técnicas de exercício muscular e articular com supervisão;
- Avaliar o conhecimento do CI para exercícios terapêuticos com recurso à NACI;
- Ensinar sobre técnicas de conservação de energia para apoiar a PC;
- Avaliar o conhecimento do CI sobre produtos de apoio com recurso à NACI;
- Ensinar sobre dispositivo auxiliar (cama articulada e barras de apoio);
- Avaliar a capacidade do CI sobre produtos de apoio com recurso à NACI;
- Instruir sobre dispositivo auxiliar (cama articulada e barras de apoio);
- Treinar o uso de dispositivo auxiliar (cama articulada e barras de apoio).
- Avaliar o conhecimento do CI sobre prevenção de quedas com recurso à NACI;
- Ensinar o CI sobre adaptação do domicílio para prevenção de quedas;
- Ensinar o CI sobre complicações que podem resultar de uma queda;
- Avaliar o conhecimento do CI sobre prevenção de úlceras por pressão com recurso à NACI;
- Ensinar o CI a identificar alterações na pele da PC;
- Ensinar o CI sobre prevenção de úlceras por pressão (promover a mobilidade, alimentação adequada, hidratação, hidratação da pele e utilização de produtos de apoio);
- Ensinar sobre complicações derivadas de úlceras por pressão;
- Avaliar a sobrecarga do CI através da Escala de Sobrecarga de Zarit;
- Avaliar conhecimento do CI sobre *coping*, estratégias de gestão de sobrecarga e apoio emocional;
- Ensinar o CI sobre *coping*, estratégias de gestão de sobrecarga e apoio emocional;
- Promover *coping* efetivo;
- Promover a autoestima;
- Promover o apoio da família;
- Promover o papel de CI.

GANHOS EM SAÚDE, RESULTADOS DE ENFERMAGEM, AVALIAÇÃO FINAL

Avaliação Final

Resultados de Enfermagem


Indicadores das Necessidades de Aprendizagem do Cuidador Informal

- Alimentação
- Exercícios Terapêuticos

Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit

Sem Sobrecarga

Resultados de Enfermagem



Conhecimento do cuidador informal para assistir no alimentar-se, melhorado
Capacidade do cuidador informal para assistir no alimentar-se, melhorado
Conhecimento do cuidador informal para assistir no transferir-se/levantar-se, demonstrado
Capacidade do cuidador informal para assistir no transferir-se/levantar-se, demonstrado
Conhecimento do cuidador informal sobre adaptação do domicílio para autocuidado: uso do sanitário, demonstrado
Conhecimento do cuidador informal para assistir no autocuidado: higiene, demonstrado
Capacidade do cuidador informal para assistir no autocuidado: higiene, demonstrado
Conhecimento do cuidador informal para assistir no autocuidado: vestuário, demonstrado
Capacidade do cuidador informal para assistir no autocuidado: vestuário
Conhecimento do cuidador informal para autocontrole: continência intestinal, demonstrado
Conhecimento do cuidador informal para autocontrole: continência vesical, demonstrado
Conhecimento do cuidador informal para assistir no posicionar, demonstrado
Capacidade do cuidador informal para assistir no posicionar, demonstrado
Conhecimento do cuidador informal para assistir no andar, melhorado
Conhecimento do cuidador informal para gerir o regime medicamentoso (controlo da dor), demonstrada
Capacidade do cuidador informal para gerir o regime medicamentoso (controlo da dor), demonstrada
Conhecimento do cuidador informal sobre técnicas de exercícios muscular e articular, melhorada
Capacidade do cuidador informal para executar técnicas de exercício muscular e articular, melhorada
Conhecimento do cuidador informal sobre técnicas de conservação de energia, melhorada
Conhecimento do cuidador informal sobre dispositivo auxiliar (cama articulada e barras de apoio), demonstrada
Capacidade do cuidador informal para usar dispositivo auxiliar (cama articulada e barras de apoio), demonstrada
Conhecimento do cuidador informal sobre prevenção de quedas, demonstrado
Conhecimento do cuidador informal sobre prevenção de úlceras por pressão, demonstrado
Conhecimento do cuidador informal sobre *coping* (estratégias de gestão de sobrecarga e apoio emocional), demonstrada

Apêndice VII- Díade 5

Pessoa Cuidada 5

Zona de residência:	Concelho de Évora
Idade:	85aos
Género:	Feminino
Estado Civil:	Viúva
Nível de Escolaridade:	Licenciada em Educação Básica
Peso:	46Kg
Altura:	160cm
Patologias:	Motivo de Internamento: Síndrome Febril de etiologia não esclarecida; Diabetes <i>Mellitus</i> tipo II insulinotratado mal controlado; Infecção do Trato Urinário. Antecedentes Pessoais: Fratura do colo do fémur em 5/20; Diabetes <i>Mellitus</i> tipo II insulinotratada; Cetoacidose diabética; Hipertensão Arterial; Síndrome Demencial; Infecções do Trato Urinário de repetição;

Cuidador Informal 5

Zona de residência:	Concelho de Évora
Idade:	60 anos
Género:	Feminino
Estado Civil:	Casada
Nível de Escolaridade:	12ºano

Peso:	53Kg
Altura:	165cm
Patologias:	Motivo de Internamento: Infecção no rim aos 17 anos.

A Cuidadora Informal 5 é filha da Pessoa Cuidada 5. Residem na mesma habitação. Contudo, existe uma prestadora de cuidados assistenciais que fica com a pessoa cuidada enquanto a cuidadora informal está no local de trabalho. Não existiu qualquer contacto com esta prestadora de cuidados assistenciais.

Instrumentos de Avaliação para a PC	22/02/22	27/02/22
Elderly Nursing Core Set		
Score Geral de Funcionalidade	37.5%	35.75%
Autocuidado	60%	53%
Aprendizagem e Funções de Memória	10%	10%
Comunicação	20%	20%
Relação com os Amigos e Cuidadores	60%	60%
Mini Mental State Examination	29	29
	Sem alterações cognitivas	Sem alterações cognitivas
Índice de Barthel	50	55
	Incapacidade Funcional Grave	Incapacidade Funcional Moderada
Escala de Lawton & Brody	1	1
	Dependência Total	Dependência Total

NACI	22/02/22	27/02/22
<u>Alimentação</u>	25-49%	0-4%
<u>Levante/Transferência</u>	25-49%	0-4%
Comunicação	0-4%	0-4%
<u>Uso do Sanitário</u>	5-24%	0-4%

<u>Higiene</u>	5-24%	0-4%
Vestuário	0-4%	0-4%
<u>Eliminação Intestinal</u>	25-49%	0-4%
<u>Eliminação Vesical</u>	25-49%	0-4%
<u>Posicionamento</u>	5-24%	0-4%
<u>Marcha/Auxiliares de Marcha</u>	25-49%	0-4%
<u>Controlo da Dor</u>	25-49%	0-4%
<u>Exercícios Terapêuticos</u>	50-95%	5-24%
Produtos de Apoio	0-4%	0-4%
<u>Prevenção de Quedas</u>	5-24%	0-4%
<u>Prevenção de Úlceras por Pressão</u>	5-24%	0-4%
Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit	64 Sobrecarga Intensa	56 Sobrecarga Ligeira

Questão:	Sim	Não
Conhece o Estatuto de Cuidador Informal?	X	
Já solicitou o estatuto de Cuidador Informal?		X
Já foi reconhecido/a como Cuidador/a Informal?		X
Está em condições de ser reconhecido/a como Cuidador Informal?		X
Está fora do enquadramento legal e dos apoios ao cuidador Informal?	X	

Enunciado de Diagnóstico de Enfermagem/Resultado de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
<p>Conhecimento do cuidador informal para assistir no alimentar-se</p> <p>Diagnóstico: Potencial para melhorar o conhecimento do cuidador informal para assistir no alimentar-se</p> <p>Resultado: Conhecimento do cuidador informal para assistir no alimentar-se, demonstrado</p>	<p>- Avaliar o conhecimento do CI para assistir no alimentar-se com recurso à NACI;</p> <p>-Ensinar o CI a alimentar (consistência, horário e composição das refeições indicada para Diabetes <i>Mellitus</i>).</p>
<p>Capacidade do cuidador informal para assistir no alimentar-se</p> <p>Diagnóstico: Potencial para melhorar a</p>	<p>- Avaliar a capacidade do CI para assistir no alimentar-se com recurso à NACI;</p> <p>- Instruir/Treinar técnica de alimentação;</p>

<p>capacidade do cuidador informal para assistir no alimentar-se</p> <p>Resultado: Capacidade do cuidador informal para assistir no alimentar-se, demonstrado</p>	<p>- Incentivar o CI a permitir à PC para se alimentar (substituir apenas a PC no que esta não conseguir efetivamente fazer).</p>
<p>Conhecimento do cuidador informal para assistir no transferir-se/levantar-se</p> <p>Diagnóstico: Potencial para melhorar o conhecimento do cuidador informal para assistir no transferir-se/levantar-se</p> <p>Resultado: Conhecimento do cuidador informal para assistir no transferir-se/levantar-se, demonstrado</p>	<p>- Avaliar o conhecimento do CI para assistir no transferir-se/levantar-se com recurso à NACI;</p> <p>- Ensinar o CI sobre a técnica para assistir no levante/transferência;</p> <p>- Ensinar o CI sobre a importância do levante/transferência;</p> <p>- Ensinar o CI sobre prevenção de lesões musculoesqueléticas associadas ao transferir.</p>
<p>Capacidade do cuidador informal para assistir no transferir/levantar-se</p> <p>Diagnóstico: Potencial para melhorar a capacidade do cuidador informal para assistir no transferir-se/levantar-se</p> <p>Resultado: Capacidade do cuidador informal para assistir no transferir-se/levantar-se, demonstrado</p>	<p>- Avaliar a capacidade do CI para assistir no transferir-se/levantar-se com recurso à NACI;</p> <p>- Instruir/Treinar o CI para assistir no transferir-se/levantar-se através de demonstração;</p> <p>- Treinar técnicas de assistir no transferir-se/levantar-se fornecendo apoio.</p>
<p>Conhecimento do cuidador informal sobre adaptação do domicílio para autocuidado: uso do sanitário</p> <p>Diagnóstico: Potencial para melhorar o conhecimento do cuidador informal sobre adaptação do domicílio para autocuidado: uso do sanitário</p> <p>Resultado: Conhecimento do cuidador informal sobre adaptação do domicílio para autocuidado: uso do sanitário, demonstrado</p>	<p>- Avaliar conhecimento do CI para assistir no autocuidado: uso do sanitário com recurso à NACI;</p> <p>- Ensinar o CI como assistir a PC no usar sanitário.</p>
<p>Conhecimento do cuidador informal para assistir no autocuidado: higiene</p> <p>Diagnóstico: Potencial para melhorar o conhecimento do cuidador informal para assistir no autocuidado: higiene</p> <p>Resultado: Conhecimento do cuidador informal para assistir no autocuidado: higiene, demonstrado</p>	<p>- Avaliar conhecimento do CI para assistir no autocuidado: higiene com recurso à NACI;</p> <p>- Ensinar o CI para assistir no banho.</p>
<p>Capacidade do cuidador informal para assistir no autocuidado: higiene</p> <p>Diagnóstico: Potencial para melhorar a capacidade do cuidador informal para assistir no autocuidado: higiene</p> <p>Resultado: Capacidade do cuidador informal para</p>	<p>- Avaliar capacidade do CI para assistir no autocuidado: higiene com recurso à NACI;</p> <p>- Instruir/ Treinar o CI para assistir no banho.</p>

assistir no autocuidado: higiene, demonstrado	
<p>Conhecimento do cuidador informal para autocontrole: continência intestinal</p> <p>Diagnóstico: Potencial para melhorar o conhecimento do cuidador informal para autocontrole: continência intestinal</p> <p>Resultado: Conhecimento do cuidador informal para autocontrole: continência intestinal, demonstrado</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar conhecimento do cuidador informal para autocontrole: continência intestinal com recurso à NACI; - Ensinar o CI sobre massagem do abdómen; - Ensinar sobre técnica de treino intestinal.
<p>Conhecimento do cuidador informal para autocontrole: continência vesical</p> <p>Diagnóstico: Potencial para melhorar o conhecimento do cuidador informal para autocontrole: continência vesical</p> <p>Resultado: Conhecimento do cuidador informal para autocontrole: continência vesical, demonstrado</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar conhecimento do cuidador informal para autocontrole: continência vesical com recurso à NACI; - Ensinar sobre eliminação urinária antes do sono; - Ensinar a planear a ingestão de líquidos.
<p>Conhecimento do cuidador informal para assistir no posicionamento</p> <p>Diagnóstico: Potencial para melhorar o conhecimento do cuidador informal para assistir no posicionar</p> <p>Resultado: Conhecimento do cuidador informal para assistir no posicionar, demonstrado</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o conhecimento do CI para assistir no posicionar se com recurso à NACI; - Ensinar sobre a técnica para assistir no posicionar - Ensinar sobre dispositivo auxiliar para posicionar-se; - Ensinar o CI acerca de prevenção de lesões musculoesqueléticas na técnica de posicionar. - Fornecer material educativo (imagens construídas para a díade).
<p>Capacidade do cuidador informal para assistir no posicionamento</p> <p>Diagnóstico: Potencial para melhorar a capacidade do cuidador informal para assistir no posicionar</p> <p>Resultado: Capacidade do cuidador informal para assistir no posicionar, demonstrado</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a capacidade do CI para assistir no posicionar se com recurso à NACI; - Instruir/Treinar para o uso da técnica de posicionamento; - Instruir sobre dispositivo auxiliar para posicionar-se; - Instruir/Treinar o CI para a utilização de princípios de mecânica corporal para técnica de posicionamento.
<p>Conhecimento do cuidador informal para assistir no andar com auxiliar de marcha (andarilho)</p> <p>Diagnóstico: Potencial para melhorar o conhecimento do cuidador informal para assistir no andar</p> <p>Resultado: Conhecimento do cuidador informal para assistir no andar, demonstrada</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar conhecimento do cuidador informal para assistir no andar com auxiliar de marcha (andarilho) com recurso à NACI; - Ensinar o CI para assistir no andar; - Ensinar o CI sobre calçado adequado para andar; - Ensinar sobre prevenção de quedas.

<p>Capacidade do cuidador informal para assistir no andar com auxiliar de marcha (andarilho) Diagnóstico: Potencial para melhorar a capacidade do cuidador informal para assistir no andar</p> <p>Resultado: Capacidade do cuidador informal para assistir no andar, demonstrada</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar capacidade do cuidador informal para assistir no andar com auxiliar de marcha (andarilho) com recurso à NACI; - Instruir/Treinar para assistir no andar.
<p>Conhecimento do cuidador informal para gerir o regime medicamentoso (controlo da dor) Diagnóstico: Conhecimento do cuidador informal para gerir o regime medicamentoso (controlo da dor), não demonstrado</p> <p>Resultado: Conhecimento do cuidador informal para gerir o regime medicamentoso (controlo da dor), demonstrada</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o conhecimento do CI para gerir o regime medicamentoso (controlo da dor) com recurso à NACI; - Ensinar sobre interações medicamentosas, efeitos desejados e secundários do regime medicamentoso; - Ensinar sobre vias de administração de medicação.
<p>Capacidade do cuidador informal para gerir o regime medicamentoso (controlo da dor) Diagnóstico: Capacidade do cuidador informal para gerir o regime medicamentoso (controlo da dor), não demonstrada</p> <p>Resultado: Capacidade do cuidador informal para gerir o regime medicamentoso (controlo da dor), demonstrada</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a capacidade do CI para gerir o regime medicamentoso (controlo da dor) com recurso à NACI; - Apoiar na gestão do regime medicamentoso; - Instruir sobre vias de administração da medicação.
<p>Conhecimento do cuidador informal sobre técnicas de exercícios muscular e articular Diagnóstico: Conhecimento do cuidador informal sobre técnicas de exercícios muscular e articular, não demonstrado</p> <p>Resultado: Conhecimento do cuidador informal sobre técnicas de exercícios muscular e articular, melhorada</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o conhecimento do CI para exercícios terapêuticos com recurso à NACI; - Ensinar sobre técnicas de exercício muscular e articular.
<p>Capacidade do cuidador informal para executar técnicas de exercício muscular e articular Diagnóstico: Capacidade do cuidador informal sobre técnicas de exercícios muscular e articular, não demonstrado</p> <p>Resultado: Capacidade do cuidador informal para executar técnicas de exercício muscular e articular, melhorada</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a capacidade do CI para exercícios terapêuticos com recurso à NACI; - Instruir sobre técnicas de exercício muscular e articular através da demonstração; - Treinar técnicas de exercício muscular e articular com supervisão.
<p>Conhecimento do cuidador informal sobre prevenção de quedas</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o conhecimento do CI sobre prevenção de quedas com recurso à NACI;

<p>Diagnóstico: Potencial para melhorar o conhecimento do cuidador informal sobre prevenção de quedas</p> <p>Resultado: Conhecimento do cuidador informal sobre prevenção de quedas, demonstrada</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ensinar o CI sobre adaptação do domicílio para prevenção de quedas; - Ensinar o CI sobre complicações que podem resultar de uma queda.
<p>Conhecimento do cuidador informal sobre prevenção de úlceras por pressão</p> <p>Diagnóstico: Potencial para melhorar o conhecimento do cuidador informal sobre prevenção de úlceras por pressão</p> <p>Resultado: Conhecimento do cuidador informal sobre prevenção de úlceras por pressão, demonstrada</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o conhecimento do CI sobre prevenção de úlceras por pressão com recurso à NACI; - Ensinar o CI a identificar alterações na pele da PC; - Ensinar o CI sobre prevenção de úlceras por pressão (promover a mobilidade, alimentação adequada, hidratação, hidratação da pele e utilização de produtos de apoio) - Ensinar sobre complicações derivadas de úlceras por pressão.
<p>Conhecimento do cuidador informal sobre <i>coping</i> (estratégias de gestão de sobrecarga e apoio emocional)</p> <p>Diagnóstico: Conhecimento do cuidador informal sobre <i>coping</i>, não demonstrada</p> <p>Resultado: Conhecimento do cuidador informal sobre <i>coping</i> (estratégias de gestão de sobrecarga e apoio emocional), melhorada</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a sobrecarga do CI através da Escala de Sobrecarga de <i>Zarit</i>; - Avaliar conhecimento do CI sobre <i>coping</i>, estratégias de gestão de sobrecarga e apoio emocional; - Ensinar o CI sobre <i>coping</i>, estratégias de gestão de sobrecarga e apoio emocional; - Promover <i>coping</i> efetivo; - Promover a autoestima; - Promover o apoio da família; - Promover o papel de CI.

Resultados da avaliação das dimensões de conhecimento e aprendizagem dos Cuidador Informal 5

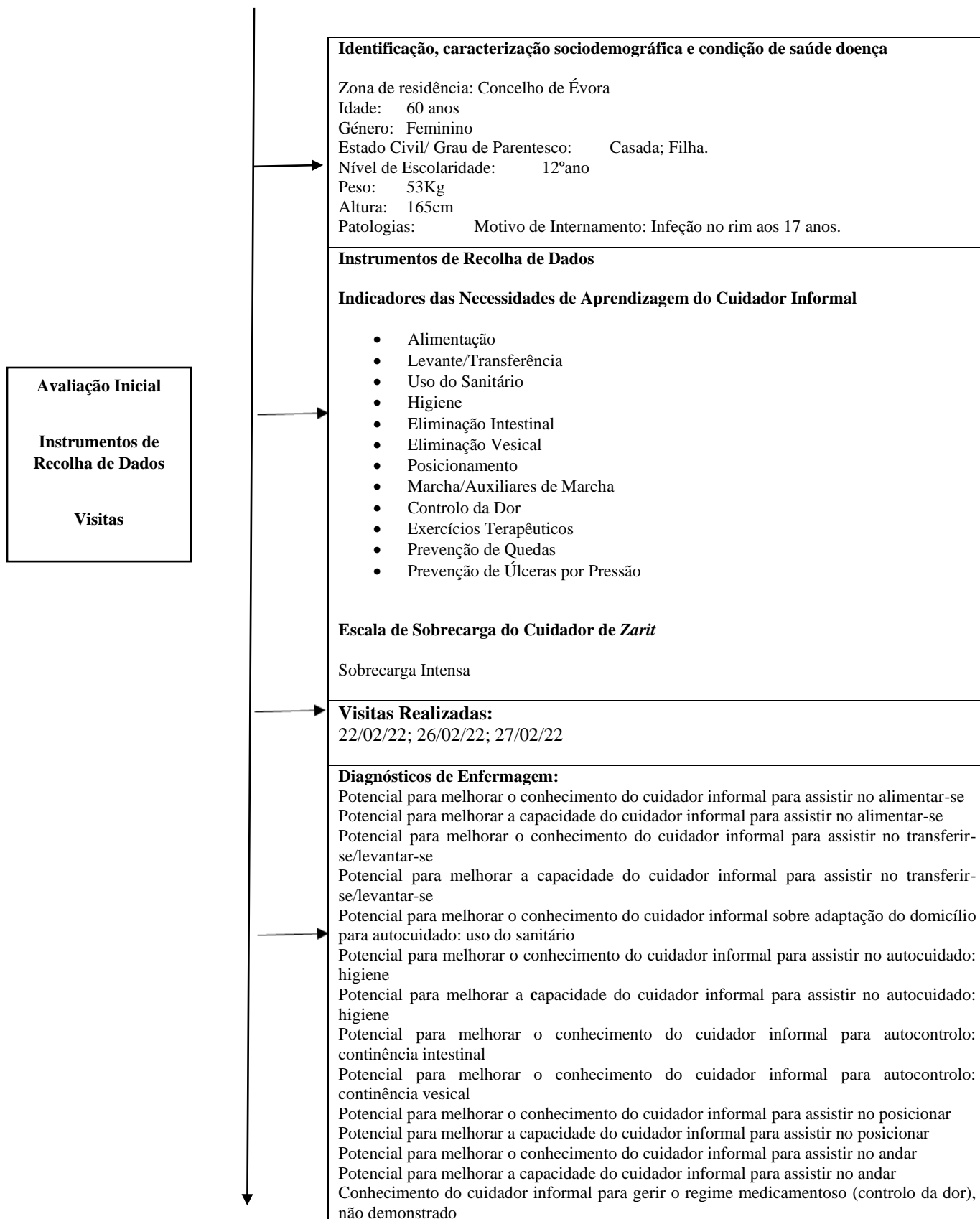
Diagnóstico de Enfermagem	AI	AF
D1 Conhecimento do cuidador informal para assistir no alimentar-se (consistência, horário, temperatura, composição das refeições)	ND	D
D2 Capacidade do cuidador informal para assistir no alimentar-se	ND	D
D3 Conhecimento do cuidador informal para assistir no transferir-se/levantar-se	ND	D
D4 Capacidade do cuidador informal para assistir no transferir/levantar-se	ND	D

D5 Conhecimento do cuidador informal sobre adaptação do domicílio para autocuidado: uso do sanitário	ND	D
D6 Conhecimento do cuidador informal para assistir no autocuidado: higiene	ND	D
D7 Capacidade do cuidador informal para assistir no autocuidado: higiene	ND	D
D8 Conhecimento do cuidador informal para autocontrolo: continência intestinal	ND	D
D9 Conhecimento do cuidador informal para autocontrolo: continência vesical	ND	D
D10 Conhecimento do cuidador informal para assistir no posicionamento	ND	D
D11 Capacidade do cuidador informal para assistir no posicionamento	ND	D
D12 Conhecimento do cuidador informal para assistir no andar com auxiliar de marcha (andarilho)	ND	D
D13 Capacidade do cuidador informal para assistir no andar com auxiliar de marcha (andarilho)	ND	D
D14 Conhecimento do cuidador informal para gerir o regime medicamentoso (controlo da dor)	ND	D
D15 Capacidade do cuidador informal para gerir o regime medicamentoso (controlo da dor)	ND	D
D16 Conhecimento do cuidador informal sobre técnicas de exercícios muscular e articular	ND	M
D17 Capacidade do cuidador informal para executar técnicas de exercício muscular e articular	ND	M
D18 Conhecimento do cuidador informal sobre prevenção de quedas	ND	D
D19 Conhecimento do cuidador informal sobre prevenção de úlceras por pressão	ND	D
D20 Conhecimento do cuidador informal sobre <i>coping</i> (estratégias de gestão de sobrecarga e apoio emocional)	ND	M

Legenda: AI- Avaliação Inicial; AF- Avaliação Final; D- Diagnóstico; ND- Não Demonstrado; M - Melhorado; D- Demonstrado

Diagrama de Fluxo do Cuidador Informal 5 (Adaptado de Fluxo de Diagrama CARE)

AVALIAÇÃO INICIAL DE ENFERMAGEM



Capacidade do cuidador informal para gerir o regime medicamentoso (controlo da dor), não demonstrada
Conhecimento do cuidador informal sobre técnicas de exercícios muscular e articular, não demonstrado
Capacidade do cuidador informal sobre técnicas de exercícios muscular e articular, não demonstrado
Potencial para melhorar o conhecimento do cuidador informal sobre prevenção de quedas
Potencial para melhorar o conhecimento do cuidador informal sobre prevenção de úlceras por pressão
Conhecimento do cuidador informal sobre *coping*, não demonstrada

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- Avaliar o conhecimento do CI para assistir no alimentar-se com recurso à NACI;
- Ensinar o CI a alimentar (consistência, horário e composição das refeições indicada para Diabetes Mellitus);
- Avaliar a capacidade do CI para assistir no alimentar-se com recurso à NACI;
- Instruir/Treinar técnica de alimentação;
- Incentivar o CI a permitir à PC para se alimentar (substituir apenas a PC no que esta não conseguir efetivamente fazer);
- Avaliar o conhecimento do CI para assistir no transferir-se/levantar-se com recurso à NACI;
- Ensinar o CI sobre a técnica para assistir no levante/transferência;
- Ensinar o CI sobre a importância do levante/transferência;
- Ensinar o CI sobre prevenção de lesões musculoesqueléticas associadas ao transferir;
- Avaliar a capacidade do CI para assistir no transferir-se/levantar-se com recurso à NACI;
- Instruir/Treinar o CI para assistir no transferir-se/levantar-se através de demonstração;
- Treinar técnicas de assistir no transferir-se/levantar-se fornecendo apoio;
- Avaliar conhecimento do CI para assistir no autocuidado: uso do sanitário com recurso à NACI;
- Ensinar o CI como assistir a PC no usar sanitário;
- Avaliar conhecimento do CI para assistir no autocuidado: higiene com recurso à NACI;
- Ensinar o CI para assistir no banho;
- Avaliar capacidade do CI para assistir no autocuidado: higiene com recurso à NACI;
- Instruir/ Treinar o CI para assistir no banho;
- Avaliar conhecimento do cuidador informal para autocontrolo: continência intestinal com recurso à NACI;
- Ensinar o CI sobre massagem do abdómen;
- Ensinar sobre técnica de treino intestinal;
- Avaliar conhecimento do cuidador informal para autocontrolo: continência vesical com recurso à NACI;
- Ensinar sobre eliminação urinária antes do sono;
- Ensinar a planear a ingestão de líquidos;
- Avaliar o conhecimento do CI para assistir no posicionar se com recurso à NACI;
- Ensinar sobre a técnica para assistir no posicionar;
- Ensinar sobre dispositivo auxiliar para posicionar-se;
- Ensinar o CI acerca de prevenção de lesões musculoesqueléticas na técnica de posicionar.
- Fornecer material educativo (imagens construídas para a dífade);
- Avaliar a capacidade do CI para assistir no posicionar se com recurso à NACI;
- Instruir/Treinar para o uso da técnica de posicionamento;
- Instruir sobre dispositivo auxiliar para posicionar-se;
- Instruir/Treinar o CI para a utilização de princípios de mecânica corporal para técnica de posicionamento;
- Avaliar conhecimento do cuidador informal para assistir no andar com auxiliar de marcha (andarilho) com recurso à NACI;
- Ensinar o CI para assistir no andar;
- Ensinar o CI sobre calçado adequado para andar;
- Ensinar sobre prevenção de quedas;
- Avaliar capacidade do cuidador informal para assistir no andar com auxiliar de marcha

- (andarilho) com recurso à NACI;
- Instruir/Treinar para assistir no andar;
 - Avaliar o conhecimento do CI para gerir o regime medicamentoso (controlo da dor) com recurso à NACI;
 - Ensinar sobre interações medicamentosas, efeitos desejados e secundários do regime medicamentoso;
 - Ensinar sobre vias de administração de medicação;
 - Avaliar a capacidade do CI para gerir o regime medicamentoso (controlo da dor) com recurso à NACI;
 - Apoiar na gestão do regime medicamentoso;
 - Instruir sobre vias de administração da medicação;
 - Avaliar o conhecimento do CI para exercícios terapêuticos com recurso à NACI;
 - Ensinar sobre técnicas de exercício muscular e articular;
 - Avaliar a capacidade do CI para exercícios terapêuticos com recurso à NACI;
 - Instruir sobre técnicas de exercício muscular e articular através da demonstração;
 - Treinar técnicas de exercício muscular e articular com supervisão;
 - Avaliar o conhecimento do CI sobre prevenção de quedas com recurso à NACI;
 - Ensinar o CI sobre adaptação do domicílio para prevenção de quedas;
 - Ensinar o CI sobre complicações que podem resultar de uma queda;
 - Avaliar o conhecimento do CI sobre prevenção de úlceras por pressão com recurso à NACI;
 - Ensinar o CI a identificar alterações na pele da PC;
 - Ensinar o CI sobre prevenção de úlceras por pressão (promover a mobilidade, alimentação adequada, hidratação, hidratação da pele e utilização de produtos de apoio);
 - Ensinar sobre complicações derivadas de úlceras por pressão;
 - Avaliar a sobrecarga do CI através da Escala de Sobrecarga de *Zarit*;
 - Avaliar conhecimento do CI sobre *coping*, estratégias de gestão de sobrecarga e apoio emocional;
 - Ensinar o CI sobre *coping*, estratégias de gestão de sobrecarga e apoio emocional;
 - Promover *coping* efetivo;
 - Promover a autoestima;
 - Promover o apoio da família;
 - Promover o papel de CI.

GANHOS EM SAÚDE, RESULTADOS DE ENFERMAGEM, AVALIAÇÃO FINAL

Avaliação Final

Resultados de Enfermagem

Indicadores das Necessidades de Aprendizagem do Cuidador Informal

- Exercícios Terapêuticos

Escala de Sobrecarga do Cuidador de *Zarit*

Sobrecarga Ligeira

Resultados de Enfermagem

Conhecimento do cuidador informal para assistir no alimentar-se, demonstrado
 Capacidade do cuidador informal para assistir no alimentar-se, demonstrado
 Conhecimento do cuidador informal para assistir no transferir-se/levantar-se, demonstrado
 Capacidade do cuidador informal para assistir no transferir-se/levantar-se, demonstrado
 Conhecimento do cuidador informal sobre adaptação do domicílio para autocuidado: uso do sanitário, demonstrado
 Conhecimento do cuidador informal para assistir no autocuidado: higiene, demonstrado
 Capacidade do cuidador informal para assistir no autocuidado: higiene, demonstrado
 Conhecimento do cuidador informal para autocontrolo: continência intestinal, demonstrado
 Conhecimento do cuidador informal para autocontrolo: continência vesical, demonstrado
 Conhecimento do cuidador informal para assistir no posicionar, demonstrado
 Capacidade do cuidador informal para assistir no posicionar, demonstrado
 Conhecimento do cuidador informal para assistir no andar, demonstrada
 Capacidade do cuidador informal para assistir no andar, demonstrada
 Conhecimento do cuidador informal para gerir o regime medicamentoso (controlo da dor), demonstrada
 Capacidade do cuidador informal para gerir o regime medicamentoso (controlo da dor),

demonstrada

Conhecimento do cuidador informal sobre técnicas de exercícios muscular e articular, melhorada

Capacidade do cuidador informal para executar técnicas de exercício muscular e articular, melhorada

Conhecimento do cuidador informal sobre prevenção de quedas, demonstrada

Conhecimento do cuidador informal sobre prevenção de úlceras por pressão, demonstrada

Conhecimento do cuidador informal sobre *coping* (estratégias de gestão de sobrecarga e apoio emocional), melhorada



Apêndice VIII - Plano de Cuidados de doente que colocou Prótese Unicompartimental

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Universidade de Évora

Escola Superior de Enfermagem São João de Deus

5º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação

Unidade Curricular: Estágio em Enfermagem de Reabilitação -
 Serviço de Ortopedia

Plano de Cuidados

Docente:

Professor Doutor Luís Manuel Mota de Sousa, Universidade de Évora

Enfermeiras Orientadoras:

Discente:

Carolina Sim Sim

6 de junho de 2021

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	3
RECOLHA DE DADOS	5
AValiação DAS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA	8
INSTRUMENTOS DE AVAlIAÇÃO	12
Escala de Coma de <i>Glasgow</i>	12
Escala de <i>Barthel</i>	13
Índice de <i>Lawton-Brody</i>	15
<i>Medical Research Council Modificada</i>	16
Goniometria	17
Índice de <i>Tinetti</i>	17
Escala Numérica da Dor	20
PLANO DE CUIDADOS	21
CONCLUSÃO	33
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	34

ÍNDICE DE TABELAS


Tabela 1- Escala de Coma de <i>Glasgow</i>	12
Tabela 2- Escala de <i>Barthel</i>	13
Tabela 3- Índice <i>Lawton-Brody</i>	15
Tabela 4- <i>Medical Research Council Modificada</i>	16
Tabela 5- Goniometria	17
Tabela 6- Índice de <i>Tinetti</i>	17
Tabela 7- Escala Numérica da Dor	20

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Radiografia de vista anterior dos joelhos antes da intervenção cirúrgica	6
Figura 2 – Radiografia de vista lateral do joelho direito após colocação de Prótese Unicompartimental	7

Apêndice IX - Plano de Cuidados de doente com Acidente Vascular Cerebral isquémico aterotrombotico em território da Artéria Cerebral Média esquerda

Mestrado em Enfermagem em Associação



Universidade de Évora
Escola Superior de Enfermagem São João de Deus
5º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação

Unidade Curricular: [REDACTED]

Plano de Cuidados

Docente:
Professor Doutor Luis Manuel Motra de Sousa, Universidade de Évora

Enfermeira Orientadora:
[REDACTED]

Discente:
Carolina Sim Sim

Janeiro de 2022

INDICE

INTRODUÇÃO	4
RECOLHA DE DADOS	6
AVC ISQUÊMICO DA ARTÉRIA CEREBRAL MÉDIA	8
AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA	9
AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA	11
INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO	15
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	15
ESCALA DE BARTHEL	15
ÍNDICE DE LAWTON-BRODY	17
ESCALA DE OXFORD - "LOWER"	18
ÍNDICE DE TINETTI	19
ESCALA NUMÉRICA DA DOR	21
NIH ESCALA DE AVC	21
ESCALA DE GUSS	24
PLANO DE CUIDADOS	26
FOCO: ANDAR COM AUXILIAR DE MARCHA	26
FOCO: AUTOCONTROLO: CONTINÊNCIA URINÁRIA	27
FOCO: AUTOCONTROLO: CONTINÊNCIA INTESTINAL	30
FOCO: AUTOCUIDADO: BEBER	32
FOCO: AUTOCUIDADO: COMER	33
FOCO: HIGIENE	33
FOCO: AUTOCUIDADO: IR AO SANITÁRIO	36
FOCO: AUTOCUIDADO: VESTUÁRIO	39
FOCO: COMUNICAÇÃO	41
FOCO: MEMÓRIA	42

FOCO: ATENÇÃO.....	43
FOCO: EQUILÍBRIO CORPORAL.....	43
FOCO: MOVIMENTO MUSCULAR.....	46
FOCO: PARÉSIA.....	48
FOCO: TRANSFERIR-SE.....	49
CONCLUSÃO.....	53
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	54
APÊNDICES.....	56
APÊNDICE I- RM ENCEFÁLICA COM ANGIO -RM ARTERIAL.....	56
APÊNDICE II- ANÁLISES SANGÜÍNEAS 29/11/2021.....	57
APÊNDICE III- EXAME BACTERIOLÓGICO DE URINA.....	58

ÍNDICE DE TABELAS


Tabela 1- Escala de Coma de <i>Glasgow</i>	15
Tabela 2- Escala de <i>Barrhel</i>	15
Tabela 3- Índice <i>Lawton-Brody</i>	17
Tabela 4- Escala de <i>Oxford - "Lower"</i>	18
Tabela 5- Índice de <i>Tinetti</i>	19
Tabela 6- Escala Numérica da Dor.....	21
Tabela 7- NIH Escala de AVC.....	21
Tabela 8- Escala de GUSS.....	24

Apêndice X - Formação sobre Artroplastia Total da Anca (ATA)-Cuidados de enfermagem consoante Vias de Abordagem Cirúrgica

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

Planeamento de Sessão de Formação em Serviço

<p>Título: Artroplastia Total da Anca (ATA) – cuidados de enfermagem consoante vias de abordagem cirúrgica</p> <p>Público-alvo: Enfermeiros de Cuidados Geriátricos do Serviço de Ortopedia</p>	<p>Data: 23/06/2021 Hora: 15:00h Duração: 15 minutos Preletora: Carolina Sim Sim e [Redacted]</p>			
<p>Objetivos:</p> <p>Geral:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contribuir para o desenvolvimento de competências nos cuidados de enfermagem à pessoa com ATA <p>Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento sobre luxação da prótese total da anca; • Revisão das abordagens cirúrgicas para a ATA; • Enquadramento dos cuidados de enfermagem consoante as abordagens cirúrgicas: Movimentos e posturas preventivas da luxação. 				
Conteúdos	Preletora	Métodos/ Técnicas de Ensino	Meios Auxiliares	Duração
<p>1 – Introdução: Apresentação do tema e objetivos</p>	<p>Carolina Sim Sim</p>	<p>Expositivo</p>	<p>Computador; Programa; Projetor multimédia; Tela branca</p>	<p>± 2 minutos</p>
<p>2 – Desenvolvimento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ATA – definição • Vias de abordagem cirúrgica – tipos, diferenças, vantagens e desvantagens • Cuidados a pessoa com ATA – 	<p>Carolina Sim Sim e [Redacted]</p>	<p>Expositivo e Demonstrativo</p>	<p>Computador; Programa Power Point; Projetor multimédia; Tela branca;</p>	<p>± 10 minutos</p>

movimentos a evitar e posicionamentos adequados				
3 – Conclusão: • Esclarecimento de dúvidas	Carolina Sim Sim e 	Expositivo	Computador; Programa Power Point; Projetor multimédia; Tela branca;	± 3 minutos
<p>Avaliação: Avaliação de conhecimentos adquiridos pela resposta a um questionário (anexo 1); Avaliação da sessão de formação por meio de um questionário (anexo 2).</p> <p><u>Objetivos específicos de avaliação:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Pretende-se que mais de 75% dos participantes consiga responder corretamente a primeira questão (anexo 1); • Pretende-se que mais de 75% dos participantes consiga responder corretamente a segunda questão (anexo 1); • Pretende-se que mais de 50% dos participantes consiga responder corretamente a última questão (anexo 1). 				



Universidade de Évora
Escola Superior de Enfermagem São João de Deus
5º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação

ARTROPLASTIA TOTAL DA ANCA

Abordagem Cirúrgica: Cuidados Específicos

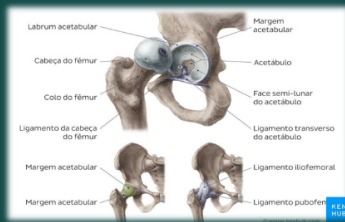




Docente: Professor Doutor Luís Manuel Mota de Sousa 

Docentes: Carolina Sim Sim 

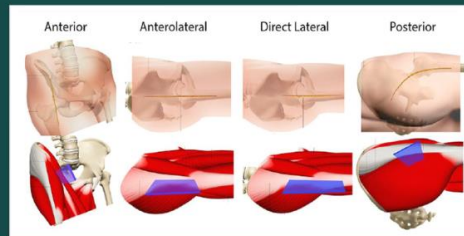
Articulação Coxo-femural



- Enartrose
- Cabeça do fêmur + Acetábulo
- Articulação do corpo humano submetida às **forças de maior intensidade** no movimento
- Permite movimentos **flexão, extensão, rotação interna e externa, abdução e adução**

(Henriques, 2020)

Abordagens Cirúrgicas para ATA



(AbdulNasser, 2017)

Abordagens mais frequentes no Serviço de Ortopedia: **Lateral** e a **Posterior**

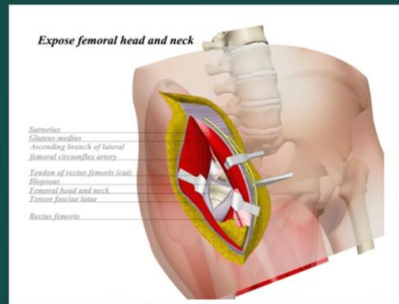
Do que depende a abordagem cirúrgica?

- Incisões anteriores;
- Obesidade;
- Risco de luxação;
- Implante escolhido;
- Grau de deformidade;
- Preferência do cirurgião .

(AbdulNasser, 2017)

Abordagem Anterior (Smith-Peterson)

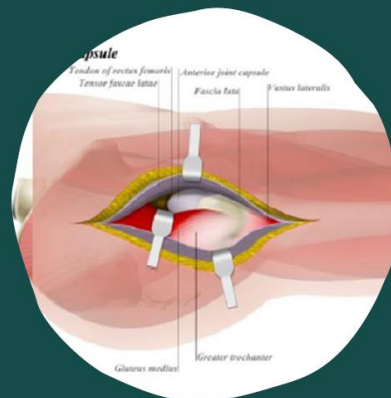
- Intervenção é feita entre o tensor da fáscia lata e o sartório. Plano internervoso: nervo femoral e nervo glúteo superior.
- **Desvantagem:** A exposição femoral pode ser desafiante; Risco de lesar o nervo cutâneo lateral.
- **Vantagem:** menor risco de luxação do que na abordagem posterior; Não existe risco de prejudicar os músculos abdutores.



(AbdulNasser, 2017)

Abordagem Anterior-lateral (Watson Jones)

- Intervenção é feita entre o tensor da fáscia lata e o glúteo médio;
- **Desvantagem:** risco de danificar os músculos abdutores do membro inferior, com consequências na funcionalidade do utente;
- **Vantagem:** menor risco de luxação do que na abordagem posterior.

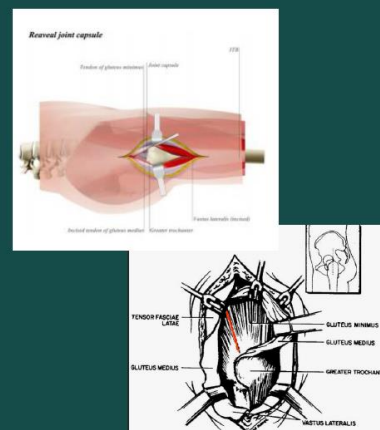


(AbdulNasser, 2017)

Abordagem Lateral (Hardinge)

A mais utilizada no serviço

- Divisão do músculo do glúteo médio, sendo a intervenção realizada entre as suas fibras, evitando o tendão de inserção no grande trocânter. É seccionado o vasto lateral, sem comprometimento do nervo femoral.
- **Desvantagem:** Pode levar a comprometimento dos músculos abdutores do membro inferior.
- **Vantagem:** menor risco de luxação do que na abordagem posterior.



(AbdulNasser, 2017; Deak & Varacallo, 2021)

Quais os movimentos proibidos na abordagem Lateral?


Hiperextensão;

Flexão acima dos 70-90°;

Rotação externa acentuada;

Adução além da linha média.

(AbdulNasser, 2017; Henriques, 2020)




DO NOT BEND FORWARD MORE THAN 90 DEGREES

DO NOT ROLL SURGICAL LEG OUTWARD

DO NOT CROSS LEGS

DO NOT MOVE SURGICAL LEG OUT TO THE SIDE



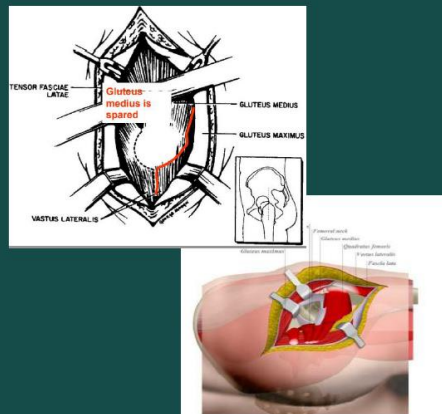
Qual a forma correta para posicionar o utente submetido a ATA sob abordagem Lateral?

Em decúbito dorsal, manter posição anatômica/neutra.

(Henriques, 2020)

Abordagem Posterior

- Vantagens: não tem implicação nos músculos abdutores; boa exposição do fêmur e acetábulo;
- Desvantagens: maior risco de luxação do que em abordagens anteriores.



(AbdulNasser, 2017; Deak & Varacallo, 2021)

Quais os movimentos proibidos?

- Flexão a 90°;
- Adução do membro inferior além da linha média;
- Movimento de rotação interna acentuado.



(AbdulNasser, 2017; Henriques, 2020)

Qual a forma correta para posicionar o utente submetido a ATA sob abordagem Posterior?

- O membro intervencionado deve ser posicionado em **abdução e rotação externa**, colocando uma almofada entre os membros inferiores, o que previne a adução e a rotação interna do membro inferior operado.



(Henriques, 2020)

Cuidados em todas as Abordagens

Decúbito Dorsal:

- Posicionar com almofada sob a região poplíteia de forma a manter flexão do joelho de aproximadamente 30° (apenas por 2h, alternando com períodos sem almofada).

Decúbito Lateral:

- Numa fase inicial de pós-operatório – lateralizar com almofadas sob o membro intervencionado ao longo de toda a extensão do mesmo (2 almofadas, uma na parte interna da raiz da coxa até ao joelho, e outra do joelho à região da articulação tibiotársica);
 - Deve ser alta para promover abdução na abordagem posterior
 - Deve manter alinhamento da articulação, na abordagem lateral
- Após a primeira fase do pós-operatório – almofada entre os joelhos, permitindo que se auto-posicione.

(Henriques, 2020)

Em ambas as abordagens,
para relembrar...

- Não se deve inclinar para a frente ou para o lado quando sentado;
- Não elevar o joelho acima de um ângulo de 90°;
- Não deve cruzar as pernas;
- Não deve carregar pesos;
- Não deve sentar em cadeiras baixas ou sanitas baixas, ou cadeiras sem braços (levam a que se incline mais o corpo para levantar);
- Não rodar a anca de forma brusca;
- Dormir com almofada entre as pernas (para evitar adução além da linha média) – entre 8 a 12 meses, pelo menos;
- Evitar aumento de peso;
- Evitar banho de imersão.

(Henriques, 2020)

Breve Questionário



Referências Bibliográficas

AbdulNasser, D. (2017). OrthoBullets. 5.

Deak, N., & Varacallo, M. (12 de maio de 2021). NCBI. Obtido em 19 de junho de 2021, de Hip Precautions: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537031/#_NBK537031_pubdet_

Henriques, T. (novembro de 2020). Intervenção de Enfermagem de Reabilitação após Artroplastia Total da Anca – Revisão Sistemática da Literatura. Obtido em 9 de junho de 2021, de <https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/23046>

Apêndice XI - Avaliação da Sessão de Formação (Conhecimentos Adquiridos)

Anexo 1

Assinale com uma cruz as opções corretas.

Quais os movimentos proibidos em caso de Artroplastia total da anca por abordagem lateral?

Flexão a 90°	<input type="checkbox"/>
Flexão acima dos 70-90°	<input type="checkbox"/>
Adução do membro inferior além da linha média	<input type="checkbox"/>
Movimento de rotação interna acentuada	<input type="checkbox"/>
Movimento de rotação externa acentuada	<input type="checkbox"/>
Hiperextensão	<input type="checkbox"/>

Quais os movimentos proibidos em caso de Artroplastia total da anca por abordagem posterior?

Flexão a 90°	<input type="checkbox"/>
Flexão acima dos 70-90°	<input type="checkbox"/>
Adução do membro inferior além da linha média	<input type="checkbox"/>
Movimento de rotação interna acentuada	<input type="checkbox"/>
Movimento de rotação externa acentuada	<input type="checkbox"/>
Hiperextensão	<input type="checkbox"/>

Qual a forma correta de posicionamento no leito na abordagem lateral?

Decúbito dorsal, em posição anatómica	<input type="checkbox"/>
Decúbito dorsal, com membros inferiores em abdução e rotação externa (almofada/triângulo abductor)	<input type="checkbox"/>

Qual a forma correta de posicionamento no leito na abordagem posterior?

Decúbito dorsal, em posição anatómica	<input type="checkbox"/>
Decúbito dorsal, com membros inferiores em abdução e rotação externa (almofada/triângulo abductor)	<input type="checkbox"/>

Preencha com V (verdadeiro) ou F (falso).

- Existe menor risco de luxação na abordagem posterior. ____
- O risco de danificar os músculos abdutores do membro inferior é característico das intervenções cirúrgicas realizadas por abordagem posterior. ____
- Em decúbito dorsal, independentemente da abordagem cirúrgica, deve ser colocada uma almofada sob a região poplíteia de forma a manter ligeira flexão dos joelhos e deve ser mantida por 2h, alternando com períodos sem almofada. ____
- O doente deve sempre ser lateralizado com recurso a uma almofada pouco alta, entre os joelhos, independentemente da abordagem cirúrgica. ____

Apêndice XII - Avaliação da Sessão de Formação

Anexo 2

Avaliação da Sessão de Formação

Título: Artroplastia Total da Anca (ATA) – Cuidados de Enfermagem consoante Vias de Abordagem Cirúrgica Local: [REDACTED]	Data: 23/06/2021 Hora: 15:00h Duração: 15 minutos Prelatora: [REDACTED]
--	--

1. Qual seria a sua sugestão para melhorar a formação?

- Melhorar a estrutura
- Simplificar o conteúdo
- Acrescentar informação mais detalhada
- Encurtar a sessão
- Sem sugestão
- Outra _____

2. No geral, a formação correspondeu às suas expectativas.

1=Discordo totalmente 4= Concordo totalmente

- 1
- 2
- 3
- 4

3. Será capaz de aplicar na prática todo o conhecimento adquirido.

1=Discordo totalmente 4= Concordo totalmente

- 1
- 2
- 3
- 4

4. A formação estava bem estruturada e foi de fácil compreensão.

1=Discordo totalmente 4= Concordo totalmente

- 1
- 2
- 3
- 4

3. Os conteúdos estavam organizados e foi fácil acompanhar.

1=Discordo totalmente 4= Concordo totalmente

- 1
- 2
- 3
- 4

6. A duração da formação foi adequada.

1=Discordo totalmente 4= Concordo totalmente

- 1
- 2
- 3
- 4

7. A qualidade dos conteúdos era boa.

1=Discordo totalmente 4= Concordo totalmente

- 1
- 2
- 3
- 4

8. O meu conhecimento relativo ao tópico melhorou.

1=Discordo totalmente 4= Concordo totalmente

- 1
- 2
- 3
- 4

9. De uma maneira geral como classifica a formação?

1= Fraca 4=Excelente

- 1
- 2
- 3
- 4

Apêndice XIII – Avaliação da Sessão de Formação sobre Artroplastia Total da Anca (ATA)-Cuidados de enfermagem consoante Vias de Abordagem Cirúrgica

Avaliação da Sessão de Formação (Conhecimentos Adquiridos)	
	Percentagem de Respostas Corretas
Questão I	81,25%
Questão II	100%
Questão III	62,5%

Avaliação da Sessão de Formação	
	Percentagem de Respostas
<p>1. Qual seria a sua sugestão para melhorar a formação?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Melhorar a estrutura ○ Simplificar o conteúdo ○ Acrescentar informação mais detalhada ○ Encurtar a sessão ○ Sem sugestão ○ Outra _____ 	<p>87,5% Participantes- Sem sugestão</p> <p>6,25% Participantes -Acrescentar informação mais detalhada</p> <p>6,25% Participantes – “Falar mais pausadamente”</p>
<p>2. No geral, a formação correspondeu às suas expectativas.</p>	<p>93,75% Participantes – Concordo Totalmente</p> <p>6,25% Participantes – Concordo Parcialmente</p>
<p>3. Será capaz de aplicar na prática todo o conhecimento adquirido.</p>	<p>68,75% Participantes - Concordo Totalmente</p> <p>31,25% Participantes - Concordo Parcialmente</p>
<p>4.A formação estava bem estruturada e foi de fácil compreensão.</p>	<p>87,5% Participantes - Concordo Totalmente</p> <p>12,5% Participantes - Concordo Parcialmente</p>
<p>5. Os conteúdos estavam organizados e</p>	<p>93,75% Participantes – Concordo</p>

foi fácil acompanhar.	Totalmente 6,25% Participantes - Discordo Parcialmente
6. A duração da formação foi adequada.	75% Participantes – Concordo Totalmente 25% Participantes- - Concordo Parcialmente
7. A qualidade dos conteúdos era boa.	100% - Concorda Totalmente
8. O meu conhecimento relativo ao tópico melhorou.	93,75% Participantes – Concordo Totalmente 6,25% Participantes - Concordo Parcialmente
9. De uma maneira geral como classifica a formação?	93,75% Participantes – Excelente 6,25% Participantes - Boa

Apêndice XIV - Tabela para Avaliação de Pares Cranianos

PARES CRANIANOS				
Nº	NERVO	FUNÇÃO	COMPONENTES	AVALIAÇÃO
I	Olfativo	Olfato	Sensitivo	Solicitar ao utente para com os olhos fechados, identificar o odor de modo bilateral, ocluindo-se uma narina e num segundo momento a outra. I-Café; I-Aroma de Baunilha; I-Canela.
II	Ótico	Visão	Sensitivo	Para avaliar a acuidade visual, pede-se para o utente fechar um dos olhos e fazer contagem dos dedos a várias distâncias, deverá ser testada bilateralmente. Pode também colocar-se uma tabela de leitura para perto, devendo ser colocada a 40cm da pessoa, a visão deve ser testada bilateralmente. Para avaliar o campo de visão, solicita-se à pessoa para fechar um dos olhos e saber até que ângulo consegue observar um dedo. Um campo visual normal começa externamente a 60° em relação à linha média e 40° da linha nasal para dentro. II- Tabela de leitura para perto
III	Motor ocular comum/oculomotor	Miose, elevação da pálpebra superior, elevação, declínio e adução do olho	Motor	Avaliar a resposta pupilar ao estímulo luminoso, incidir o foco de luz do canto externo para o interno de cada olho. Observar a pupila quanto à sua reação, tamanho e forma. Avaliar os movimentos conjugados do globo ocular, pedindo-se à pessoa para seguir o dedo do observador que deve desenhar um H no espaço. Se existir algum movimento não conseguido é importante que fique registado. Igualmente a simetria dos movimentos oculares deverá ser avaliada. Se alterados importa
IV	Patético/troclear	Motricidade do músculo oblíquo superior do bulbo do olho-rotação do olho	Motor	

VI	Motor ocular externo/abducente	Motricidade do músculo reto lateral do bulbo do olho-abdução do olho	Motor	saber se se desviam ao mesmo tempo (conjugados) ou individualmente. Deve ainda identificar-se a presença de nistagmo, movimentos sacádicos ou ptose palpebral. III- Luz
V	Trigêmeo	Controlo dos movimentos da mastigação (ramo motor) Percepções sensoriais da face, seios da face e dentes (ramo sensorial)	Sensitivo e motor	Avaliar bilateralmente a sensibilidade tátil, térmica e dolorosa na região oftálmica, maxilar e mandibular solicitando ao utente para fechar os olhos. V-Sensibilidade Tátil (Algodão); V-Sensibilidade Dolorosa (Palito); V- Sensibilidade Térmica (Tubo de ensaio com água quente e fria). Colocar água quente no interior do tubo de ensaio para esse fim. Identificar a presença do reflexo córneo palpebral, bilateralmente, através do toque com uma compressa na córnea. V-Compressa. Avaliar os movimentos dos músculos mastigadores, com o intuito de identificar a capacidade de o utente encerrar e mover a mandíbula bilateralmente, assim como observar simetrias.
VII	Facial	Controlo dos músculos faciais-mímica facial (ramo motor) Percepção gustativa no terço anterior da língua (ramo sensorial)	Sensitivo e motor	Avaliar se há simetria facial e apagamento do sulco nasogeniano, solicitando ao utente para sorrir e franzir a sobrancelha. Avaliar capacidade para reconhecer os sabores nos dois terços anteriores da língua. VII- Açúcar; VII-Sal. Avaliar se a pessoa apresenta dificuldade em manter a saliva, alimentos sólidos ou líquidos no lado afetado.
VIII	Auditivo/vestibulo-coclear/estato-acústico	Coclear: audição	Sensitivo	Para avaliar divisão coclear, esfregue os dedos suavemente a centímetros do ouvido do utente e questione o paciente se ouve a fricção dos dedos, depois repita do outro lado e pergunte se o som percebido é o mesmo em ambos os lados.

		Vestibular: orientação e movimento		Para avaliar divisão vestibular, avalia-se a presença de tonturas ou vertigem, iniciando-se pelo equilíbrio estático sentado, em que a pessoa mantém as mãos de lado suportando o peso do corpo de modo a manter o equilíbrio. No equilíbrio dinâmico sentado pode induzir-se uma ligeira deslocação no tronco da pessoa, de modo a compensar o movimento, recuperando o equilíbrio. Para avaliar o equilíbrio estático em pé, colocar a pessoa em posição ortostática com os olhos fechados durante um minuto. Considera-se incapaz a pessoa que não permanece na posição solicitada pelo menos 10 segundos. Para avaliar o equilíbrio dinâmico em pé, solicitar à pessoa que caminhe de olhos fechados, para a frente e para trás, num percurso de 1,5m. Espera-se que em pessoas saudáveis não ocorram desvios da marcha.
IX	Glossofaríngeo	Percepção gustativa no terço posterior da língua, percepções sensoriais da faringe, laringe e palato	Sensitivo e motor	Avaliar a capacidade para o utente reconhecer sabores como o doce (açúcar) ou salgado (sal), no 1/3 posterior da língua. VII- Açúcar; VII-Sal.
X	Vago/pneumogástrico	Percepções sensoriais da orelha, faringe, laringe, tórax e vísceras Inervação das vísceras torácicas e abdominais	Sensitivo e motor	Avaliar a presença do reflexo do vômito, encostando a espátula na porção posterior da língua. X- Espátulas. Identificar alterações do tom de voz, hipofonia ou a disфонia, fadiga vocal, tosse ineficaz ou dor local.
XI	Espinhal/acessório	Controlo motor da faringe, laringe, palato, dos músculos esternocleidomastóideo e trapézio- rotação e inclinação da cabeça	Motor	Avaliar a força muscular do esternocleidomastóideo contra uma resistência, solicitando ao utente para lateralizar a cabeça contra a resistência da mão do observador. Na avaliação da força muscular do trapézio (parte superior) solicita-se que eleve os ombros contra a resistência do observador.

		Vestibular: orientação e movimento		Para avaliar divisão vestibular, avalia-se a presença de tonturas ou vertigem, iniciando-se pelo equilíbrio estático sentado, em que a pessoa mantém as mãos de lado suportando o peso do corpo de modo a manter o equilíbrio. No equilíbrio dinâmico sentado pode induzir-se uma ligeira deslocação no tronco da pessoa, de modo a compensar o movimento, recuperando o equilíbrio. Para avaliar o equilíbrio estático em pé, colocar a pessoa em posição ortostática com os olhos fechados durante um minuto. Considera-se incapaz a pessoa que não permanece na posição solicitada pelo menos 10 segundos. Para avaliar o equilíbrio dinâmico em pé, solicitar à pessoa que caminhe de olhos fechados, para a frente e para trás, num percurso de 1,5m. Espera-se que em pessoas saudáveis não ocorram desvios da marcha.
IX	Glossofaríngeo	Percepção gustativa no terço posterior da língua, percepções sensoriais da faringe, laringe e palato	Sensitivo e motor	Avaliar a capacidade para o utente reconhecer sabores como o doce (açúcar) ou salgado (sal), no 1/3 posterior da língua. VII- Açúcar; VII-Sal.
X	Vago/pneumogástrico	Percepções sensoriais da orelha, faringe, laringe, tórax e vísceras Inervação das vísceras torácicas e abdominais	Sensitivo e motor	Avaliar a presença do reflexo do vômito, encostando a espátula na porção posterior da língua. X- Espátulas. Identificar alterações do tom de voz, hipofonia ou a disфонia, fadiga vocal, tosse ineficaz ou dor local.
XI	Espinhal/acessório	Controlo motor da faringe, laringe, palato, dos músculos esternocleidomastóideo e trapézio- rotação e inclinação da cabeça	Motor	Avaliar a força muscular do esternocleidomastóideo contra uma resistência, solicitando ao utente para lateralizar a cabeça contra a resistência da mão do observador. Na avaliação da força muscular do trapézio (parte superior) solicita-se que eleve os ombros contra a resistência do observador.

XII	<u>Grande hipoglossa</u>	Motricidade dos músculos da língua (mastigação, deglutição, articulação de palavras)	Motor	Avaliar diferentes movimentos da língua, nomeadamente a propulsão ântero-posterior na linha média e a lateralidade para a esquerda e para direita, identificando se há desvios ou tremores da língua. Verificar se há atrofia da língua, desvio da úvula ou acumulação de saliva.
-----	--------------------------	--	-------	---

(Menoita, Sousa, Alvo, & Vieira, 2012, pp. 48-57)

Referências Bibliográficas

Menoita, E. C., Sousa, L. M., Alvo, I. B., & Vieira, C. M. (2012). *Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC: Contributos para um Envelhecer Resiliente*. Loures: Lusociência.

Discente: Carolina Sim Sim

Docente: Professor Doutor Luís Manuel Mota de Sousa, Universidade de Évora

Apêndice XV - Caixa de Avaliação de Pares Cranianos





Apêndice XVI- Tabela de Registo da Avaliação dos Pares Cranianos

AVALIAÇÃO DOS PARES CRANIANOS		
Nº	NERVO	OBSERVAÇÕES
I	<u>Olfativo</u>	<ul style="list-style-type: none"> o Anosmia (Perda total do olfato) o Hiposmia (Perda parcial do olfato) o Parosmia (Perversão da percepção dos cheiros) o Olfato mantido
II	<u>Ótico</u>	<ul style="list-style-type: none"> o Acuidade visual mantida o Amaurose (perda total da visão por lesão deste nervo) o Ambliopia (diminuição da acuidade visual) direita/esquerda/bilateral o Cegueira (perda total da visão por lesão em qualquer parte do aparelho visual) o Sem défices campimétricos o Escotomas (manchas escuras que se projetam em negro sobre os objetos fixados) o Hemianopsia parcial esquerda/direita (perda da visão suprimindo a metade do campo visual de cada olho) o Hemianopsia completa esquerda/direita o Hemianopsia bilateral (cego, incluindo cegueira cortical)
III	<u>Motor ocular comum/oculomotor</u>	<ul style="list-style-type: none"> o Discoria (irregularidade do contorno pupilar) o Isocoria (pupilas reagem de forma igual) o Anisocoria (pupilas reagem de forma diferente)
IV	<u>Patético/trocLEAR</u>	<ul style="list-style-type: none"> o Ptose palpebral (queda da pálpebra superior) o Nistagmo (movimentos oculares involuntários e rápidos do globo ocular, podendo ser verticais, horizontais ou rotatórios)
VI	<u>Motor ocular externo/abducente</u>	<ul style="list-style-type: none"> o Desvio do olhar conjugado
V	<u>Trigêmeo</u>	<ul style="list-style-type: none"> o Sensibilidade tátil direita/esquerda alterada na secção oftálmica/maxilar/mandibular o Sensibilidade térmica direita/esquerda alterada na secção oftálmica/maxilar/mandibular o Sensibilidade dolorosa direita/esquerda alterada na secção oftálmica/maxilar/mandibular o Presença de reflexo córneo direito/esquerdo o Movimentos mastigatórios

VII	<u>Facial</u>	<ul style="list-style-type: none"> o Movimentos normais e simétricos o Paralisia facial central <u>paralisia</u> (apagamento do sulco nasolabial, assimetria no sorriso) o Paralisia facial central evidente (paralisia facial inferior total ou quase total) o Paralisia facial completa (ausência de movimentos faciais das regiões superiores e inferiores da face) o Ageusia dois terços anteriores da língua (falta de paladar independente da causa) o <u>Dysgeusia</u> dois terços anteriores da língua (percepção do paladar alterada)
VIII	<u>Auditivo/estibulo-coclear/estato-acústico</u>	<ul style="list-style-type: none"> o Hipocúsmia o Acuidade auditiva mantida o Presença de tonturas ou vertigens o Equilíbrio estático sentado (alterado/mantido) o Equilíbrio estático em posição ortostática (alterado/mantido) o Equilíbrio dinâmico sentado (alterado/mantido) o Equilíbrio dinâmico em posição ortostática (alterado/mantido)
IX	<u>Glossofaríngeo</u>	<ul style="list-style-type: none"> o Ageusia no terço posterior da língua o <u>Dysgeusia</u> no terço posterior da língua
X	<u>Vago/pneumogástrico</u>	<ul style="list-style-type: none"> o Presença do reflexo de vômito o <u>Hinofonia</u> ou Disfonia o Tosse eficaz o Tosse ineficaz o Dor local
XI	<u>Espinal/acessório</u>	<ul style="list-style-type: none"> o Força muscular contra uma resistência mantida no esternocleidomastóideo o Força muscular contra uma resistência mantida no trapézio o Força muscular alterada no esternocleidomastóideo o Força muscular alterada no trapézio
XII	<u>Grande hipoglosso</u>	<ul style="list-style-type: none"> o Ausência de movimentos da língua o Propulsão ântero-posterior na linha média e lateralidade para a direita e esquerda o Desvios ou tremores da língua o Atrofia da língua o Desvio da úvula o Acumulação de saliva

Referências Bibliográficas:

Melo, E. C., Sousa, L. M., Alvo, I. B., & Vieira, C. M. (2012). *Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC: Contributos para um Envelhecer Resiliente*. Loures: Lusociência.

Discante, Carolina Sim Sim

Docente: Professor Doutor Luis Manuel Moita de Sousa, Universidade de Evora

Apêndice XVII - Sessão de Formação sobre Avaliação dos Pares Cranianos

Mestrado em Enfermagem em Associação

UNIVERSIDADE DE ÉVORA
Escola Superior de Enfermagem São João de Deus


Escola Superior de Saúde
Dr. Engenheiro

Universidade de Évora
Escola Superior de Enfermagem São João de Deus
Mestrado em Enfermagem – Especialidade Enfermagem de Reabilitação

AVALIAÇÃO DOS PARES CRANIANOS

Discente: Carolina Sim Sim

Docente: Professor Doutor Luis Mamel Mota de Sousa, Universidade de Évora



AVALIAÇÃO DA PESSOA COM AVC

EXAME NEUROLÓGICO

- ESTADO MENTAL
- PARES CRANIANOS
- MOTRICIDADE
- SENSIBILIDADE
- EQUILÍBRIO
- MARCHA

PARES CRANIANOS

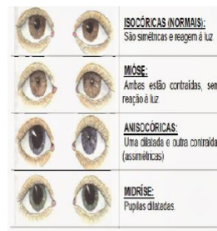
- 12 PARES DE NERVOS CRANIANOS
- LIGADOS AO ENCÉFALO
- I-OLFATIVO, II- ÓPTICO, III-OCULOMOTOR COMUM, IV-PATÉTICO OU TROCLEAR, V-TRIGÊMIO, VI-MOTOR OCULAR EXTERNO, VII-FACIAL, VIII-VESTÍBULO-COCLEAR OU ESTATO ACÚSTICO, IX-GLOSSOFARÍNGEO, X-VAGO/PNEUMOGÁSTRICO, XI- ESPINHAL OU ACESSÓRIO E XII-HIPOGLOSSO
- PARES DE NERVOS CRANIANOS I E II EMBORA CLASSIFICADOS COMO NERVOS CRANIANOS, SÃO TECNICAMENTE PROLONGAMENTOS DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL



Diagrama anatómico dos pares cranianos:

- Olfatório (I)
- Óptico (II)
- Oculomotor (III)
- Trigêmeo (V)
- Abducente (VI)
- Facial (VII)
- Vestibulococlear (VIII)
- Glossofaríngeo (IX)
- Hipoglosso (XII)
- Accesório (XI)
- Vago (X)
- Patético (IV)

Avaliar a **resposta pupilar ao estímulo luminoso**, incidir o foco de luz do canto externo para o interno de cada olho. Observar a pupila quanto à sua reação, tamanho e forma.

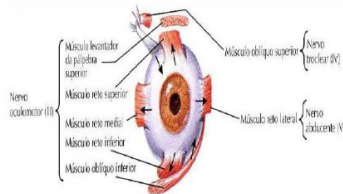


III OCULOMOTOR/ IV TROCLEAR/ VI ABDUCENTE

Função: Motricidade do olho
Componentes: Motor

(Menoita, Sousa, Alvo, & Vieira, 2012, pp. 48-57)

III OCULOMOTOR/ IV TROCLEAR/VI ABDUCENTE



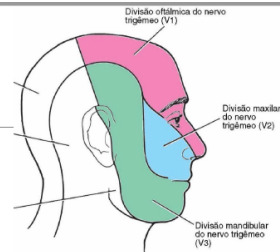
Avaliar os **movimentos conjugados do globo ocular**, pedindo-se à pessoa para seguir o dedo do observador que deve desenhar um **H** no espaço. Se existir algum movimento não conseguido é importante que fique registado. Igualmente a simetria dos movimentos oculares deverá ser avaliada.

(Menoita, Sousa, Alvo, & Vieira, 2012, pp. 48-57)

V- NERVO TRIGÉMEO

Função: **Controlo dos movimentos da mastigação** (ramo motor)
Percepções sensoriais da face, seios da face e dentes (ramo sensorial)

Componentes: Sensitivo e Motor



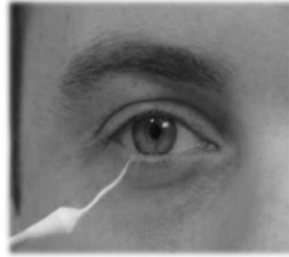
Avaliação: Avaliar **sensibilidade tátil, térmica e dolorosa** na região **oftálmica, maxilar e mandibular** solicitando ao utente para fechar os olhos.

Avaliar os **movimentos dos músculos mastigadores**, com o intuito de identificar a capacidade de o utente encerrar e mover a mandíbula bilateralmente, assim como observar simetrias.



(Menoita, Sousa, Alvo, & Vieira, 2012, pp. 48-57)

V- NERVO TRIGÉMEO



Identificar a presença do **reflexo córneo palpebral**, bilateralmente, através do toque com uma compressa na córnea.

(Menoita, Sousa, Alvo, & Vieira, 2012, pp. 48-57)

VII - NERVO FACIAL

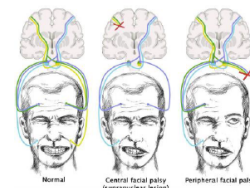
Função: Controlo dos músculos faciais-mímica facial (ramo motor); Percepção gustativa no terço anterior da língua (ramo sensorial)

Componente: Sensitivo e motor

Avaliação: Avaliar se há **simetria facial** e **apagamento do sulco nasogeniano**, solicitando ao utente para sorrir e franzir a sobrancelha.

Avaliar capacidade para **reconhecer os sabores nos dois terços anteriores da língua**.

Avaliar se a pessoa apresenta dificuldade em manter a saliva, alimentos sólidos ou líquidos no lado afetado.



(Menoita, Sousa, Alvo, & Vieira, 2012, pp. 48-57)

VIII- NERVO VESTIBULO-COCLEAR

Função: Coclear (**Audição**) e Vestibular (**Orientação e movimento**)

Componente: Sensitivo

Avaliação: Para **avaliar divisão coclear**, esfregue os dedos suavemente a centímetros do ouvido do utente e questione o paciente se ouve a fricção dos dedos, depois repita do outro lado e pergunte se o som percebido é o mesmo em ambos os lados.

Para **avaliar divisão vestibular**, avalia-se o equilíbrio estático sentado, equilíbrio dinâmico sentado, equilíbrio estático em pé e equilíbrio dinâmico em pé.



(Menoita, Sousa, Alvo, & Vieira, 2012, pp. 48-57)

IX- NERVO GLOSSOFARÍNGEO

Função: Percepção gustativa no terço posterior da língua, percepções sensoriais da faringe, laringe e palato

Componentes: Sensitivo e motor

Avaliação: Avaliar a capacidade para o utente reconhecer sabores como o doce (açúcar) ou salgado (sal), no 1/3 posterior da língua.



Ageusia no terço posterior da língua
Digeusia no terço posterior da língua

(Menoita, Sousa, Alvo, & Vieira, 2012, pp. 48-57)

X- NERVO VAGO

Função: Percepções sensoriais da orelha, faringe, laringe, tórax e vísceras; Inervação das vísceras torácicas e abdominais.

Componente: Sensitivo e motor

Avaliação: Avaliar a presença do reflexo do vômito, encostando a espátula na porção posterior da língua.

Identificar alterações do tom de voz, hipofonia ou a disfonia, fadiga vocal, tosse ineficaz ou dor local.



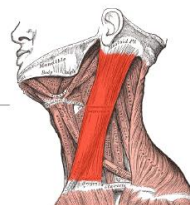
(Menoita, Sousa, Alvo, & Vieira, 2012, pp. 48-57)

XI- NERVO ESPINHAL

Função: Controlo motor da faringe, laringe, palato, dos músculos esternocleidomastóideu e trapézio- rotação e inclinação da cabeça

Componente: Motor

Avaliação: Avaliar a força muscular do esternocleidomastóideu contra uma resistência, solicitando ao utente para lateralizar a cabeça contra a resistência da mão do observador. Na avaliação da força muscular do trapézio (parte superior) solicita-se que eleve os ombros contra a resistência do observador.



(Menoita, Sousa, Alvo, & Vieira, 2012, pp. 48-57)

AVALIAÇÃO DOS PARES CRANIANOS		
Nº	NERVO	OBSERVAÇÕES
I	Olfativo	<ul style="list-style-type: none"> o Anosmia (Perda total do olfato) o Hiposmia (Perda parcial do olfato) o Parosmia (Perversão da percepção dos cheiros) o Olfato mantido
II	Ótico	<ul style="list-style-type: none"> o Acuidade visual mantida o Ametropia (perda total da visão por lesão deste nervo) o Anisopia (diminuição da acuidade visual) direita/esquerda/bilateral o Cegueira (perda total da visão por lesão em qualquer parte do aparelho visual) o Sem défices campimétricos o Escotomas (manchas escuras que se projetam em negro sobre os objetos fixados) o Hemianopsia parcial esquerda/direita (perda da visão suprimindo a metade do campo visual de cada olho) o Hemianopsia completa esquerda/direita o Heteranopsia heteranopsia bilateral (cego, incluindo cegueira cortical)
III	Motor ocular comum/oculomotor	<ul style="list-style-type: none"> o Diplopia Diplopia (irregularidade do contorno pupilar) o Uso Diplopia (pupila reagiu de forma igual) o Anisocoria (pupila reagiu de forma diferente) o Ptoze palpebral (queda da pálpebra superior) o Niágago (movimentos oculares involuntários e rápidos do globo ocular, podendo ser verticais, horizontais ou rotatórios) o Derivo do olhar conjugado
IV	Patético/trocLEAR	
VI	Motor ocular externo/abducente	
V	Trigemino	<ul style="list-style-type: none"> o Sensibilidade tátil direita/esquerda alterada na secção oftálmica/maxilar/mandibular o Sensibilidade térmica direita/esquerda alterada na secção oftálmica/maxilar/mandibular o Sensibilidade dolorosa direita/esquerda alterada na secção oftálmica/maxilar/mandibular o Presença de reflexo córneo direto/esquerdo o Movimentos mastigatórios

VII	Facial	<ul style="list-style-type: none"> o Movimentos somáticos e simétricos o Paralisia facial central total (engastamento do palco total total, assimetria no sorriso) o Paralisia facial central total (paralisia facial inferior total ou quase total) o Paralisia facial completa (ausência de movimentos faciais em regiões superiores e inferiores da face) o Ausência dos tempos anteriores da língua (falha do paladar independente da causa) o Diplopia dos tempos anteriores da língua (percepção do paladar alterada) o Hiposmia o Acuidade auditiva mantida o Presença de tonturas ou vertigens o Equilíbrio estático sentido (alterado/mantido) o Equilíbrio estático em posição ortostática (alterado/mantido) o Equilíbrio dinâmico sentido (alterado/mantido) o Equilíbrio dinâmico em posição ortostática (alterado/mantido)
VIII	Auditiva/vestibulo-ocular/vestibulo-acústico	<ul style="list-style-type: none"> o Ausência do tempo posterior da língua o Diplopia no tempo posterior da língua
IX	Chusferbiano	<ul style="list-style-type: none"> o Presença de reflexo de vômito o Hidropisia ou Difusão o Tese afra o Tese suftica o Der total o Força muscular contra uma resistência mantida no estomocelocostomocido o Força muscular contra uma resistência mantida no trapezio o Força muscular alterada no omocelocostomocido o Força muscular alterada no trapezio o Ausência de movimentos da língua o Propulsão Antero-posterior na linha média e lateralidade para a direita e esquerda o Derivação ou tomocmo da língua o Atrofia da língua o Derivo da tróila o Autonomia da língua
X	Vestibuloacústico	
XI	Esfinhal/vesceto	
XII	Grande hioceboso	

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Menoita, E. C., Sousa, L. M., Alvo, I. B., & Vieira, C. M. (2012). *Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC: Contributos para um Envelhecer Resiliente*. Loures: Lusociência.

OBRIGADA PELA
ATENÇÃO!

Apêndice XVIII- Folheto sobre Terapêutica Inalatória

No caso da prescrição médica de 3 inaladores, nomeadamente, **Salbutamol (Ventilan)**, **Brometo de Ipratrópio (Atrovent)** e **Beclometasona (Beclotaide)**, deve fazê-los na seguinte ordem:



1º: Salbutamol (Ventilan) - Broncodilatador



2º: Brometo de Ipratrópio (Atrovent) -Broncodilatador



3º: Beclometasona (Beclotaide) - Corticóides



Notas






Terapêutica Inalatória

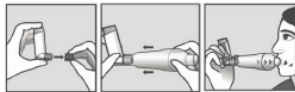
Évora, março de 2022

Terapêutica Inalatória

Atualmente, a via inalatória é a preferível no tratamento das doenças respiratórias e contribui para a melhoria da qualidade de vida dos doentes. Porém, a otimização da terapêutica requer uma técnica adequada.

A via inalatória, permite uma ação terapêutica mais rápida e com maior eficácia, utilizando doses menores de terapêutica.

Câmara Expansora com Bucal



Câmara Expansora com Máscara



Técnica Correta de Utilização da Terapêutica Inalatória com uso de Câmara Expansora

- 1º: Fique em pé, sentado ou semi-sentado com o objetivo de permitir a máxima expansão torácica;
- 2º: Friccione entre as mãos o inalador de modo a atingir a temperatura corporal;
- 3º: Retire a tampa da embalagem e agite a mesma, com o intuito de atingir a pressão ideal no interior para a geração de aerossol;
- 4º: Coloque a embalagem na posição vertical (em forma de I) e adapte à câmara expansora;
- 5º: Efetue uma **expiração lenta**;
- 6º: Coloque o bucal na boca, encerrando os lábios;
- 7º: Nas câmaras expansoras com máscara, esta deve ficar bem adaptada à face;
- 8º: **Pressione o inalador**;
- 9º: O intervalo entre a pressão do inalador e a inspiração não deve ultrapassar os 30 segundos;
- 10º: **Inspire lentamente** até à capacidade pulmonar total;
- 11º: **Sustenha a respiração** durante 10 segundos;
- 12º: Execute uma **segunda inalação lenta para assegurar o esvaziamento da câmara e aproveitamento completo da dose administrada** (30 segundos);
- 13º: **Aguarde 30 segundos** a 1 minuto antes de pressionar novamente o inalador;
- 14º: **Lave a boca** após as inalações.

Manutenção da Terapêutica Inalatória



- ⇒ Não coloque a embalagem a temperaturas superiores a 50°C;
- ⇒ Não perfure a embalagem;
- ⇒ A cada doente deve corresponder um inalador. O aplicador, após a remoção da embalagem pressurizada, deve ser lavado 2-3 vezes/semana em água morna e detergente suave e posteriormente bem seco;
- ⇒ No caso do inalador ser utilizado por outra pessoa submeta o aplicador a desinfeção.

Manutenção da Câmara Expansora



- ⇒ **Desmonte todas as peças** da câmara expansora;
- ⇒ **Lave a câmara expansora** com um detergente suave **1x/semana**;
- ⇒ **Seque e monte novamente** a câmara, verificar o funcionamento da válvula antes da utilização;
- ⇒ **Substitua câmaras expansoras** com fissuras;
- ⇒ **Armazene as câmaras** em locais em que não exista deposição de pó ou gordura;
- ⇒ **Substitua a câmara expansora** anualmente ou quando danificadas.

Apêndice XIX- Folheto sobre Oxigenioterapia

A oxigenioterapia é utilizada para compensar a falta de oxigénio no sangue. Esta terapia requer prescrição médica.

O médico avalia a quantidade de oxigénio no sangue, prescreve o número de horas e o débito (litros/minuto).

Objetivos da Oxigenioterapia

- ◊ Corrigir a hipoxemia, isto é, baixa concentração de oxigénio no sangue arterial;
- ◊ Reduzir os sintomas associados à hipoxemia;
- ◊ Reduzir a carga de trabalho pelo sistema cardiopulmonar.

Fontes de Oxigenioterapia

- ◊ Gasoso (rampa ou garrafa/cilindro);
- ◊ Concentradores;
- ◊ Líquido.



Fonte de O2 - Gasoso



Fonte de O2 - Concentrador



Fonte de O2 - Líquido

Oxigenioterapia Gasosa:

- Necessita de um manorredutor manual para assegurar a pressão de saída e um debitómetro para regular o fluxo.
- Existem cilindros portáteis, contudo para serem transportados precisam de mochila ou carrinho pelo seu peso elevado.

Oxigenioterapia por Concentrador:

- Permite uma fonte de oxigénio inacabável, uma vez que que o O2 é transformado a partir do ar atmosférico.
- Permite uma maior mobilidade dentro da sua casa.
- Não existe a necessidade de armazenamento de inúmeros cilindros.
- O aparelho leva 15 a 30 minutos a funcionar corretamente. Deve possuir uma garrafa no caso de existir uma falha de eletricidade.
- Nunca deve virar o concentrador ao contrário!

Oxigenioterapia Líquido:

- O oxigénio gasoso é convertido em líquido a temperaturas muito baixas, o que permite o armazenamento de maiores quantidade do que no estado gasoso.
- É menos pesado comparativamente com o cilindro portátil.
- Tem de ser cheio, mesmo quando não utilizado pois evapora mais rapidamente se não utilizado.

Sistemas e Interfaces

O oxigénio pode ser dispensado através de sistemas de baixo ou de alto fluxo.

Óculos ou Cânulas Nasais

O débito pode ser de 1 a 6l/min.



Máscara Facial

O tamanho da máscara deve ter em conta que o nariz e a boca devem ser completamente abrangidos.



Como Administrar Oxigénio

- ⇒ Ligue o concentrador e teste o seu funcionamento;
- ⇒ Avalie o funcionamento do debitómetro;
- ⇒ Lave a boca e o nariz, se necessário;
- ⇒ Ajuste a interface (óculos nasais ou máscara facial);
- ⇒ Ajuste o débito de oxigénio conforme a prescrição do médico;
- ⇒ No caso de falha elétrica, abrir o manómetro do cilindro, ajustar débito de oxigénio prescrito no debitómetro, adaptar a interface ao debitómetro.

Cuidados na Utilização de Oxigenioterapia no Domicílio

- ⇒ No caso de falta de ar, respiração acelerada, palidez, cianose ou alteração do estado de consciência contacte a UHDP;
- ⇒ É importante cumprir o tempo e o débito prescrito pelo médico;
- ⇒ Não mantenha o concentrador numa divisão com a porta e janelas fechadas;
- ⇒ Não coloque fontes de calor ou fumo do tabaco junto do equipamento de oxigénio;
- ⇒ Não coloque gordura ou óleo junto da fonte de oxigénio uma vez que ajudam à combustão.





Notas



Oxigenioterapia

Évora, março de 2022

Apêndice XX- Checklist para Validação de Conhecimentos

Checklist para Validação da Técnica de Utilização da Terapêutica Inalatória com uso de Câmara Expansora

Descrição	SIM	NÃO
A pessoa está de pé, sentada ou semi-sentada.		
A pessoa retira o contator cilíndrico da embalagem, aquece-o entre as mãos e adapta-o novamente.		
A pessoa retira a tampa da embalagem e agita-a na posição vertical, por fim adapta-a à câmara expansora.		
A pessoa efetua uma expiração lenta. Adapta a máscara à face, ocluindo as narinas e a boca.		
A pessoa ativa o inalador, pressionando-o. Inspira lentamente até a capacidade pulmonar total. Aguarda 30 segundos no mínimo e pressiona novamente o inalador.		
Cumpra as inalações prescritas pelo médico e a ordem correta da sua utilização.		
Repete todos os passos para administração do segundo e terceiro inalador.		
Na inalação de corticoides, lava a cavidade oral.		
Número de Respostas "SIM" _____		

Checklist para Validação de Conhecimento de Manutenção da Terapêutica Inalatória

Descrição	SIM	NÃO
A pessoa mantém as embalagens armazenadas em locais com a temperatura inferior a 50°C.		
A pessoa mantém as embalagens dos inaladores íntegras.		
A pessoa faz a higienização do aplicador 2-3 vezes/semana em água morna e detergente suave e posteriormente seca.		
A pessoa desinfeta o aplicador após a utilização por outra pessoa.		
Número de Respostas "SIM" _____		

Checklist para Validação de Conhecimento de Manutenção da Câmara Expansora

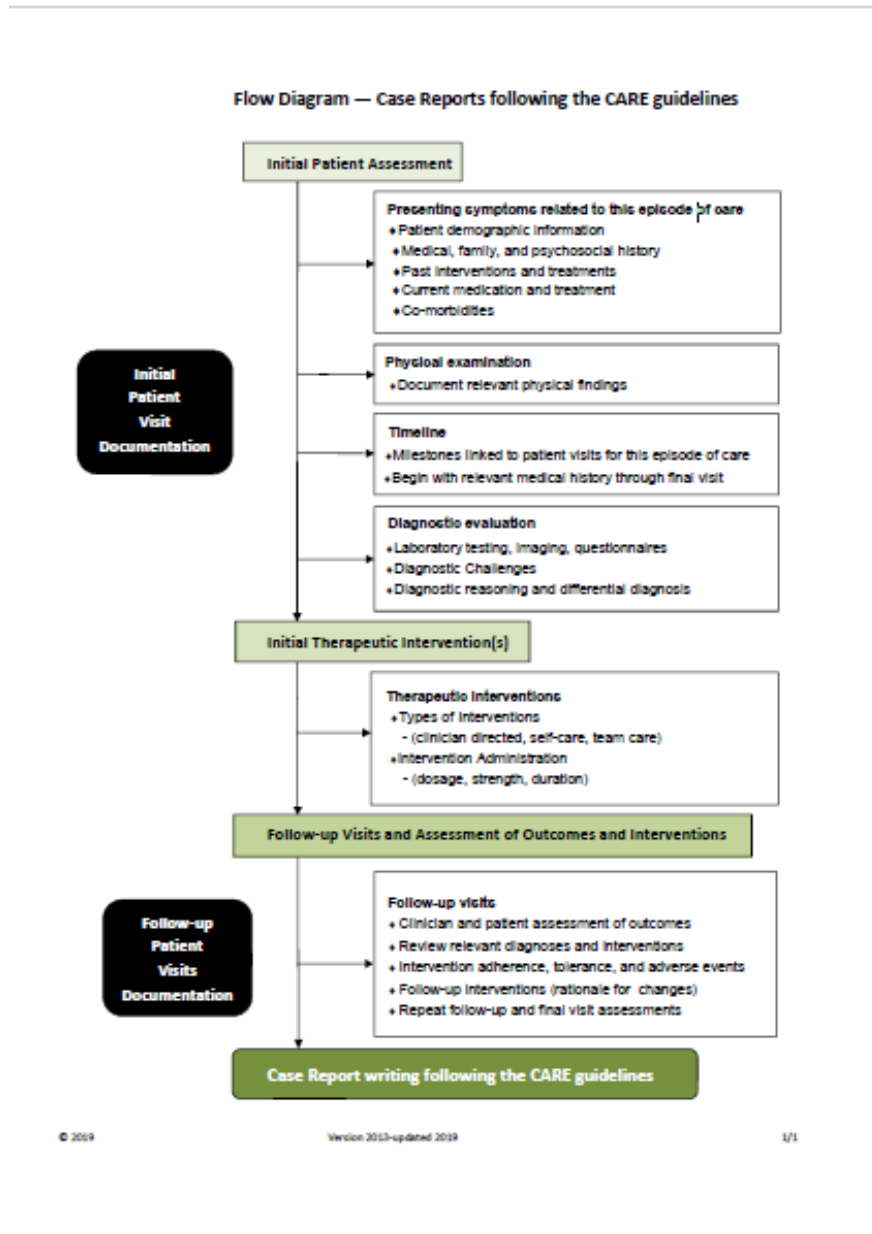
Descrição	SIM	NÃO
A pessoa desmonta todas as peças da câmara expansora.		
A pessoa lava a câmara expansora 1x/semana, posteriormente seca e verifica o funcionamento da válvula.		
A pessoa armazena a câmara expansora em local onde não existe deposição de pó ou gordura.		
A pessoa detém conhecimento para substituir a câmara quando danificadas ou anualmente.		
Número de Respostas "SIM" _____		

Respostas Corretas: ___/16

Objetivo atingir 80% de respostas corretas ou seja 13/16 para se considerar conhecimentos adquiridos

Anexos

Anexo I - Flow Diagram — Case Reports following the CARE guidelines

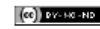


(CARE, 2019)

Anexo II- CARE Checklist of information to include when writing a case report



CARE Checklist of information to include when writing a case report



Topic	Item	Checklist item description	Reported on Line
Title	1	The diagnosis or intervention of primary focus followed by the words "case report"	_____
Key Words	2	2 to 5 key words that identify diagnoses or interventions in this case report, including "case report"	_____
Abstract (no references)	3a	Introduction: What is unique about this case and what does it add to the scientific literature?	_____
	3b	Main symptoms and/or important clinical findings	_____
	3c	The main diagnoses, therapeutic interventions, and outcomes	_____
	3d	Conclusion—What is the main "take-away" lesson(s) from this case?	_____
Introduction	4	One or two paragraphs summarizing why this case is unique (may include references)	_____
Patient Information	5a	De-identified patient specific information.	_____
	5b	Primary concerns and symptoms of the patient.	_____
	5c	Medical, family, and psycho-social history including relevant genetic information	_____
	5d	Relevant past interventions with outcomes	_____
Clinical Findings	6	Describe significant physical examination (PE) and important clinical findings.	_____
Timeline	7	Historical and current information from this episode of care organized as a timeline	_____
Diagnostic Assessment	8a	Diagnostic testing (such as PE, laboratory testing, imaging, surveys)	_____
	8b	Diagnostic challenges (such as access to testing, financial, or cultural)	_____
	8c	Diagnosis (including other diagnoses considered)	_____
	8d	Prognosis (such as staging in oncology) where applicable	_____
Therapeutic Intervention	9a	Types of therapeutic intervention (such as pharmacologic, surgical, preventive, self-care)	_____
	9b	Administration of therapeutic intervention (such as dosage, strength, duration)	_____
	9c	Changes in therapeutic intervention (with rationale)	_____
Follow-up and Outcomes	10a	Clinician and patient-assessed outcomes (if available)	_____
	10b	Important follow-up diagnostic and other test results	_____
	10c	Intervention adherence and tolerability (How was this assessed?)	_____
	10d	Adverse and unanticipated events	_____
Discussion	11a	A scientific discussion of the strengths AND limitations associated with this case report	_____
	11b	Discussion of the relevant medical literature with references	_____
	11c	The scientific rationale for any conclusions (including assessment of possible causes)	_____
	11d	The primary "take-away" lessons of this case report (without references) in a one paragraph conclusion	_____
Patient Perspective	12	The patient should share their perspective in one to two paragraphs on the treatment(s) they received	_____
Informed Consent	13	Did the patient give informed consent? Please provide if requested	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

(CARE , 2013)

Anexo III- - Mini-Mental State Examination de Folstein

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos? _____ Em que país estamos? _____
Em que mês estamos? _____ Em que distrito vive? _____
Em que dia do mês estamos? _____ Em que terra vive? _____
Em que dia da semana estamos? _____ Em que casa estamos? _____
Em que estação do ano estamos? _____ Em que andar estamos? _____

2. Retenção (contar 1 ponto por cada palavra correctamente repetida)

"Vou dizer três palavras, queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas, procure ficar a sabê-las de cor".

Pêra _____

Gato _____

Bola _____

3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correcta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como correctas. Parar ao fim de 5 respostas)

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar".

27_ 24_ 21_ 18_ 15_

4. Evocação (1 ponto por cada resposta correcta.)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".

Pêra _____

Gato _____

Bola _____

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correcta)

a. "Como se chama isto? Mostrar os objectos:

Relógio _____

Lápis _____

b. "Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA" _____

c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa"; dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita _____

Dobra ao meio _____

Coloca onde deve _____

d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase.

Fechou os olhos _____

e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação. _____

6. Capacidade Construtiva (1 ponto pela cópia correcta.)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação. _____



TOTAL(Máximo 30 pontos): _____

PONTUAÇÃO:

É atribuído um ponto à resposta correta a cada questão, perfazendo a pontuação final o máximo de 30 pontos.

A interpretação da pontuação final depende do nível educacional do idoso.

	Pontos
Analfabetos	≤15
1 a 11 anos de escolaridade	≤22
Escolaridade superior a 11 anos	≤27

Tempo de aplicação: 5-10 minutos

(Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (GERMI), pp. 14-15)

Anexo IV- Escala de *Barthel*

1. Alimentação	
Independente	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar os alimentos)	<input type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input type="checkbox"/> 0
2. Transferências	
Independente	<input type="checkbox"/> 15
Precisa de alguma ajuda	<input type="checkbox"/> 10
Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, não tem equilíbrio sentado	<input type="checkbox"/> 0
3. Toalete	
Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes.....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, necessita de alguma ajuda	<input type="checkbox"/> 0
4. Utilização do WC	
Independente	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda	<input type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input type="checkbox"/> 0
5. Banho	
Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda)	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, necessita de alguma ajuda	<input type="checkbox"/> 0
6. Mobilidade	
Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses)	<input type="checkbox"/> 15
Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda	<input type="checkbox"/> 10
Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas.....	<input type="checkbox"/> 5
Imóvel	<input type="checkbox"/> 0
7. Subir e Descer Escadas	
Independente, com ou sem ajudas técnicas	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de ajuda.....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input type="checkbox"/> 0
8. Vestir	
Independente	<input type="checkbox"/> 10
Com ajuda	<input type="checkbox"/> 5
Impossível	<input type="checkbox"/> 0
9. Controlo Intestinal	
Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar	<input type="checkbox"/> 10
Acidente ocasional	<input type="checkbox"/> 5
Incontinente ou precisa de uso de clisteres	<input type="checkbox"/> 0
10. Controlo Urinário	
Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho	<input type="checkbox"/> 10
Acidente ocasional (máximo uma vez por semana).....	<input type="checkbox"/> 5
Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho	<input type="checkbox"/> 0
TOTAL	

Escala de Barthel – Instruções

GERAIS

O índice deverá ser usado como um registo do que o doente faz, **NÃO** como um registo do que o doente poderia fazer. O principal objectivo é determinar o grau de independência sem qualquer ajuda, física ou verbal, por mínima e qualquer razão que seja.

A necessidade de supervisão implica a classificação de **NÃO** independente.

As performances do doente deverão ser estabelecidas segundo a melhor prova disponível. A fonte habitual será o inquérito ao doente, amigos/ familiares e enfermeiros, mas também são importantes a observação directa e o senso comum. No entanto, comprovação directa não é necessária.

Geralmente é importante a performance das últimas 24-48 horas*, mas ocasionalmente períodos mais longos serão apropriados.

Os doentes inconscientes deverão ter a cotação de "0" em todos os itens, mesmo se ainda não incontinentes.

Os níveis médios implicam que o doente faça mais de 50% do esforço.

Para ser independente, é permitido o uso de auxiliares e ajudas técnicas.

ESPECÍFICAS

Intestino (semana anterior)

Se necessita que lhe seja aplicado um clister, então "incontinente" *.

Ocasional * = uma vez por semana.

Bexiga (semana anterior)

Ocasional = menos de uma vez por dia.

O doente algaliado que consegue utilizar autonomamente a sonda, é registado como "continente".

Higiene Pessoal (últimas 24 – 48 horas)

Refere-se: lavar os dentes, colocar prótese dentária, pentear-se, barbear-se, lavar a cara. Os acessórios de higiene podem ser fornecidos por terceiro.

Alimentação

Capaz de comer qualquer tipo de comida (e não só comida pastosa*). Comida cozinhada e servida por outros, mas não cortada.

Ajuda = comida cortada, o doente come sozinho*.

Transferências

Da cama para a cadeira e vice-versa.

Dependente – SEM equilíbrio sentado (incapaz de se sentar): duas pessoas para o levantar.

Ajuda maior = Uma pessoa forte/ experiente, ou duas pessoas normais. Consegue levantar-se.

Ajuda menor = Uma pessoa com facilidade, OU necessita de supervisão para segurança.

Mobilidade

Refere-se à mobilidade perto da casa ou no bairro e dentro de casa. Pode usar auxiliar de marcha de qualquer tipo. Se em cadeira de rodas, tem que ser capaz de ultrapassar portas/ esquinas sem auxílio de terceiro.

Ajuda = Por uma pessoa, não treinada, incluindo apoio moral/supervisão.

Vestir

Deve ser capaz de escolher e vestir toda a roupa, que pode ser adaptada.

Ajuda = auxílio nos botões, fecho de correr, etc. (verifique!), mas consegue vestir algumas peças sozinho*

Escadas

Pode usar qualquer tipo de auxiliares de marcha para ser independente.

Banho

Geralmente, a atividade mais difícil.

Tem que entrar e sair sem supervisão e lavar-se autonomamente.

Independente no duche = "independente" se sem supervisão/sem auxílio*.

*= Itens acrescentados ou modificados após estudo: asterisco no final, todo o item acrescentado; asterisco no meio, frase acrescentada ou clarificada.

Índice de Barthel – Instruções

Intestinos

0- Incontinente (ou necessita que lhe sejam aplicados clisteres)

5- Acidente ocasional (um / semana)

10- Contínente

Bexiga

0- Incontinente ou algaliado e incapaz da sua utilização

5- Acidente ocasional (um/ dia)

10- Contínente (há mais de 7 dias)

Higiene Pessoal

0- Necessita auxílio nos cuidados pessoais

5- Independente: face/ cabelo/ dentes/ barba (acessórios fornecidos)

Uso da sanita

0- Dependente

5- Necessita alguma ajuda, mas pode fazer parte sozinho

10- Independente (instalar-se e retirar-se, vestir-se, limpar-se)

Alimentação

0- Incapaz

5- Necessita auxílio para cortar, espalhar a manteiga, etc.

Transferências

0- Incapaz - sem equilíbrio sentado

5- Ajuda maior (uma ou duas pessoas, física) – consegue sentar-se

10- Ajuda menor (verbal ou física)

15- Independente

Mobilidade

0- Imóvel

5- Independente em cadeira de rodas, incluindo esquinas, etc.

10- Marcha com ajuda de uma pessoa (verbal ou física)

15- Independente (mas pode usar qualquer auxiliar, p. ex. bengala)

Vestir

0- Dependente

5- Necessita ajuda, mas pode fazer cerca de metade sem ajuda

10- Independente (incluindo botões, fechos, atacadores, etc.)

Escadas

0- Incapaz

5- Necessita ajuda (verbal, física, transporte dos auxiliares)

10- Independente no subir e descer

Banho

0- Dependente

5- Independente (ou no duche)

TOTAL: (0 – 100)

Incapacidade Funcional Ligeira > 90

Incapacidade Funcional Moderada entre 55 – 90

Incapacidade Funcional Grave <55 (Direção-Geral da Saúde, 2011)

Anexo V- Escala de *Lawton & Brody*

Escala de *Lawton & Brody*

Escala que permite avaliar a autonomia do idoso para realizar as actividades necessárias para viver de forma independente na comunidade, designadas por Actividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD): Utilização do telefone, Realização de compras, Preparação das refeições, Tarefas domésticas, Lavagem da roupa, Utilização de meios de transporte, Manejo da medicação e Responsabilidade de assuntos financeiros.

A informação pode ser obtida através do questionário directo ao idoso, familiares ou cuidadores. Pode ser aplicado por médicos, enfermeiros ou outros profissionais de saúde.

Cada AIVD tem vários níveis de dependência (3 a 5). Para cada AIVD o idoso é classificado como Dependente (0 pontos) ou Independente (1 ponto). No caso dos homens não se contabilizam a preparação das refeições, as tarefas domésticas e a lavagem da roupa.

PONTUAÇÃO:

A pontuação final resulta da soma da pontuação das 8 AIVD e varia entre 0 a 8 pontos (5 pontos no homem), correspondendo ao número de AIVD em que o idoso é independente.

Mulher		Homem
0-1	Dependência total	0
2-3	Dependência grave	1
4-5	Dependência moderada	2-3
6-7	Dependência ligeira	4
8	Independente	5

Tempo de aplicação: 5 minutos

1- UTILIZAÇÃO DO TELEFONE

- Utiliza o telefone por iniciativa própria
- É capaz de marcar bem alguns números familiares
- É capaz de pedir para telefonar, mas não é capaz de marcar
- Não é capaz de usar o telefone

2- FAZER COMPRAS

- Realiza todas as compras necessárias independentemente
- Realiza independentemente pequenas compras
- Precisa de ir acompanhado para fazer qualquer compra
- É totalmente incapaz de comprar

3- PREPARAÇÃO DAS REFEIÇÕES

- Organiza, prepara e serve as refeições sozinho e adequadamente
- Prepara adequadamente as refeições se se fornecem os alimentos
- Prepara, aquece e serve as refeições, mas não segue uma dieta adequada
- Precisa que lhe preparem e sirvam as refeições

4- TAREFAS DOMÉSTICAS

- Mantém a casa sozinho ou com ajuda ocasional (trabalhos pesados)
- Realiza tarefas ligeiras, como lavar pratos ou fazer a cama
- Realiza tarefas ligeiras, mas não pode manter um nível adequado de limpeza
- Precisa de ajuda em todas as tarefas domésticas
- Não participa em nenhuma tarefa doméstica

5- LAVAGEM DA ROUPA

- Lava sozinho toda a sua roupa
- Lava sozinho pequenas peças de roupa
- A lavagem da roupa tem de ser feita por terceiros

6- UTILIZAÇÃO DE MEIOS DE TRANSPORTE

- Viaja sozinho em transporte público ou conduz o seu próprio carro
- É capaz de apanhar um táxi, mas não usa outro transporte
- Viaja em transportes públicos quando vai acompanhado
- Só utiliza o táxi ou o automóvel com ajuda de terceiros
- Não viaja

7- MANEJO DA MEDICAÇÃO

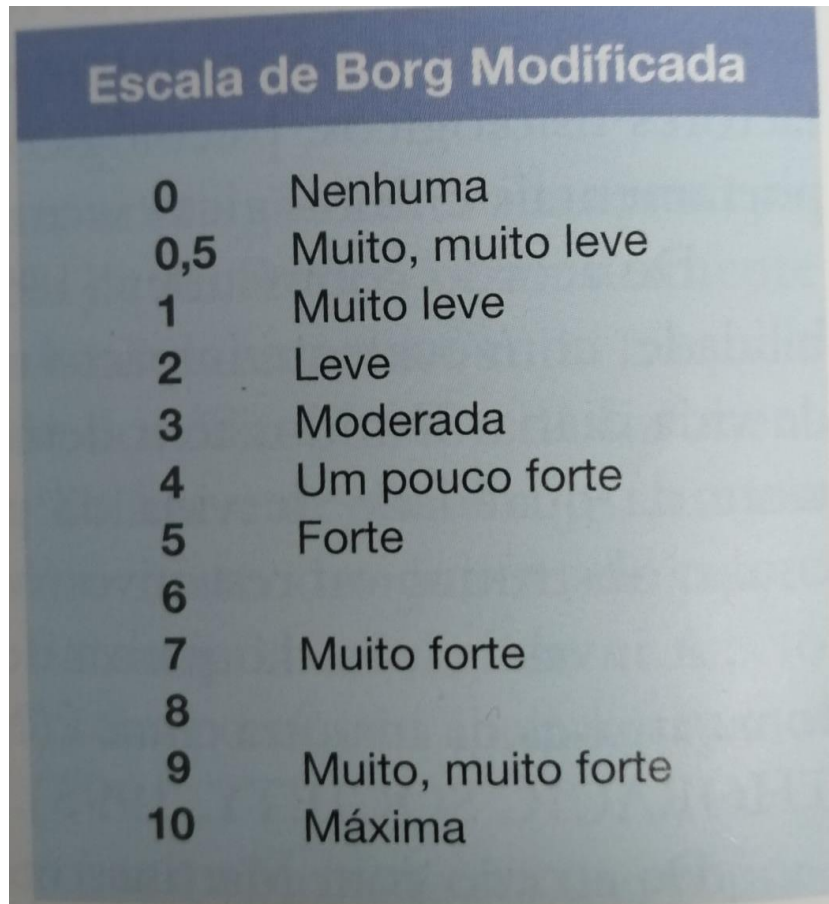
- É capaz de tomar a medicação à hora e dose correctas
- Toma a medicação se a dose é preparada previamente
- Não é capaz de administrar a sua medicação

8- RESPONSABILIDADE DE ASSUNTOS FINANCEIROS

- Encarrega-se de assuntos financeiros sozinho
- Realiza as compras diárias, mas necessita de ajuda em grandes compras e no banco
- Incapaz de manusear o dinheiro

(Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (GERMI))

Anexo VI- Escala de *Borg* Modificada



The image shows a poster titled "Escala de Borg Modificada" with a list of numerical values and their corresponding intensity descriptions. The values range from 0 to 10, with 0,5 as an intermediate value. The descriptions are in Portuguese.

Escala de Borg Modificada	
0	Nenhuma
0,5	Muito, muito leve
1	Muito leve
2	Leve
3	Moderada
4	Um pouco forte
5	Forte
6	
7	Muito forte
8	
9	Muito, muito forte
10	Máxima

(Cordeiro & Menoita, 2014)

Anexo VII- Escala *London Chest Activity of Daily Living*

Escala *London Chest Activity of Daily Living* (LCADL)

- Por favor, diga-nos o quanto de falta de ar tem sentido durante estes últimos dias enquanto faz as seguintes actividades:

Cuidado pessoal						
Enxugar-se	0	1	2	3	4	5
Vestir a parte superior do tronco	0	1	2	3	4	5
Calçar os sapatos / meias	0	1	2	3	4	5
Lavar a cabeça	0	1	2	3	4	5
Doméstico						
Fazer a cama	0	1	2	3	4	5
Mudar o lençol	0	1	2	3	4	5
Lavar janelas / cortinas	0	1	2	3	4	5
Limpeza / limpar o pó	0	1	2	3	4	5
Lavar a louça	0	1	2	3	4	5
Utilizar o aspirador de pó / varrer	0	1	2	3	4	5
Atividade física						
Subir escadas	0	1	2	3	4	5
Inclinar-se	0	1	2	3	4	5
Lazer						
Andar em casa	0	1	2	3	4	5
Sair socialmente	0	1	2	3	4	5
Falar	0	1	2	3	4	5

- Quanto a sua respiração o prejudica nas suas actividades do dia-a dia?

- Muito
- Um pouco
- Não prejudica

Instruções

- Por favor, leia o questionário cuidadosamente e marque o número correspondente próximo a cada actividade.
- Este questionário é feito para descobrir se há actividades que não pode fazer por causa da sua falta de ar, e quão sem ar fica ao fazer as coisas que ainda pode fazer. Todas as respostas são confidenciais.

– Se não faz a actividade porque ela não lhe é importante, ou nunca fez essa actividade, por favor, responda:

0 Eu não faria de forma alguma

– Se a actividade é fácil para si, por favor, responda:

1 Eu não fico com falta de ar

– Se a actividade lhe causa um pouco de falta de ar, por favor, responda:

2 Eu fico moderadamente com falta de ar

– Se a actividade lhe causa muita falta de ar, por favor, responda:

3 Eu fico com muita falta de ar

– Se deixou de fazer a actividade por causa da sua falta de ar e não tem mais ninguém para a fazer por si, por favor, responda:

4 Eu não posso mais fazer isso

– Se alguém faz isso por si, ou a ajuda porque sente muita falta de ar (por exemplo: alguém faz as compras por si), por favor responda:

5 Eu preciso que outra pessoa faça isso

(Pitta, et al., 2008)

Anexo VIII- Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit

Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?
Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?
Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?
Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?
Sente-se irritado/a quando está junto do seu familiar?
Considera que a situação actual afecta de uma forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares?
Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?
Considera que o seu familiar está dependente de si?
Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?
Vê a sua saúde ser afectada por ter de cuidar do seu familiar?
Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?
Pensa que as suas relações sociais são afectadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?
Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o(a) visitarem devido ao seu familiar?
Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?
Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?
Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?
Considera que perdeu o controle da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?
Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?
Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?
Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?
Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?
Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?

Pontuação:

Nunca (1)

Quase nunca (2)

Às vezes (3)

Muitas vezes (4)

Quase sempre (5)

Na versão utilizada (1 a 5), obtém-se um score global que varia entre 22 e 110:

Inferior a 46 = Sem sobrecarga


Entre 46 a 56 = Sobrecarga ligeira

Superior a 56 = Sobrecarga intensa

(Sequeira, 2010)

Anexo IX- Parecer Positivo do Hospital do Grupo II

[REDACTED]	[REDACTED]
COMISSÃO DE ÉTICA	
[REDACTED]	
Título do Projeto: Capacitação do Cuidador Informal para cuidar da pessoa com compromisso do autocuidado	
Nome: Carolina Barão Sim Sim [REDACTED]	
Instituição: Universidade de Évora / Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus	
Enquadramento Académico: Mestrado em Enfermagem em Associação na área de Especialização de Enfermagem de Reabilitação	
Com base nos documentos apresentados	
- Estão definidos os critérios de inclusão <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
- São apresentados os instrumentos de recolha de dados <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
- Está garantida a confidencialidade dos dados recolhidos <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
- Está garantida a participação livre, voluntária e informada, dos participantes <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Parecer da Comissão de Ética do [REDACTED]	
Favorável <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Condicional <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Data: 1/11/2021	
[REDACTED]	
[REDACTED]	

 SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE	<p>Teléfono: 266 740 200 Fax: 266 781 821 geral@evora.eseh.nhs.pt www.evora.eseh.nhs.pt Hospital do Espírito Santo de Évora C.P.E. Largo Senhor da Imbacia, s/n - 7000-801 Évora Instituto Público Empresarial Mantida na Conservatória do Registo Comercial de Évora N.º de Registo: 508 985 888 NIPC/NIF: 508 085 888 Capital Socializado: 40 200 000,00 Euros</p>
--	--

Anexo X- Parecer Positivo da Universidade de Évora

[#917958] Deliberação de aprovação de Trabalho de Projeto

Serviços Académicos

13/12/2021 16:49

Caro(a) Aluno(a),

Vimos por este meio informar que foi aprovado em 29/11/2021 pelo Conselho Científico da UO o Trabalho de Projeto com o título "Capacitação do Cuidador Informal para cuidar da pessoa com compromisso do autocuidado". Poderá no SIIUE consultar outros dados relativos ao projeto aprovado, sendo que qualquer alteração aos dados constante no projeto aprovado, será sujeito a proposta de alteração nos prazos estipulados no RAuÉ.

Para mais informações agradecemos consulta do [Portal UÉ](#) ou do [Balcão SAC ONLINE](#) onde poderá colocar as suas dúvidas.

Esta notificação foi enviada, por email, para o endereço m47776@alunos.uevora.pt.
