

**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

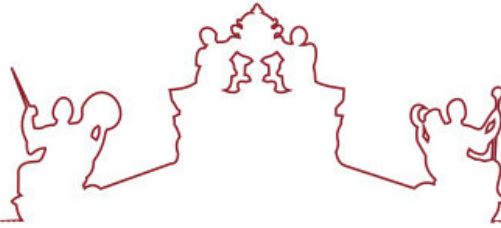
Relatório de Estágio

**Capacitação do cuidador informal da pessoa em processo de
reabilitação com compromisso do autocuidado**

Joana Margarida da Silva Xavier Fialho

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

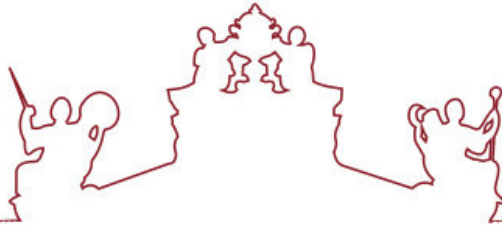
Relatório de Estágio

Capacitação do cuidador informal da pessoa em processo de reabilitação com compromisso do autocuidado

Joana Margarida da Silva Xavier Fialho

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

Gostaria de expressar a minha gratidão a todos aqueles que tornaram possível a realização deste relatório final.

Ao Professor Doutor Luís de Sousa, pela disponibilidade, paciência e empenho com que abraçou o desafio da orientação deste relatório final.

Aos professores e orientadores de estágio que partilharam comigo o seu conhecimento e proporcionaram momentos de aprendizagem francamente enriquecedores, determinantes para o meu desenvolvimento académico, profissional e pessoal.

Aos meus colegas de mestrado pela partilha de vários momentos de apoio e encorajamento mútuo.

Aos colegas que constituem a equipa de enfermagem onde me integro, sem eles não conseguiria ter a disponibilidade temporal para concluir as várias etapas deste longo processo.

Aos meus pais por serem os principais responsáveis da minha candidatura ao mestrado e por me desafiarem a ser mais e melhor.

À minha família, por acreditarem em mim, pelo amor e apoio diário, sem a vossa ajuda nada na minha vida seria possível.

A ti João, que és o meu porto seguro, o meu apoio incondicional, companheiro de todos os dias, por toda a motivação dada.

A todos aqueles que contribuíram para o meu sucesso, o meu sincero OBRIGADA!

RESUMO

Capacitação do Cuidador Informal da Pessoa em Processo de Reabilitação com Compromisso do Autocuidado

Enquadramento: O crescente envelhecimento da população e o conseqüente aumento de doenças crônicas resulta numa quantidade significativa de pessoas dependentes com compromisso do autocuidado. Estes fatores obrigam à necessidade de prestação de cuidados informais no domicílio e o aparecimento de cada vez mais cuidadores informais (CI). A satisfação das necessidades de aprendizagem do CI, relacionadas com o autocuidado, são determinantes para a qualidade e segurança dos cuidados prestados, assim como para as conseqüências negativas associadas ao processo de cuidar. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) tem um papel preponderante na formulação de intervenções facilitadoras do processo de transição, capacitando e empoderando o cuidador informal.

Objetivo: Avaliar a efetividade das intervenções do EEER na capacitação do CI de pessoas com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação com compromisso do autocuidado em contexto de internamento na Unidade de Hospitalização Domiciliária.

Metodologia: Foi utilizada a metodologia de estudo de casos múltiplos com o objetivo de análise e reflexão dos dados obtidos na aplicação do projeto de intervenção de Enfermagem de Reabilitação. A amostra foi selecionada recorrendo a critérios de seleção específicos e mediante as admissões na Unidade de Hospitalização Domiciliária onde decorreu a execução do referido projeto. Os referenciais teóricos utilizados como orientação em todo o processo foram a Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem e a Teoria das Transições de Afaf. Meleis. A metodologia utilizada no capítulo referente à aquisição de competências foi a metodologia reflexiva.

Resultados: Decorrente da implementação do Projeto de Intervenção, foram demonstrados ganhos em saúde ganhos sensíveis aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação, ganhos em conhecimento, na sobrecarga do CI de pessoas com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação com compromisso do autocuidado e na satisfação deste, relativa ao programa de intervenção implementado pelo EEER. Os Ensinos Clínicos e a elaboração do presente relatório possibilitaram o desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista, competências específicas do EEER e competências de Mestre em Enfermagem.

Conclusão: A intervenção do EEER na capacitação do CI de pessoas com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação com compromisso do autocuidado revelou-se efetiva.

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

ABSTRACT

Empowering the Informal Caregiver of the Person Undergoing Rehabilitation with a Commitment to Self-care

Background: The increasing aging of the population and the consequent increase in chronic diseases result in a significant number of dependent people with self-care commitment. These factors force the need for informal care provision at home and the emergence of more and more informal caregivers (IC). The satisfaction of the IC's learning needs related to self-care is determinant to the quality and safety of the care provided, as well as to the negative consequences associated with the care process. The Nurse Specialist in Rehabilitation Nursing (NSRN) plays a leading role in the formulation of interventions that facilitate the transition process, empowering and empowering the informal caregiver.

Objective: To assess the effectiveness of the NSRN interventions in empowering the IC of people with disabilities, activity limitation and/or participation restriction with self-care commitment in the context of hospitalization at the Home Hospitalization Unit.

Methodology: A multiple case study methodology was used with the purpose of analyzing and reflecting on the data obtained during the implementation of the Rehabilitation Nursing intervention project. The sample was selected based on specific selection criteria and on the admissions to the Home Hospitalization Unit where the project was carried out. The theoretical frameworks used to guide the whole process were Dorothea Orem's Theory of Self-Care and Afaf. Meleis' Transitions Theory. The methodology used in the chapter referring to the acquisition of skills was the reflective methodology.

Results: Resulting from the implementation of the Intervention Project, gains in health gains sensitive to Rehabilitation Nursing care, gains in knowledge, in the IC burden of people with disabilities, activity limitation and/or participation restriction with self-care commitment and in the satisfaction of this, relative to the intervention program implemented by the NSRN, were demonstrated. The Clinical Teaching and the preparation of this report allowed for the development of common competencies of the specialist nurse, specific competencies of the NSRN and competencies of the Master in Nursing.

Conclusion: The NSRN's intervention in empowering the IC of people with disabilities, activity limitation and/or participation restriction with self-care commitment proved to be effective.

Keywords: Rehabilitation Nursing; Rehabilitation Process; Empowerment; Informal Caregiver; Self-Care.

ÍNDICE DE APÊNDICES

APÊNDICE I - Consentimento Informado	114
APÊNDICE II - Formulário de Identificação, caracterização sociodemográfica e condição sociodemográfica e condição de saúde doença	117
APÊNDICE III - Estudo de Caso 1.....	120
APÊNDICE IV - Estudo de Caso 2	162
APÊNDICE V - Estudo de Caso 3	200
APÊNDICE VI - Folheto Informativo "Guia de Internamento - Cirurgia Programada".....	234
APÊNDICE VII - Folheto Informativo "Terapêutica Inalatória: Inaladores Pressurizados Doseáveis"	236
APÊNDICE VIII - Plano de Sessão de Formação "Administração de Terapêutica Inalatória - Inaladores Pressurizados Doseáveis"	239
APÊNDICE IX - Plano de Sessão de Formação "Apresentação do Folheto Informativo «Guia de Internamento - Cirurgia Programada»"	242
APÊNDICE X - Avaliação da Sessão de Formação: "Apresentação do Folheto Informativo «Guia de Internamento - Cirurgia Programada"	244
APÊNDICE XI - Avaliação da Sessão de Formação: "Apresentação do Folheto Informativo «Guia de Internamento - Cirurgia Programada»"	247
APÊNDICE XII - Plano de Cuidados Serviço de Ortopedia	250
APÊNDICE XIII - Plano de Cuidados UHD	280

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO I - Parecer da Comissão de Ética	304
ANEXO II - Mini Mental State Examination (MMSE)	306
ANEXO III - Blessed Dementia Scale (BDS)	309
ANEXO IV - Escala de Solidão (UCLA)	312
ANEXO V - Medida de Independência Funcional (MIF).....	314
ANEXO VI - Escala de Lawton-Brody	316
ANEXO VII - Escala de Quedas de Morse.....	318
ANEXO VIII - Escala de Braden.....	320
ANEXO IX - Elderly Nursing Core Set	322
ANEXO X - Escala de Sobrecarga do Cuidador Informal (Zarit)	328

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1- Diferença entre "Cuidados centrados no paciente"/" Cuidados focados na pessoa"	20
Tabela 2- Tabela comparativa de identificação, caracterização sociodemográfica e condição de saúde doença da Pessoa Cuidada	54
Tabela 3 - Tabela comparativa dos instrumentos de dados aplicados à Pessoa Cuidada	56
Tabela 4- Tabela comparativa de identificação, caracterização sociodemográfica e condição de saúde doença da Pessoa Cuidada	60
Tabela 5- Resposta dos CI às questões sobre o Estatuto de Cuidador Informal.....	61
Tabela 6- Avaliação do Conhecimento e Capacidade do CI através da NACI.....	63
Tabela 7- Respostas ao Questionário de Satisfação do Cliente	64
Tabela 8 - Resultados da avaliação das dimensões de conhecimento e aprendizagem dos Cuidadores Informais	65

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Comparação entre Avaliação Inicial e Avaliação Final MIF	57
Figura 2- Comparação entre a Avaliação Inicial e Avaliação Final ENCS	58
Figura 3 - Resultados Escala de Sobrecarga do Cuidador Informal.....	64
Figura 4 - Resultados da Avaliação do Cuidador Informal 1	66
Figura 5- Resultados da Avaliação do Cuidador Informal 2	67
Figura 6- Resultados da Avaliação do Cuidador Informal 3	67

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABVD - Atividades Básicas de Vida Diária

AIVD – Atividades Instrumentais de Vida Diária

AVD - Atividades de Vida Diárias

BDS - Blessed Dementia Scale

CI - Cuidador Informal

ECI - Estatuto de Cuidador Informal

EEER - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ENCS - Elderly Nursing Core Set

ER – Enfermagem de Reabilitação

MIF - Medida da Independência Funcional

MMSE - Mini Mental State Examination

NACI – Indicadores das Necessidades de Aprendizagem do Cuidador Informal

PIE - Plano de Intervenção Específico

UCLA - Escala de Solidão

UHD – Unidade de Hospitalização Domiciliária

ÍNDICE

Agradecimentos	2
Resumo.....	3
Abstract	4
Índice de Apêndices	5
Índice de Anexos	6
Índice de Tabelas.....	7
Lista de Figuras.....	8
Lista de Abreviaturas e Siglas.....	9
Índice.....	10
Introdução.....	12
1. Enquadramento Teórico	15
1.1 Referencial Teórico	15
1.1.1 Teoria das Transições e Teoria do Défice do Autocuidado	16
1.2 O Cuidador Informal.....	22
1.2.1 Estatuto do Cuidador Informal em Portugal	27
1.2.2 Necessidades de Aprendizagem do Cuidador Informal	30
1.2.3 Capacitação do Cuidador Informal.....	36
2. Apreciação do Contexto (Estágio Final)	42
3. Projeto de Intervenção.....	44
3.1 Metodologia.....	44
3.1.1 Finalidade, Objetivos e Questão de Investigação	44
3.1.2 Tipo de Estudo.....	45
3.1.3 População-alvo e Seleção da Amostra	46
3.1.4 Instrumentos de Colheita de Dados.....	46
3.1.5 Tratamento dos Dados	51

3.1.6 Considerações Éticas	51
4. Resultados do Projeto de Intervenção	52
4.1 Caracterização da Pessoa Cuidada	52
4.1.1 Identificação, caracterização sociodemográfica e condição de saúde doença da Pessoa Cuidada.....	52
4.1.2 Instrumentos de Colheita de Dados aplicados à Pessoa Cuidada.....	56
4.2 Caracterização do Cuidador Informal	59
4.2.1 Identificação, caracterização sociodemográfica e condição de saúde doença do Cuidador Informal	59
4.2.2 Avaliação das Necessidades de Aprendizagem do Cuidador Informal	61
4.2.3 Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal.....	63
4.2.4 Avaliação da Satisfação do Cuidador Informal.....	64
4.3 Resultados da Intervenção do EEER.....	65
4.4 Discussão de Resultados	68
4.5 Implicações para a Prática.....	77
4.6 Limitações do Estudo	77
5. Análise Reflexiva sobre o Desenvolvimento de Competências	79
5.1 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	80
5.2 Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação	90
5.3 Competências de Mestre	94
Conclusão	95
Referências Bibliográficas	97
Apêndices	113
Anexos.....	303

INTRODUÇÃO

O Relatório de Estágio apresentado foi desenvolvido no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de Especialidade em Enfermagem de Reabilitação, realizado na Universidade de Évora, Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus, no ano letivo 2021/2022, em associação com 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 e o Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde.

A realização deste Relatório surge enquadrado na Unidade Curricular Relatório, tendo por objetivo debater, refletir e apresentar todo o Projeto de Intervenção Profissional de Enfermagem de Reabilitação (ER) implementado no contexto da Unidade Curricular de Estágio Final, assim como a expor as principais atividades desenvolvidas em contexto de Estágio e que permitiram a aquisição de competências comuns de Enfermeiro Especialista, competências específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) e competências de Mestre, com vista à obtenção de grau de Mestre em Enfermagem.

O Projeto de Intervenção mencionado foi realizado em contexto de Unidade de Hospitalização Domiciliária (UHD), tendo por objetivo geral avaliar a efetividade das intervenções do EEER na capacitação do Cuidador Informal (CI) de pessoas com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação com compromisso do autocuidado em contexto de internamento na UHD.

A pertinência do tema proposto para o Projeto de Intervenção passa pelo envelhecimento da população, que, relacionado com o aumento das doenças crónicas, resulta num incremento das pessoas em situação de dependência para o autocuidado (Ribeiro, Pinto, & Regadas, 2014). Este facto tornou cada vez mais necessária a intervenção dos CI (Martins, Corte, & Marques, 2014), que permitem a prestação de cuidados no domicílio, podendo estes cuidados serem prestados por familiares (Melo, Rua, & Santos, 2014).

Nos dias de hoje deparamo-nos com uma progressiva preocupação dos profissionais de saúde com o bem estar dos CI, seja este físico ou psicológico, nomeadamente daqueles que prestam cuidados informais a idosos na comunidade (Martins et al., 2014). A verdade é que na função de CI, seja este familiar ou de outra ordem, recaem múltiplas responsabilidades relacionadas com o ato de cuidar o outro, que passam por garantir a satisfação das necessidades da pessoa cuidada, com o objetivo de melhorar a sua qualidade de vida (Martins et al., 2014).

A carga associada ao processo de cuidados informais pode resultar em consequências negativas para os CI, fazendo com que também estes se tornem um foco de intervenção (Ploeg et al., 2017). Este processo complexo implica competências que o CI pode não apresentar, levando a um impacto não só físico e psicológico, como já referido, como também social e económico, conduzindo a níveis superiores de sobrecarga e exaustão (Dixe et al., 2020).

A literatura é consensual quando indica que a ER não se limita a uma área de cuidados, atuando em todas as etapas do ciclo vital e em todos os processos de saúde-doença. O seu foco de intervenção é a pessoa, a sua família e todo o ambiente que a rodeia, com o objetivo de maximizar a independência e a funcionalidade e de “promover mudanças no estilo de vida, a fim de tornar as pessoas com déficits de funcionalidade e suas famílias, cidadãos com capacidade de contribuir socialmente, interagir e bem viver” (Schoeller et al., 2018, p. 7).

Desta forma o EEER “concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas” (“Regulamento nº 392/2019 de 3 de maio - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação,” 2019, p. 13565). O presente relatório de estágio é a prova da intervenção do EEER na área da capacitação do CI, assim como na reflexão sobre todas as atividades desenvolvidas em contexto de Estágio. De acordo com os autores Schoeller et al. (2018), a ER é vista como uma filosofia de cuidados nos países que têm a ER reconhecida como especialidade.

As intervenções delineadas no programa aplicado ao CI da pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação com compromisso do autocuidado, foram centradas na pessoa e na família. Este modelo de cuidados melhora a qualidade dos cuidados de saúde. (Park et al., 2018). Os objetivos de um programa de intervenção em ER passam por garantir cuidados holísticos, personalizados, individualizados, envolvendo toda a equipa multidisciplinar, garantindo a qualidade dos cuidados prestados, dando espaço para que o CI seja um parceiro em todo o processo, adaptando-se ao seu próprio processo de capacitação (Cordeiro, Reis do Arco, & Carvalho, 2021).

Como alicerce de todo o Relatório Final esteve a Teoria das Transições de Afaf Meleis e a Teoria do Défice do Autocuidado de Dorothea Orem, encontrando-se o mesmo dividido em cinco capítulos.

No primeiro capítulo, referente ao enquadramento teórico da temática, é efetuada a definição das Teorias de Enfermagem, assim como de conceitos estruturais para o tema em estudo, como o conceito de CI, o estatuto de CI em Portugal, as necessidades de aprendizagem do CI e por último a capacitação do CI.

No segundo capítulo é abordada a apreciação do contexto onde decorreu o Estágio Final e onde foi implementado o Projeto de Intervenção.

No terceiro capítulo encontra-se a explicitação de todo o Projeto de Intervenção, nomeadamente toda a etapa de definição metodológica do mesmo, finalidades, objetivos, questão de investigação, tipo de estudo, população-alvo e seleção da amostra, instrumentos de colheita de dados, tratamento dos dados e considerações éticas.

No quarto capítulo são apresentados os resultados do Projeto de Intervenção, a nível da pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação com compromisso do autocuidado e do seu CI, a discussão dos resultados, implicações para a prática e as limitações do estudo.

O último capítulo é constituído pela análise reflexiva sobre o desenvolvimento de competências, utilizando a metodologia reflexiva para sistematização de todas as atividades desenvolvidas e as competências adquiridas.

O Relatório final termina com uma breve conclusão, com as referências bibliográficas utilizadas e alguns documentos que servem de complemento à informação disponibilizada no presente documento.

Foram utilizadas as normas da American Psychological Association (APA), 6ª edição e o Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa em vigor, para a produção do Relatório de Estágio.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1 Referencial Teórico

Uma das ideias centrais transmitidas por José & Sousa (2021) é a de que “a Enfermagem é teoria em ação e todo o acto de enfermagem encontra base numa teoria” (p.3). As teorias descrevem, explicam e preveem fenómenos, por conseguinte as teorias de enfermagem são estruturantes para a prática, sendo utilizadas na avaliação das necessidades das pessoas cuidadas (José & Sousa, 2021).

A teoria tem que ser testada e validada através da investigação, por isso a Enfermagem, tem investido nesta área com o objetivo de desenvolver e orientar o futuro da disciplina e da profissão (José & Sousa, 2021).

Na literatura um dos aspetos que é consensual quando se fala de Enfermagem é a de que esta disciplina tem como pilares quatro conceitos principais que formam o metaparadigma da Enfermagem, que identifica a sua génese, sendo a base para os referenciais teóricos. Estes conceitos foram definidos pela Ordem dos Enfermeiros (2002) como a base de trabalho para a posterior construção dos enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros. De forma muito sumária os conceitos representam-se como:

- Pessoa – “A pessoa é um ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos da natureza individual, o que torna cada pessoa num ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se” (p. 8).
- Saúde – é um estado subjetivo de representação mental da condição individual, do controlo do sofrimento, do bem-estar físico e do conforto emocional e espiritual.
- Ambiente – Conceito que agrega os elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais onde a pessoa vive. Estes elementos influenciam o estilo de vida e o conceito de saúde.
- Cuidados de Enfermagem – Relação interpessoal criada entre o enfermeiro e a pessoa/ grupo de pessoas com vista à parceria de cuidados.

Os modelos orientadores para a prática de cuidados de ER são os modelos de autocuidado e das transições, sendo considerados basilares para a excelência da qualidade do exercício profissional do EEER ("Regulamento nº 350/2015 de 22 de junho - Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação," 2015). Em virtude deste facto, os modelos teóricos que suportaram o presente relatório foram a Teoria das Transições de Afaf Meleis e a Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem.

1.1.1 Teoria das Transições e Teoria do Défice do Autocuidado

A reabilitação ("Regulamento nº 392/2019 de 3 de maio - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação," 2019) tem como objetivo central "ajudar as pessoas com doenças crónicas e agudas ou com as suas sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência" (p.13565), devendo por isso ser melhorada a função, promovida a independência e maximizada a satisfação da pessoa.

A área de especialidade de ER procede a um levantamento das necessidades e diagnósticos, garante ações preventivas, assegura e mantém as capacidades funcionais da pessoa, prevenindo possíveis complicações ("Regulamento nº 392/2019 de 3 de maio - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação," 2019).

O processo de reabilitação, em conformidade com Santos (2017), é uma ação continuada, uma sequência de atividades que, enquadradas num conjunto de etapas, permite o desenvolvimento de capacidades perdidas, reconstituindo-as. Este processo tem início após a identificação de alterações na vida da pessoa, sendo o seu principal objetivo a inclusão da pessoa na sociedade. Desta forma, o processo de reabilitação manifesta-se enquanto direção para a dependência/independência, em todas as Atividades de Vida Diárias (AVD) alteradas.

O resultado do processo de reabilitação depende da reunião dos esforços de uma equipa multiprofissional, com intervenções interdisciplinares, que agregue também a pessoa, a sua família e os cuidadores. O EEER contribui para o desenvolvimento constante do processo de reabilitação, através de um conjunto de estratégias direcionadas para o autocuidado, integrando a pessoa e família na persecução da sua independência (Santos, 2017).

Quando se fala do processo de reabilitação é pertinente enunciar os processos de transição que decorrem ao longo do ciclo vital (saúde-doença, situacional ou organizacional), durante os quais a relação entre a pessoa e o profissional de saúde se torna estrutural (Meleis, 2005, 2010). Ressalva-se a transição de saúde-doença onde existem mudanças bruscas ou graduais de um estado para o outro e onde é de especial relevância o enquadramento do processo de reabilitação (Santos, 2017). As transições comprometem a saúde e o bem-estar da pessoa que as experienciam, visto tratarem-se parte integrante da sua experiência humana (José & Sousa, 2021).

A Teoria das Transições de Afaf Meleis, considerada uma teoria de médio alcance, reflete uma grande variedade de situações de cuidados e da intervenção dos enfermeiros. O conceito central desta teoria é o de cuidar, que se torna integrante no envolvimento dos conceitos de pessoa, saúde, ambiente e cuidados de enfermagem. A sua descrição inclui os

fatores que desencadeiam a transição, as propriedades das transições, as condições de mudança, padrões de resposta às transições e as intervenções de enfermagem para promover uma passagem leve durante as transições (José & Sousa, 2021). Em conformidade com o citado por Sousa, Martins, & Novo (2020), a Teoria das Transições remete-nos para o paradigma da transformação:

a transição é uma passagem de um estado estável para outro estado estável a partir de um processo que emerge a partir de uma mudança, por isso as transições tornam-se dinâmicas, mas também marcos de viragem, podendo ser caracterizadas a partir deste processo ou de resultados finais (p. 66).

O referido paradigma surgiu em 1970 num momento onde era reconhecida a capacidade das pessoas em tomarem decisões sobre a sua saúde e serem parceiras nos cuidados, o que anteriormente não acontecia, estando essa responsabilidade inteiramente do lado dos profissionais de saúde (José & Sousa, 2021).

O processo de envelhecimento implica um aumento do grau de dependência das pessoas que, conseqüentemente acarreta mudanças familiares (Moreira, 2020). Nesta transição, o EEER concretiza intervenções dedicadas à pessoa, à sua família, e também ao seu CI, constituindo-se assim como um facilitador na gestão da transição para a nova situação de vida (Martins & Mesquita, 2016; Meleis, 2010).

Os CI são figuras essenciais para a manutenção do idoso no domicílio, porém a prestação de cuidados informais pode afetar a saúde física e psicológica dos cuidadores informais e limitar a sua participação no mercado de trabalho (Willemse et al., 2016). O principal tipo de ajuda requerido pelos CI no estudo do Movimento Cuidar dos Cuidadores Informais (2021) é relativo à ajuda psicológica e emocional, sendo que 31,1% das pessoas inquiridas referem já ter apoio neste âmbito. Desta forma, o CI ao iniciar o desempenho de novas funções, ocorre uma transição para o novo papel de cuidador familiar, denominada por transição de papéis ou transição de funções (Meleis, 2010). Esta transição implica a aquisição de conhecimentos, competências e capacidades por parte do CI, para que este saiba como lidar com os desafios que surgem a nível do autocuidado, tornando-se o papel do Enfermeiro elementar para a promoção da readaptação da pessoa cuidada (Menoita, Sousa, Pão-Alvo, & Marques-Vieira, 2012). Este processo é complexo e envolve o CI, a pessoa dependente e o ambiente onde decorre a prestação de cuidados informais (Sequeira, 2018).

Os Enfermeiros são os profissionais da área que mais perfil têm para colaborar neste tipo de transições, avaliando as necessidades e intervindo nas mesmas referentes a cada um, de

forma a capacitar o CI para o desempenho das suas funções (Martins & Santos, 2020; Meleis, 2010).

Os processos de transição são complexos e implicam a existência de uma equipa multidisciplinar que englobe todos os participantes no processo, neste caso, com especial relevância no CI, tal decorre pela mudança de paradigma na prestação de cuidados (Sousa, Baixinho, Diniz, & Marques, 2021; Sousa, Ferreira, Gonçalves, Polaro, & Fernandes, 2021). A transmissão de conhecimentos e competências ao CI tem em vista uma transição segura de adaptação ao novo estado de saúde da pessoa cuidada e ao seu novo papel como prestador de cuidados informais, dando continuidade aos cuidados iniciados a nível hospitalar (Sousa, Baixinho, et al., 2021). O sucesso da continuidade do processo de reabilitação depende da motivação da pessoa e do seu CI, assim como na transição entre o meio hospitalar e a família (Menoita et al., 2012).

Após um período de hospitalização, nomeadamente quando é experienciada uma situação de perda de funcionalidade e maior dependência, a pessoa torna-se mais vulnerável e exige que exista uma transição segura hospital-comunidade (Ferreira, Gomes, Baixinho, & Ferreira, 2021). O EEER que detém um conhecimento aprofundado sobre a necessidade de satisfação das necessidades da pessoa com restrição da atividade e do seu CI, intervém a nível da capacitação da pessoa dependente, promovendo ao máximo a sua independência, e a outro nível intervém junto do CI, naquilo que são as suas necessidades de aprendizagem, que ainda não se encontrem satisfeitas e que dificultem a transição (Ferreira et al., 2021).

As transições de saúde-doença, descritas na Teoria das Transições, podem originar alterações da funcionalidade que, conseqüentemente geram dependência no autocuidado (Petronilho, Pinheiro, & Machado, 2021). O desenvolvimento do autocuidado, relevante quando existe a intervenção da ER, é fundamental para uma concretização dos objetivos do processo de reabilitação (Petronilho & Machado, 2017).

O conceito de autocuidado torna-se central quando se fala em reabilitação, a compreensão da essência deste conceito é indispensável quando aliada ao papel do EEER. Dorothea Orem, citada por Petronilho & Machado (2017) indica que todas as pessoas têm potencial para se auto cuidarem, visto que adquiriram conhecimentos para o fazer durante a sua vida, porém quando as exigências do autocuidado superam a capacidade da pessoa o executar, a mesma necessita de terceiros, seja o suporte de um CI ou de um cuidador formal.

O autocuidado é definido por Orem (2001) como:

self-care is a human regulatory function that individuals must, with deliberation, perform for themselves or have performed for them (dependent-care) to supply and maintain a supply of

materials and conditions to maintain life; to keep physical and psychic functioning and development within norms compatible with conditions essential for life; and for integrity of functioning and development (p. 143)¹.

Portanto, em conformidade com o indicado por Queirós, Vidinha, & Almeida Filho (2014), o autocuidado é “uma função humana reguladora que as pessoas desempenham deliberadamente por si próprias ou que alguém a execute por eles para preservar a vida, a saúde, o desenvolvimento e o bem-estar” (p. 159).

A Teoria do Autocuidado de Enfermagem formulada por Orem entre 1959 e 1985 é constituída por quatro teorias que se relacionam entre elas: Teoria do Autocuidado, Teoria do Déficit de Autocuidado, Teoria dos Sistemas de Enfermagem e a Teoria do Cuidado Dependente. Foi determinado pela autora que, em determinadas situações, a pessoa fica com limitações que a deixam totalmente ou parcialmente incapaz de se auto cuidar. A noção que o indivíduo tem da sua condição, pode limitar a sua ação relativa aos cuidados de saúde e por isso, a intervenção de enfermagem passa por determinar quando é que as exigências de autocuidado são maiores do que a capacidade da própria pessoa (Queirós et al., 2014).

O conceito central desta teoria também é o cuidado, enquadrado nos conceitos pessoa, saúde, ambiente e cuidados de enfermagem. Salienta-se que, para além da relação entre o ambiente e a pessoa, outro aspeto que define o autocuidado é a da busca de cada um pelo seu desenvolvimento (Orem, 2001).

A referida teoria enquadra-se no paradigma da integração, que surgiu em 1950 e que permitiu a orientação dos cuidados para a pessoa, diferenciando claramente a disciplina da Enfermagem da Medicina. Neste paradigma, o conceito de holismo ganha expressão quando o foco da prestação dos cuidados é a pessoa e todas as suas dimensões biopsicosocioespirituais e culturais (José & Sousa, 2021; Ribeiro, Martins, Tronchin, & Forte, 2018).

A teoria do déficit do autocuidado surge entre 1959 e 1985, momento em que o conceito do autocuidado é o principal orientador da prática de enfermagem em situações de saúde-doença (Orem, 2005).

O Enfermeiro deve promover a manutenção, restauração e a promoção da saúde, mobilizando a sua intervenção especializada para as situações em que a pessoa é considerada como tendo um déficit de autocuidado existente ou potencial (Orem, 2005). No entanto, esta tarefa torna-se especialmente desafiante quando a intervenção é focada no CI que, inerente à

¹ o autocuidado é uma função reguladora humana que os indivíduos devem, com deliberação, realizar por si próprios ou ter realizado para eles (cuidados dependentes) para fornecer e manter um fornecimento de materiais e condições para manter a vida; para manter o funcionamento e desenvolvimento físico e psíquico dentro de normas compatíveis com as condições essenciais para a vida; e para a integridade do funcionamento e desenvolvimento

sua prestação de cuidados informais a pessoas com compromisso do autocuidado, os mesmos relatam geralmente uma preparação insuficiente para uma continuidade adequada dos cuidados à pessoa dependente do seu regresso a casa, impossibilitando a satisfação das suas necessidades (Rotondi, Sinkule, Balzer, Harris, & Moldovan, 2007).

Há um reconhecimento crescente na evidencia científica de que o modelo de cuidados centrados na pessoa/ família está associado à qualidade dos cuidados em saúde, o que implica uma mudança na organização dos sistemas de saúde. Esta alteração permite uma tomada de decisão informada por parte da pessoa cuidada, que influencia a sua escolha em determinado tratamento, a qualidade dos cuidados prestados e os resultados obtidos (Jayadevappa & Chhatre, 2011).

Importa diferenciar o conceito de cuidado centrado no paciente com o conceito de cuidado focado na pessoa, ambos com muita importância para a área de Enfermagem, porém com significados distintos (Starfield, 2011).

Tabela 1- Diferença entre "Cuidados centrados no paciente"/" Cuidados focados na pessoa"

Cuidados centrados no paciente	Cuidados focados na pessoa
Geralmente refere-se a interações em visitas	Refere-se a inter-relações ao longo do tempo
Pode ser orientado para um episódio	Considera os episódios como parte das experiências de vida relacionadas com a saúde
Geralmente centra-se em torno da gestão de doenças	Encara as doenças como fenómenos inter-relacionados
Geralmente vê a comorbidade como o número de doenças crónicas	Muitas vezes considera a morbilidade como combinações de vários tipos de doenças
Geralmente vê os sistemas corporais como distintos	Vê os sistemas corporais como inter-relacionados
Utiliza sistemas de codificação que refletem as condições definidas profissionalmente	Utiliza sistemas de codificação que também permitem a especificação das preocupações de saúde das pessoas
Preocupa-se principalmente com a evolução das doenças dos pacientes	Está preocupado com a evolução da perceção em como as pessoas experienciam os seus problemas de saúde, assim como com as suas doenças

Fonte: Adaptado de Starfield (2011)

No estudo realizado pelos autores Håkansson Eklund et al. (2019), revelou que os objetivos inerentes a estes dois conceitos diferem de forma decisiva apesar de existirem algumas semelhanças. É considerado que os conceitos são semelhantes a nível de superfície, mas diferentes a nível de nível mais profundo. Tanto os cuidados centrados no paciente como

aqueles que são centrados na pessoa são alternativas importantes para a prática clínica, podendo os mesmos coexistir na prática clínica.

O cuidado focado na pessoa distingue-se do cuidado centrado no paciente pois pretende que seja dado menos enfoque ao paciente e mais relevância ao indivíduo que tem problemas de saúde. Desta forma a empatia, comunicação e cuidado holístico ganharam proeminência quando se distingue estes dois conceitos fundamentais (Håkansson Eklund et al., 2019).

Os cuidados focados na pessoa consideram a pessoa no seu todo, sendo baseados no conhecimento acumulado que estas detêm e que lhes fornece uma base para que reconheçam os seus problemas e necessidades de saúde ao longo do tempo, permitindo que selecionem os cuidados adequados a cada situação e contexto (Starfield, 2011).

Os dez princípios centrais no modelo de cuidados centrados na pessoa e que devem ser sistematizados na intervenção do EEER são (Healthcare Global, 2020):

1. Todos os membros da equipa são considerados cuidadores;
2. O cuidado é baseado em relacionamentos de restabelecimento contínuo;
3. A pessoa cuidada é a fonte de controlo;
4. O atendimento é personalizado e reflete as necessidades, valores e escolhas da pessoa cuidada;
5. Famílias e amigos da pessoa cuidada são considerados uma parte essencial da equipa de cuidados;
6. O cuidado é prestado num ambiente de restabelecimento, de conforto e suporte;
7. Conhecimento e informação são livremente compartilhados entre a equipa de saúde e a pessoa cuidada;
8. Transparência é a regra no cuidado da pessoa cuidada;
9. A segurança da pessoa cuidada é uma prioridade visível;
10. Todos os cuidadores cooperam uns com os outros, por meio de um enfoque comum nos melhores interesses e objetivos pessoais da pessoa cuidada.

Estes princípios incluem-se nas dimensões mencionadas pelos autores Jayadevappa & Chhatre (2011) e Najafizada, Rahman, & Oxford (2021), que passam por: respeitar os valores, preferências e necessidades da pessoa, reconhecendo-as como seres únicos, com necessidades específicas; integrar a pessoa no cuidado a ser prestado, reduzindo o seu sentimento de vulnerabilidade inerente à transição saúde-doença; prestar informação relevante à pessoa sobre a sua condição de saúde e as opções de tratamento disponíveis; fornecer conforto físico, auxílio emocional e alívio do medo e ansiedade; envolver a família e os amigos da pessoa, pois podem constituir um papel fundamental no processo de cuidados; oferecer uma transição segura entre

os cuidados hospitalares e o seu domicílio, assegurando a manutenção do acesso a cuidados de saúde sempre que necessário.

O cumprimento das premissas apontadas é considerado impreterível quando o foco de toda a ação do EEER é a pessoa/ família.

1.2 O Cuidador Informal

O processo de envelhecimento e a sua irreversibilidade é uma preocupação que se estende a toda a humanidade (World Health Organization, 2015). Este processo, em Portugal, é consequência do aumento de esperança média de vida (Instituto Nacional de Estatística, 2021c) e da diminuição da taxa de natalidade (Instituto Nacional de Estatística, 2021b). O aumento da esperança média de vida aliou-se a um aumento da prevalência das doenças crónicas (Willemse et al., 2016) e do número de pessoas dependentes (Ploeg et al., 2017; Sequeira, 2010).

No contexto português, no período 2018-2020, a esperança média de vida à nascença situa-se nos 81,06 anos, sendo que o índice de envelhecimento é de 167,0 idosos por cada 100 jovens em 2020 (Instituto Nacional de Estatística, 2021b).

A maioria dos anos de vida suplementares são vividos com incapacidade devido ao acentuado aumento na esperança de vida em Portugal nas últimas décadas, verificando-se que “a percentagem das pessoas com 65 anos ou mais está a aumentar de forma constante” (OECD/ European Observatory on Health Systems Policies, 2019, p.6). Aproximadamente 17% da população com mais de 65 anos refere apresentar limitações nas atividades básicas de vida diária (ABVD), tais como vestir-se e tomar duche (OECD/ European Observatory on Health Systems Policies, 2019).

A população idosa e o aumento da prevalência das doenças crónicas, como indicado anteriormente, são determinantes para o elevado número de indivíduos com um determinado grau de dependência e que necessitam de terceiros para a prestação de cuidados (Ribeiro et al., 2014).

O perfil da maioria das pessoas que necessitam de cuidados domiciliários passa por serem adultos idosos, terem demência e deficiência cognitiva moderada, dependência nas AVD, elevados graus de fragilidade e complexidade nos cuidados de saúde (Poss et al., 2017). A ocorrência de algum nível de incapacidade, provocado pelas comorbilidades decorrentes das doenças crónicas, provocam limitações que podem ser motoras, sensitivas, sensoriais, de compreensão ou de expressão, que poderão levar a uma maior dependência e necessidade de cuidados prestados por familiares (Souza, Silva, Quirino, Neves, & Moreira, 2014).

Um dos desafios associados ao aumento da esperança média de vida e ao número de anos com algum grau de dependência, é a manutenção da qualidade de vida da população pelo incremento da necessidade de apoio (Moreira, 2020). Este apoio passa também pela indispensabilidade do consumo de cuidados de saúde a longo prazo (Willemse et al., 2016), que, relacionado com os cortes na contratação de profissionais de saúde, leva a um incremento na procura de CI, sejam estes cuidadores familiares, como não familiares (Calvó-Perxas et al., 2018; Van Groenou & De Boer, 2016).

Os autores Martins et al. (2014) indicam que o incremento da necessidade de prestação de cuidados na comunidade potenciou o aparecimento de cuidadores informais, função frequentemente assumida pelos familiares. O envelhecimento associado a um maior grau de dependência, implica um ajuste no estilo de vida do CI (Martins, Hansel, & Silva, 2016) e na dinâmica familiar (Mateus & Fernandes, 2019; Moreira, 2020; Movimento Cuidar dos Cuidadores Informais, 2021). O CI é a pessoa que presta cuidados de forma continuada, não profissionais, não remunerados, podendo pertencer à família, ou então ser amigo ou vizinho (Melo et al., 2014). Distingue-se claramente do conceito de prestador de cuidados formal, que se constitui como profissional, capacitado academicamente e que é remunerado conforme a sua função.

Tal como indicado anteriormente, o papel do CI é desempenhado na grande maioria das vezes pelos familiares, sendo que na literatura este conceito apresenta múltiplas designações, podendo ser indicado como familiar cuidador ou membro da família ou prestador de cuidados (International Council of Nurses, 2019). A definição de CI apresentada pelo International Council of Nurses (2019) constitui-se como aquele indivíduo que colmata as necessidades da pessoa dependente e que auxilia na identificação, prevenção ou tratamento da doença ou incapacidade.

A legislação portuguesa divide o conceito de cuidador informal em duas denominações distintas: cuidador informal principal e cuidador informal não principal (Lei n.º 100/2019 de 6 de setembro). O cuidador informal principal é entendido como

o cônjuge ou unido de facto, parente ou afim até ao 4.º grau da linha reta ou da linha colateral da pessoa cuidada, que acompanha e cuida desta de forma permanente, que com ela vive em comunhão de habitação e que não auferir qualquer remuneração de atividade profissional ou pelos cuidados que presta à pessoa cuidada (p.9),

sendo que o cuidador informal não principal se distingue do anterior por acompanhar regularmente e cuidar a pessoa, porém não de forma permanente, podendo ainda obter

remuneração de outra atividade profissional ou pelos cuidados que presta (Lei n.º 100/2019 de 6 de setembro).

Melo et al. (2014) referem que a prestação de cuidados se caracteriza como um processo longo e complexo, com múltiplas mudanças no que toca às necessidades e sentimentos tanto do prestador de cuidados, como daquele que os recebe.

Os CI surgem no momento em que existe uma limitação ou perda da autonomia e independência por parte da pessoa cuidada. Os conceitos de autonomia e independência são essenciais para a temática em estudo e importa esclarecer a sua definição. A autonomia de uma pessoa constitui-se como o conhecimento que a mesma apresenta para a sua tomada de decisão (Sousa et al., 2020). Ainda assim, persiste um debate relativo ao conceito de autonomia, enquanto empoderamento da pessoa a ser reabilitada (Schoeller et al., 2018). Já o conceito de independência está relacionado com a capacidade para a execução das AVD (Sousa et al., 2020).

A necessidade crescente de cuidados informais e consequentemente de CI, tornou-se fundamental para manter o bem-estar da pessoa dependente com compromisso do autocuidado, assim como a sua integração social, prevenindo a solidão (Moreira, 2020). A pessoa dependente e com compromisso do autocuidado prefere ser cuidada no seu domicílio com CI em detrimento de ser institucionalizada pois, desta forma, tem a possibilidade de manter a sensação de estar em sua casa e de ter poder de decisão relativo ao cuidado que lhe é fornecido (Willemse et al., 2016).

As tarefas desempenhadas pelo CI, de acordo com Ploeg et al. (2017) passam por fornecer transporte, trabalho doméstico e manutenção da casa, programação e coordenação de consultas médicas, ajuda financeira, apoio emocional e cuidados pessoais. Os autores Abreu, Tolson, Jackson, Staines, & Costa (2019), no estudo realizado com pessoas diagnosticadas com demência moderada ou grave, com algum grau de dependência funcional, declínio cognitivo e com limitações nas AVD, identificaram as seguintes necessidades de saúde mais prevalentes: preparação de alimentos, toma de medicação, cuidado da casa, utilização da casa de banho, problemas sensoriais, comunicação/interação, regulação vesical e intestinal, alimentação, memória, dormir, e prevenção de quedas (Abreu, Tolson, Jackson, Staines, & Costa, 2019).

Múltiplos estudos relevam que os CI de pessoas adultas com demência ou deficiências apresentam-se em maior número quando comparado com o número absoluto de CI existentes (Riffin, Van Ness, Wolff, & Fried, 2017). Avaliar as necessidades destes CI e adequar as intervenções de forma a dar resposta às mesmas, tal como é exemplo o aumento do apoio social, poderá conduzir à redução do stress e ansiedade. A identificação dos CI permite ainda a criação de programas dirigidos à pessoa/ família (Shi, Huang, Jia, & Yang, 2020; Sousa et al., 2022).

O CI é descrito na literatura como sendo na sua maioria membro da família, nomeadamente do género feminino, solteiro, em situação de desemprego ou trabalho no domicílio e que coabita com a pessoa dependente com compromisso do autocuidado (Melo et al., 2014), sendo que a sua idade varia entre os 55 e os 64 anos (Moreira, 2020). Em termos de grau de parentesco, os cônjuges e filhos são aqueles que mais se destacam e que apoiam em atividades instrumentais de vida diária (AIVD), como é exemplo ir às compras, tarefas domésticas, assim como AVD, como tomar banho e vestir (Moreira, 2020).

As mulheres são reconhecidas por vários autores como sendo o grupo mais expressivo na prestação de cuidados informais a pessoas idosas (Lacerda, Silva, Oliveira, & Coelho, 2021; Mateus & Fernandes, 2019). Culturalmente a figura feminina é reconhecida como tendo maior sensibilidade e atenção às necessidades da pessoa doente (Andrade, Costa, Caetano, Soares, & Beserra, 2009). O papel da mulher no cerne da família torna-a a principal cuidadora, sendo também considerado que as tarefas inerentes ao processo de cuidar são fundamentalmente ligadas às mulheres (Andrade et al., 2009).

O decurso natural da evolução humana passa pelos pais cuidarem dos seus filhos e mais tarde, inerente ao processo de envelhecimento e na impossibilidade de se auto cuidarem, os filhos assumirem a responsabilidade de cuidarem dos seus pais (Andrade et al., 2009). O processo de envelhecimento também se reflete nos CI, visto que também estes podem ser idosos com necessidade de cuidados (Afonso, Tomás, Brandão, & Ribeiro, 2019).

No estudo realizado pelos autores Afonso et al. (2019), a maioria dos CI são filhos que prestam cuidados, em média, durante 15 horas diárias, sendo que os CI do género feminino apresentam níveis mais elevados de sobrecarga. Parte dos efeitos negativos associados à sobrecarga do CI passa pelo abandono da prestação de cuidados, com consequente institucionalização da pessoa cuidada (Casteli et al., 2020).

A família detém um papel basilar na manutenção da saúde e do bem-estar da população mais dependente (Moreira, 2020), suprimindo as suas necessidades de cuidados no domicílio e muitas vezes exercendo determinadas tarefas de forma improvisada, por não se encontrar capacitada para o desempenho dessa função (Souza et al., 2014). A prestação de cuidados implementada pelos CI, na grande maioria das vezes é baseada na prática e no senso comum, sem que tenha existido qualquer formação diferenciada para o cuidar. O ato de cuidar entre o CI e a pessoa cuidada envolve muitas vezes vínculos afetivos e familiares. O CI quando, por alguma razão se encontra impossibilitado de cumprir o seu papel, recorre a outros membros da família, amigos e vizinhos que são chamados a garantir a continuidade do cuidado (Ploeg et al., 2017; Willemse et al., 2016).

O crescente aparecimento e manutenção de CI decorre também da falta de resposta em termos de apoios sociais, que se repercute na dificuldade das famílias em encontrarem a solução adequada à sua situação, horas de apoio domiciliário limitadas e também a recusa de algumas famílias em aceitarem ajuda exterior (Ploeg et al., 2017).

A prestação de cuidados informais pode afetar o próprio CI, nomeadamente a nível da sua saúde física e psicológica, pela sobrecarga e o stress associados ao processo de cuidar (Ploeg et al., 2017), bem como limita a possibilidade de integração no mercado de trabalho, o cumprimento das suas responsabilidades laborais (Willemse et al., 2016) e a persecução de projetos de vida (Lacerda et al., 2021). Encontra-se demonstrado que a carga de cuidados aumenta o risco de perturbações do humor no CI, pode conduzir ao declínio cognitivo, doenças cardiovasculares, hipertensão, doenças renais, obesidade, depressão, uso de drogas psicotrópicas e analgésicos, constituindo-se assim um declínio da própria saúde dos CI (Zwingmann et al., 2018). Os efeitos no estado de saúde do CI podem variar de acordo com as suas necessidades e expectativas, assim como pelas políticas de apoio que lhe são disponibilizadas (Plöthner, Schmidt, de Jong, Zeidler, & Damm, 2019).

O facto de nem todos os CI terem uma rede de apoio pode levar a um agravamento da carga emocional associada ao processo de cuidar, sendo que, de forma a tentar amenizar de alguma forma o impacto negativo da prestação de cuidados informais, os países têm estabelecido legislação que fornece apoios, sejam estes financeiros ou de outro tipo, com o objetivo de manter o bem-estar do CI (Willemse et al., 2016).

De acordo com os autores Calvó-Perxas et al. (2018), os países Europeus como a Áustria, Alemanha, Espanha, França, Bélgica, República Checa, Suécia, Países Baixos, Dinamarca, Suíça, Luxemburgo e Eslovénia são aqueles que detêm os melhores apoios para os CI, já que têm prevista a disponibilização de tempo fora do trabalho, ajuda emocional e estratégias para a aquisição de competências pelo CI afim de melhorar a sua prestação de cuidados e encarar as várias situações que surgem.

Outra das estratégias adotadas para a redução do stress, ansiedade e depressão no CI, através do aumento da satisfação e da melhoria das relações estabelecidas entre o CI e os profissionais de saúde, é o modelo de cuidados centrado na pessoa/família (Park et al., 2018). As intervenções estabelecidas neste modelo visam três alvos principais: o doente, a sua família e os profissionais de saúde, sendo que o modelo é amplamente conhecido por melhorar a qualidade dos cuidados de saúde (Park et al., 2018). Os tipos de intervenções mais frequentemente utilizados neste modelo de cuidados, nos alvos referidos são: o suporte emocional, apoio físico, a capacitação e a disponibilização de informação (Park et al., 2018).

Novas investigações de interesse na área e novas abordagens de pensamento têm conduzido o conceito de CI a sofrer alterações ao longo dos últimos anos (Ferreira et al., 2022). O CI apresenta-se como um aliado da equipa de saúde (Martins & Santos, 2020), e constitui-se como um parceiro de cuidados, sendo esta uma área de elevado interesse, nomeadamente nos últimos 5 anos, com múltiplos estudos científicos publicados (Ferreira et al., 2022).

O conceito de CI surgiu em 1990, sofrendo variadas alterações ao longo do tempo, sendo que a utilização da designação de "CI" é mais frequente desde 2016, principalmente associado às áreas de Gerontologia e Enfermagem (Ferreira et al., 2022). Na análise bibliométrica levada a cabo pelos autores Ferreira et al. (2022), os termos mais utilizados nas publicações são: "prestadores de cuidados"; "cuidadores familiares" e, por último, aquele com mais relevância até à data, "cuidadores informais".

1.2.1 Estatuto do Cuidador Informal em Portugal

Os desafios da atualidade, descritos já anteriormente, associados às características demográficas da população portuguesa, à necessidade crescente de cuidados informais em contexto domiciliário e à existência de um número significativo de CI, tornou urgente a necessidade de definição formal do Estatuto de Cuidador Informal (ECI) em Portugal.

A continuidade dos cuidados é assegurada em grande parte pelos vários níveis de cuidados existentes no Serviço Nacional de Saúde, porém existe uma percentagem destes cuidados que é prestada por CI pois devido ao progressivo aumento do nível de dependência e de perda de funcionalidade da pessoa cuidada, esta carece de cuidados mais frequentes (Ministério da Saúde/ Ministério do Trabalho Solidariedade e Segurança Social, 2016).

O CI é considerado há muito tempo um papel familiar, todavia a reconfiguração da sociedade atual e a mudança dos padrões familiares levaram a que este tema fosse repensado. De acordo com Ministério da Saúde/ Ministério do Trabalho Solidariedade e Segurança Social (2016) os organismos internacionais como a Organização Mundial da Saúde, a Organização das Nações Unidas, a Comissão Europeia e a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico têm vindo a dar indicações para que os países implementem medidas legislativas de apoio aos CI, assim como monitorizem e acompanhem os mesmos de forma a potenciar o seu papel na comunidade e a proteger a sua saúde.

De acordo com o mesmo documento, os apoios estruturados para o CI, estabelecidos por outros países, passam por disponibilizar um subsídio ao CI, permitir a comparticipação à pessoa cuidada, alguns benefícios fiscais, assim como uma licença remunerada, licença sem vencimento, acordos com entidades patronais que permitam trabalhos flexíveis, fornecimento

de planos de formação para o CI gratuitos, bem como períodos de descanso do cuidador e aconselhamento do mesmo.

Os autores Willemse et al. (2016) confirmam esta criação de apoios noutros países, nomeadamente naqueles onde decorreu o seu estudo, como é exemplo a Bélgica, Países Baixos, Luxemburgo, França e Alemanha. Neste estudo os entrevistados referiram a existência de políticas de licença e a permissão para trabalhos flexíveis, medidas estas que são utilizadas para apoiar o CI, assim como sustentar o seu papel e assegurar a continuidade da prestação de cuidados informais. Porém, também foi referido pelos entrevistados que as compensações financeiras, como é exemplo o subsídio de cuidador, nem sempre foram disponibilizados na sua região. A seleção dos apoios financeiros é estabelecida pelos municípios que podem recusar a atribuição do mesmo, sendo que existiram situações em que os subsídios para o CI estavam disponíveis, porém raramente eram solicitados. Os motivos que levam à não solicitação dos subsídios passam por serem considerados insuficientes para os custos associados ao papel de CI ou então pelos elaborados requisitos administrativos para a obtenção do mesmo. A existência, ou não, de um subsídio para o CI foi considerada positiva pelos entrevistados porém não influenciou a decisão de prestar cuidados (Willemse et al., 2016).

O Governo Português tem estabelecido ao longo dos anos algumas medidas que dão suporte ao CI. A primeira destas a nível do Código do Trabalho, na última revisão presente na Lei nº 7/2009 de 12 de fevereiro (2009), relativa ao Código do Trabalho, Livro I (Parte Geral), Título II (Contrato de Trabalho), Capítulo II (Prestação do trabalho), Secção II (Duração e organização do tempo de trabalho), Subsecção CI (Faltas), no seu o artigo 252 relativo à falta para assistência a membro do agregado familiar, permite ao trabalhador faltar ao trabalho 15 dias por ano para prestar assistência à família e mais 15 dias por ano no caso da pessoa cuidada ter deficiência ou doença crónica. Esta medida é francamente insuficiente, porém, até ao ano de 2003 aquando do surgimento da Lei n.º 13/2003 de 21 de maio (2003), agora revogada pela Lei n.º 100/2019 de 6 de setembro (2019), regulamentado pelo Decreto Regulamentar n.º 1/2022 de 10 de janeiro (2022), este foi o único apoio formalmente reconhecido para os CI.

A Lei n.º 13/2003 de 21 de maio (2003) instituiu o rendimento social de inserção que confere às famílias apoio financeiro, ajustado a cada situação, de forma a satisfazer algumas das suas necessidades essenciais. No Capítulo II, artigo 12 desta lei, está prevista a atribuição deste apoio financeiro às famílias que disponham no seu agregado familiar de pessoas portadoras de deficiência física ou mental profunda, pessoas portadoras de doença crónica e pessoas idosas em situação de grande dependência.

Em 2019, alinhado com o previsto pela Lei n.º 95/2019 de 4 de setembro (2019) referente à Lei de Bases da Saúde, nomeadamente na sua Base nº 3 alusiva aos Cuidadores

Informais, foi finalmente aprovado pela primeira vez o ECI, por meio da publicação da Lei n.º 100/2019 de 6 de setembro (2019).

Na Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 95/2019 de 4 de setembro, 2019) é reconhecido o importante papel do CI, enaltecendo ainda a importância da responsabilização e capacitação do CI para a prestação de cuidados básicos regulares e não especializados de qualidade e em segurança. O ECI é atribuído a CI de pessoas “em situação de doença crónica, deficiência, dependência parcial ou total, transitória ou definitiva, ou noutra condição de fragilidade e necessidade de cuidados, estabelece os seus direitos e deveres e medidas de apoio aos cuidadores informais e às pessoas cuidadas” (p. 57). Por último, é referido na Base nº3 que o Estado Português, através do Ministério da Saúde deverá garantir um plano integrado de prestação de cuidados de saúde que inclua a participação dos serviços de saúde e das díades (pessoa cuidada e CI).

A Lei n.º 100/2019 de 6 de setembro (2019) aprova o ECI, que regula os direitos e os deveres das díades, estabelecendo várias medidas de apoio. Tal como já indicado anteriormente, na referida Lei existem duas denominações relativas ao conceito de CI: o cuidador informal principal e o cuidador informal não principal. Relativamente à pessoa cuidada, é considerada uma pessoa que necessite de cuidados permanentes por se encontrar numa situação de dependência e que seja titular de uma das seguintes prestações sociais: complemento por dependência de 1.º grau (se necessitar de cuidados permanentes transitórios por se encontrar numa situação de dependência, mediante avaliação pelos Serviços de Verificação de Incapacidades do Instituto da Segurança Social), complemento por dependência de 2.º grau ou subsídio por assistência de terceira pessoa. No caso de a pessoa cuidada não ser titular de nenhum dos complementos e subsídios elencados anteriormente, o reconhecimento da situação de dependência fica sujeito à regulamentação prevista na Lei.

Os direitos e os deveres do CI e da pessoa cuidada, estão elencados na Lei n.º 100/2019 de 6 de setembro (2019), assim como as medidas de apoio previstas pelo Estado para o CI. De entre estas medidas de apoio ressaltam-se: a existência de um profissional de saúde como contacto de referência, que disponibilize formação e informação específica e ajustada às necessidades da díade; a definição de um plano de intervenção específico, elaborado por um profissional de saúde, recorrendo à participação ativa do CI, que permita o aconselhamento, acompanhamento, formação e capacitação do CI, com o objetivo de desenvolver competências na prestação de cuidados informais; a minimização do isolamento do CI e a partilha de experiências, criando nos serviços de saúde grupos de autoajuda e apoio psicossocial com profissional da área; estabelecer um aconselhamento e acompanhamento por profissionais da área da segurança social que forneçam informação relevante e encaminhem para as redes

sociais de suporte adaptadas à situação; referenciar a pessoa cuidada para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, estrutura residencial para pessoas idosas, lar residencial, ou serviço de apoio domiciliário, sempre que seja a vontade da díade e com o objetivo de permitir o descanso do cuidador informal; atribuir compensações fiscais, subsídios, apoios à contratação, entre outros.

Decorrentes da Lei n.º 100/2019 de 6 de setembro (2019) foram desenvolvidos projetos-piloto, destinados a pessoas que, face às suas especificidades, tinham condições para a atribuição do ECI, tendo sido o mesmo aplicado em contexto experimental, com o acompanhamento, monitorização e avaliação da Comissão de Acompanhamento, Monitorização e Avaliação Intersectorial que desenvolveu um relatório final com algumas recomendações, tendo seguido para os membros do Governo responsáveis pelas áreas do trabalho, solidariedade e segurança social e da saúde, nos quais posteriormente resultou a elaboração da regulamentação da lei. Deste relatório foram aplicadas algumas medidas, entre elas a simplificação do processo burocrático para a obtenção do ECI. A Regulamentação referida encontra-se publicada no Decreto Regulamentar n.º 1/2022 de 10 de janeiro (2022) que estabelece os termos e as condições do reconhecimento do ECI, bem como as medidas de apoio aos CI e às pessoas cuidadas.

O Movimento Cuidar dos Cuidadores Informais (2021) realizou um estudo entre fevereiro e março de 2021, com o objetivo de auscultar a sociedade relativamente ao ECI. Dos resultados obtidos 40,9% da amostra inquirida conhecia o ECI e 77,2% consideraram o ECI definido na Lei n.º 100/2019 de 6 de setembro (2019) incompleto. As 3 principais razões elencadas para a não consideração do ECI completo passavam por: ser pouco abrangente; o acesso ser muito burocrático e limitado; o apoio ser insuficiente, não cumprindo as necessidades reais do CI e da pessoa cuidada.

1.2.2 Necessidades de Aprendizagem do Cuidador Informal

O aumento copioso do número de CI exige a identificação das necessidades de apoio destes, com o objetivo de melhorar os cuidados informais prestados, as suas experiências, saúde e bem-estar, colaborando em colmatar as necessidades de cuidados dos idosos e promovendo transições seguras entre os serviços de saúde e a comunidade, nomeadamente o seu domicílio (Kristof, Fortinsky, Kellett, Porter, & Robison, 2017).

Em determinadas situações, a pessoa com sequelas cognitivas e físicas, regressa ao domicílio com necessidade de cuidados que anteriormente não necessitaria, o que origina o dever de capacitar o CI que garante assistência em ambiente domiciliário (Souza et al., 2014). Nos hospitais, a alta precoce é incentivada, tanto pela constante necessidade de vagas

hospitalares, assim como pelos riscos associados a períodos de internamento prolongado, contudo, a atribuição de alta o mais cedo possível resulta no desafio de preparar a família para a prestação de cuidados, como na preparação do domicílio (Souza et al., 2014). Nos serviços hospitalares de medicina interna, a grande percentagem de altas é atribuída a idosos já com dependência prévia ao internamento e totalmente dependentes principalmente nos autocuidados como tomar banho e preparar os alimentos (Dixe et al., 2019).

A preparação inadequada do CI da pessoa com compromisso do autocuidado antes da alta hospitalar e uma comunicação ineficiente entre os serviços hospitalares e os cuidados de saúde primários, resulta numa elevada taxa de reinternamentos e idas ao Serviço de Urgência (Dixe et al., 2020). Geralmente, os CI têm consciência das dificuldades que vão enfrentar na prestação de cuidados após um internamento hospitalar. Desta forma solicitam vários tipos de informação relativa à monitorização, gestão e prestação de cuidados informais, habilidades para a prestação de cuidados e tratamento de problemas emocionais relacionados com o processo de cuidar (Dixe et al., 2019).

A implementação de um plano de intervenção ajustado e enquadrado num modelo de cuidados centrados na pessoa/família depende do reconhecimento das necessidades não satisfeitas dos CI, permitindo a diminuição das falhas no conhecimento e o aumento da qualidade dos cuidados (Cloyes, Hart, Jones, & Ellington, 2020).

Os autores Sousa et al. (2022) reconhecem que as necessidades não satisfeitas dos CI são uma das principais áreas de melhoria da política e da prestação de serviços. Desta forma, é reiterada a ideia de que a identificação e implementação de intervenções centradas no CI reduz a ansiedade, depressão e carga associada ao processo de cuidar, promovendo a qualidade de vida e prevenindo situações de doença do CI (Sousa et al., 2022).

O CI encara numerosas dificuldades para cuidar de uma pessoa dependente (Martins, Almeida, Batista, & Carvalho, 2021). Uma das principais dificuldades passa pelo facto de um número elevado de CI não ter formação em cuidar (Guerrero et al., 2020). No estudo realizado pelo Movimento Cuidar dos Cuidadores Informais (2021), 51,8% das pessoas inquiridas revelam que uma das principais desafios e dificuldades associadas ao papel de CI é relativa à formação e capacitação do CI, porém, quando inquiridas sobre o tipo de ajuda que necessita, apenas 5,7% fazem menção à formação.

Cuidar de uma pessoa dependente é uma tarefa cansativa e rigorosa, tanto do ponto de vista físico como afetivo, requerendo disponibilidade temporal e energia (Melo et al., 2014). Os CI indicam que deixaram de ter tempo para si próprios e para estar em família, abandonaram os momentos de vida social, convívio com amigos, férias, readaptando-se a novas rotinas (Movimento Cuidar dos Cuidadores Informais, 2021).

As principais causas de problemas físicos e psicológicos do CI, inerentes ao processo de cuidado, estão relacionadas com quatro tipos de necessidades: informação sobre temas relacionados com a mobilidade e a prevenção de quedas, informação sobre patologias, morrer e morte; apoio social, financeiro e de telessaúde; apoio organizacional (harmonia entre vida familiar e profissional); e reconhecimento social (Plöthner et al., 2019). A questão do reconhecimento social, da falta de informação disponibilizada, das exigências de ordem física na prestação de cuidados (cansaço físico, dificuldades em dormir, agravamento da sua saúde), das reações à prestação de cuidados (preocupação, sentimento de impotência do cuidador relacionado com a impossibilidade de ter tempo para si e para outros membros da família, restringindo as suas relações pessoais) e das restrições da sua vida social (diminuição da qualidade de vida do CI), são algumas das dificuldades percebidas diariamente pelo CI, apontadas por Martins et al. (2014).

De acordo com os autores Ferreira et al. (2021) as necessidades dos CI estão agrupadas em cinco categorias: transição para o papel de CI; autocuidado do CI; necessidades sociais e comunitárias; económicas e de saúde. Ressalvam-se as necessidades relacionadas com a transição para o papel de CI, onde se encontra contemplado a aquisição de conhecimentos e habilidades relacionadas com o autocuidado (mobilização, transferência, prestação de cuidado em casa), com compreensão da condição de saúde, administração de terapêutica, técnicas de prestação de cuidados relacionadas com dieta e nutrição, deambulação, apoio financeiro e gestão total dos cuidados a serem prestados.

De forma a enfrentar os desafios diários nos cuidados no domicílio, é fundamental reforçar o papel dos prestadores de cuidados informais (Plöthner et al., 2019). A base para o desenvolvimento desta tipologia de cuidado é a adequação das estruturas de apoio às necessidades dos CI, sendo relevante mencionar que os aspetos demográficos, financeiros e culturais de cada país têm uma influência direta nas preferências e necessidades dos CI (Plöthner et al., 2019). A avaliação das competências do cuidador é um processo dispendioso e moroso quando realizado em larga escala, porém determinante quando o objetivo é capacitar uma grande população de cuidadores (Guerrero et al., 2020).

No aspeto relativo à formação do CI, uma percentagem elevada destes apontam para a necessidade de receber formação específica em algum aspeto do processo de cuidar (Movimento Cuidar dos Cuidadores Informais, 2021). A tipologia de formação identificada passa por: cuidados a ter no tratamento e manuseamento do doente; formação adequada à patologia, tal como o tratamento, evolução e terapias; e lidar com questões emocionais mentais e psicológicas.

Tal como já indicado anteriormente, no Decreto Regulamentar n.º 1/2022 de 10 de janeiro (2022), no seu Capítulo IV (Medidas de apoio ao cuidador informal), Secção I (Medidas de apoio comuns), artigo 12, está previsto um Plano de Intervenção Específico (PIE) que “resulta do diagnóstico e planeamento centrado na continuidade e proximidade de cuidados, no que respeita às necessidades identificadas no domínio da saúde e da segurança social” (p.26). O PIE apresenta a seguinte estrutura:

- Diagnóstico das necessidades do cuidador informal;
- Identificação dos cuidados informais a serem realizados pelo CI, assim como informação relevante para a prestação desses cuidados;
- Período de descanso anual do CI, mediante a situação e se aplicável, juntamente com uma declaração de consentimento da pessoa cuidada para integração de uma resposta social alternativa durante este período de descanso do CI;
- Formações e informações que o CI deverá consultar a fim de manter uma capacitação contínua;
- Acesso a medidas de saúde, de apoio social e recursos pertinentes, que potenciem a autonomia, qualidade de vida e participação social da pessoa cuidada;
- Avaliação da qualidade de vida e sobrecarga do CI, mediante a situação e se aplicável;
- Identificação dos profissionais da saúde e da segurança social de referência, bem como forma de contacto com os mesmos;
- Identificação dos grupos de autoajuda criados nos serviços de saúde, disponíveis na área de residência do CI.

Desta forma, o PIE (Decreto Regulamentar n.º 1/2022 de 10 de janeiro, 2022) “contém a avaliação das necessidades do cuidador informal, as estratégias de acompanhamento, aconselhamento, capacitação e formação que o cuidador deve prosseguir no sentido de suprir ou minimizar as necessidades decorrentes da situação da pessoa cuidada e os recursos a mobilizar para apoio e alívio na prestação de cuidados” (p.26), sendo contruído pelo profissional de saúde e da segurança social de referência e pelo CI.

A criação de um período de descanso do CI, com recurso a uma resposta social já é praticada em outros países enquanto uma medida política, porém, de acordo com Willemse et al. (2016), estes cuidados considerados como temporários/ psicossociais de suporte, raramente eram usados ou conhecidos pela população. Por um lado, os CI relatavam que estas alternativas não estavam adaptadas às necessidades ou preferências das díades, por outro, outros CI consideravam esta opção inaceitável, alegando falta de confiança, um forte relacionamento entre o CI e a pessoa cuidada e a barreira financeira associada ao custo deste serviço. Nas

situações em que o cuidado temporário foi utilizado, foi muito apreciado e permitiu ao cuidador ter algum tempo para si ou para a sua família (Willemse et al., 2016).

No que se refere aos profissionais de saúde, estes são impelidos a desenvolverem estratégias de intervenção que vão ao encontro das necessidades específicas identificadas, através de uma estratégia multidisciplinar (Martins, Faria, & Ribeiro, 2021).

Os profissionais desta área que se destacam na formação do CI, através do fornecimento de informação e na criação de estratégias de adaptação a cada situação, são os enfermeiros (Martins et al., 2016; Oliveira, Ferreira, Fonseca, & Paes, 2016). Os autores Mateus & Fernandes (2019) evidenciam a importância da atuação de um educador social junto dos CI que identifique as suas necessidades e defina estratégias de orientação e apoio, que podem passar pela criação e desenvolvimento de programas de competências pessoais, relacionadas com a prestação de cuidados informais, bem como com a promoção de grupos de entreajuda, com vista à capacitação e à melhoria da qualidade de vida do CI (Afonso et al., 2019). Na revisão sistemática de revisões sistemáticas da literatura sobre intervenções para cuidadores de pessoas com patologia crónicas, efetuada por Corry, While, Neenan, & Smith (2015), os estudos reafirmam que as intervenções de educação e apoio fornecidas ao CI, melhoraram a sua qualidade de vida. Souza et al. (2014) reforçam a importância do acompanhamento efetuado pelos Enfermeiros junto dos CI, relativamente à capacitação dos mesmos, na tentativa de promover o cuidado como uma atividade mais branda, melhorando dessa forma a qualidade de vida dos elementos que estão envolvidos no processo de reabilitação e cura.

O profissional de saúde de referência, tantas vezes indicado no Decreto Regulamentar (Decreto Regulamentar n.º 1/2022 de 10 de janeiro, 2022) deverá ser, inegavelmente, um enfermeiro, em particular um EEER. Um dos elementos decisivos na qualidade do exercício profissional dos enfermeiros é o desenvolvimento de intervenções de enfermagem compatíveis com as necessidades específicas das pessoas dependentes e dos membros da família prestadores de cuidados (Ribeiro et al., 2014).

Os resultados do estudo levado a cabo por Martins et al. (2014) enfatizam a necessidade dos profissionais de saúde estabelecerem a sua intervenção na promoção das capacidades e competências dos CI, com o objetivo de diminuir os efeitos negativos, já amplamente referidos, associados ao processo de cuidar, assim como assegurando que as dificuldades percebidas pelo CI são totalmente solucionadas.

No estudo realizado por Dixe et al. (2019), o CI apresentava um nível baixo de competências relacionadas com a gestão de sintomas e mobilidade, sendo que, à medida que é alvo do próprio processo de envelhecimento, os CI referem considerar-se menos aptos para a prestação de

cuidados nos seguintes domínios de autocuidado: alimentação; mobilidade; transferência; medicação; alimentação; gestão dos sintomas e comunicação.

Alguma bibliografia desta área do conhecimento, relaciona a temática do CI com a demência e a doença de Alzheimer. De acordo com Oliveira et al. (2016), uma das dificuldades associadas ao planeamento dos cuidados pelo CI, ao idoso com doença de Alzheimer, decorre da sua limitação no conhecimento sobre a doença, potenciando assim a sua sobrecarga. Ao prestarem cuidados a pessoas com perturbações cognitivas devido à doença de Alzheimer, as necessidades do CI vão ser distintas, mediante a progressão da doença. A avaliação regular das necessidades de formação, em função de cada situação, poderá levar a um ajuste no fornecimento de nova informação, novos conhecimentos, ajuste de capacidades e dos apoios disponíveis (Novais, Dauphinot, Krolak-Salmon, & Mouchoux, 2017).

A compreensão das dificuldades que os CI enfrentam durante a prestação de cuidados é estrutural para os profissionais de saúde que acompanham estas famílias e que têm por objetivo colaborar com os CI na prestação de cuidados seguros e eficazes, reduzindo a utilização de serviços hospitalares. Outro dos benefícios associados à identificação das áreas de maior dificuldade percebida pelo CI é o alívio de alguma da sobrecarga, melhorando a sua saúde (Dixe et al., 2019).

Ao ser realizado um processo de escuta e avaliação das necessidades, fragilidades e competências dos CI, os profissionais de saúde conseguem elaborar um plano de intervenção que, após aplicado, demonstre a obtenção de ganhos em saúde (Martins & Araújo, 2016). A avaliação das necessidades do CI melhora a qualidade dos cuidados prestados (Cantillo, Lleopart, & Ezquerro, 2018), sendo que esta avaliação pode ser efetuada através de vários instrumentos de recolha de dados (Ferreira et al., 2021).

Um dos instrumentos utilizados, adaptado e validado para a população portuguesa, centrado em cuidadores de idosos com dependência de causa “física” ou “mental”, pelo autor Sequeira (2010), é a Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. A identificação da sobrecarga do CI, associada ao cuidar de idosos com dependência é premente visto tratar-se de uma consequência negativa no CI. A referida escala avalia a sobrecarga objetiva e subjetiva do cuidador informal, inclui informações sobre saúde, vida social, vida pessoal, situação financeira, situação emocional e tipo de relacionamento.

A proposta de empoderamento do CI da pessoa com compromisso do autocuidado, delineada pelos autores Dixe et al. (2020) foi o Modelo *Help2care* de capacitação do cuidador informal. O modelo baseia-se, tal como referido, na capacitação do CI, num processo que decorre em dez etapas da responsabilidade do profissional de saúde que assume o papel de gestor de caso. Os objetivos deste programa passam por “capacitar os cuidadores informais para

cuidar da pessoa com dependência no autocuidado no processo de transição do hospital para o domicílio; garantir a continuidade de cuidados seguros, mantendo a comunicação efetiva entre os atores do processo de cuidados” (p. 18). Na quarta etapa deste processo é realizada a avaliação das necessidades de capacitação do cuidador informal, com recurso a um instrumento que tem por base os seguintes domínios do autocuidado: tomar banho; vestir-se/despir-se; arranjar-se; uso do sanitário; alimentar-se; elevar-se; virar-se; transferir-se; andar e tomar a medicação. A correta avaliação e identificação das necessidades de capacitação do CI define todo o planeamento e a ordem dos conteúdos a serem abordados no processo de ensino/capacitação (Dixe et al., 2020).

Outro instrumento utilizado para a avaliação das necessidades de aprendizagem do CI, ainda em desenvolvimento pelos investigadores (Lopes, Fonseca, Pinho, & Sousa, 2020) denomina-se por: Indicadores das Necessidades de Aprendizagem do Cuidador Informal (NACI). Este instrumento vai fazer perceber as necessidades de suporte do CI, em termos de conhecimento e capacidade, em indicadores relacionados com: alimentação, levante/transferência, comunicação, uso do sanitário, higiene, 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.

A demonstração dos ganhos de conhecimentos é uma das estratégias de validação da eficácia de um programa ou projeto, no qual o objetivo seja aumentar os conhecimentos dos CI e obter ganhos em saúde (Guerrero et al., 2020).

1.2.3 Capacitação do Cuidador Informal

A dependência da pessoa para o autocuidado é a base da intervenção do EEER no processo de reabilitação, visto que um dos seus objetivos, referido pelos autores Petronilho & Machado (2017) passa por “capacitar a pessoa no desempenho das atividades que compõem cada um dos diversos domínios do autocuidado” (p. 8).

A capacitação é um processo multidimensional que abrange o conhecimento, a decisão e a ação, envolvendo os domínios cognitivo, físico e material, podendo ocorrer de forma gradual ou repentina. Os autores Reis & Bule (2017) indicam que, a nível da pessoa, a capacitação “traduz-se nas atividades de vida que garantem as condições básicas, como sejam comer e beber, mover-se, lavar-se e vestir-se, eliminar, entre outras” (p. 57).

Na capacitação da pessoa em processo de reabilitação, nomeadamente pessoa com deficiência, limitação da atividade e restrição da participação com compromisso do autocuidado, e o seu CI, enquanto díade, o EEER tem dois focos de atenção: o conhecimento e a aprendizagem de capacidades (Sousa, et al., 2020).

O primeiro destes focos é o do conhecimento, onde a intervenção do EEER passa por empoderar a pessoa para a tomada de decisão com o intuito de lhe promover a autonomia (Sousa et al., 2020). O conceito de empoderamento, definido pelos mesmos autores, “está relacionado com o conhecimento e a autonomia na tomada de decisão” (p.65). As intervenções estabelecidas pelo EEER e mencionadas no Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (Ordem dos Enfermeiros, 2015b), para a dimensão do conhecimento passam por “orientar para o uso de” e “ensinar sobre”, de modo a obter ganhos em conhecimento, permitindo assim melhorar a tomada de decisão e autonomia.

O conceito de empoderamento foi ainda abordado por Fernandes & Vareta (2019), constituindo-se como uma aquisição de conhecimentos e competências que conferem à pessoa capacidade para decidir, permitindo assim um maior envolvimento no seu projeto de saúde mas também responsabilização sobre as decisões tomadas.

O segundo foco mencionado pelos mesmos autores (Sousa et al., 2020) é o da aprendizagem de capacidades, implicando que exista a passagem à ação daquilo que foi adquirido na dimensão do conhecimento, no qual o objetivo estava direcionado ao empoderamento e tomada de decisão. O passar à ação leva a que a pessoa se torne mais independente na execução das ABVD e AIVD, “contribuindo assim para uma transição com sucesso, verificada pela perceção de mestria na execução dessas atividades e integração de uma nova identidade (consciencialização de que é capaz e está diferente da situação anterior)” (p.67). Nesta dimensão as intervenções estabelecidas pelo EEER, à semelhança daquilo que foi mencionado na dimensão do conhecimento, passam por “instruir sobre”, “treinar a técnica de” e “treinar o uso de” (Ordem dos Enfermeiros, 2015b).

Considera-se indispensável indicar que toda a intervenção realizada pelo EEER para a capacitação e empoderamento, não se esgota na pessoa com deficiência, limitação da atividade e restrição da participação, com compromisso do autocuidado, estendendo-se também ao seu CI (Sousa et al., 2020). Apoiar o CI é um motivo de inquietação, visto que este é quem está mais próximo da pessoa cuidada e avalia e monitoriza as suas necessidades e, em determinadas situações, a progressão da sua doença (Willemse et al., 2016).

No Regulamento de Competências do EEER ("Regulamento nº 392/2019 de 3 de maio - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação," 2019), encontra-se salvaguardada na competência J2.1 a capacitação da pessoa com deficiência, limitação e/ou restrição da atividade para a sua reinserção e exercício da cidadania, por meio da análise da problemática, elaboração e implementação por parte do EEER, de programas de treino de AVD, procurando a adaptação às limitações da mobilidade objetivadas, com vista à maximização da autonomia e da qualidade de vida. Para que obtenha

os resultados ambicionados, o EEER estabelece variadas intervenções, ente elas, ensinar a pessoa e o seu CI, realizar treino específico no âmbito das AVD, promover ambientes seguros, entre outros.

As AVD são definidas como as atividades ou tarefas comuns que as pessoas desempenham de forma autónoma e rotineira no seu dia-a-dia, as AVD subdividem-se em ABVD e AIVD (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2011), as ABVD são: higiene pessoal (uso de chuveiro, de banheira, ato de lavar o corpo, higiene oral, higiene pessoal), controlo da eliminação vesical e intestinal e uso dos sanitários (autocontrolo de micção e defecação, ir ao sanitário para eliminar e higienizar-se após eliminação), vestuário (ir buscar roupas ao armário, vesti-las, apertar botões, fechos, cintos, calçar meias e sapatos), alimentação (uso adequado dos talheres e direcionar a comida à boca), locomoção (deslocar-se de forma independente) e, por último, transferência (sair da cama e sentar-se na cadeira, transferir-se entre cadeiras e para a sanita, banheira, ou outro local). Os instrumentos de avaliação mais utilizados em Portugal para as ABVD são o Índice de Barthel, Índice de Katz e a Medida da Independência Funcional (MIF) (Vigia, Ferreira, & Sousa, 2017).

A Ordem dos Enfermeiros (2011) refere ainda que as AIVD correspondem à capacidade de gestão do ambiente que rodeia a pessoa e inclui as subseqüentes tarefas, tais como a preparação de refeições, tarefas domésticas, lavar roupa, gerir dinheiro, usar o telefone, tomar a medicação, fazer compras e utilizar os meios de transporte. O instrumento de avaliação mais utilizado em Portugal para as AIVD é o Índice de Lawton-Brody Frenchay Activity Index (Vigia et al., 2017).

Tal como mencionado anteriormente, o CI encontra-se presente quando existe uma alteração na autonomia e independência da pessoa cuidada, que a incapacita ou limita na sua capacidade para o autocuidado. A intervenção do CI pode ser ao nível das ABVD (mais frequente), assim como ao nível das AIVD. É considerado pelo The MetLife Mature Market Institute (2011), que a intervenção dos CI nas ABVD é geralmente vista como mais intensiva e stressante do que nas AIVD.

A capacitação do CI é o caminho mais seguro para a obtenção de melhores resultados na reabilitação de pessoas idosas e detentoras de patologia crónica e/ ou degenerativa, para além disso confirma-se a diminuição da possibilidade de erros técnicos que provoquem dano à pessoa cuidada, acometidos pelo cuidador, diminuição dos gastos relacionados com a saúde, reinternamento, sobrelotação das Unidades Hospitalares e a diminuição do número de óbitos (Souza et al., 2014). Cabe ao Enfermeiro dotar o CI de habilidades relacionadas com a prestação

de cuidados informais, assim como a monitorização e supervisão destes cuidados (Bicalho, Lacerda, & Catafesta, 2008).

Considera-se indubitável o papel fundamental do Enfermeiro como educador e na identificação das necessidades da pessoa alvo de cuidados e do seu CI, de acordo com Andrade et al. (2009), Souza et al. (2014), entre outros autores, no momento da alta hospitalar, porém, é indispensável compreender que a capacitação do CI decorre em simultâneo no contexto hospitalar e no contexto comunitário (Dixe et al., 2020). Esta intervenção de enfermagem permite que o CI preste uma assistência correta, diminui a ansiedade e as dúvidas inerentes à prestação de cuidados informais (Souza et al., 2014), transmite tranquilidade e facilidade para a execução dos mesmos, tornando-se uma forma promoção da humanização dos cuidados e de quem está responsável por estes (Bicalho et al., 2008).

Nos Estados Unidos da América, nomeadamente no Estado da Califórnia, face ao aumento do número de adultos que vivem com demência e que precisam de cuidados informais no domicílio, tem havido esforços de várias entidades para o reconhecimento do CI como um profissão (Guerrero et al., 2020). À imagem de outras profissões na área da saúde, esta alteração exigirá o estabelecimento de uma formação diferenciada e formal na área, com posterior certificação (Guerrero et al., 2020).

Na atual evidência científica múltiplas são as propostas de programas de intervenção para a capacitação do CI da pessoa em processo de reabilitação com compromisso do autocuidado. Autores como Berwig et al. (2017) aconselham intervenções estruturadas, individualizadas, com múltiplos temas, a fim de aliviar a carga dos CI, nomeadamente naqueles que prestam cuidados a pessoas com demência. Os mesmos autores revelam que os programas individualizados provaram ser mais eficazes do que as intervenções em grupo, assim como a utilização de estratégias de resolução de problemas e de modificação de comportamento, se mostraram mais eficientes do que intervenções relacionadas com a psico-educação ou apenas a transferência de conhecimento (Berwig et al., 2017).

Os programas de intervenção indicados devem ser enquadrados num modelo de cuidados centrados na pessoa/ família, constituindo-os enquanto conselheiros e parceiros na prática de cuidados, visto que são quem pode tomar decisões fundamentadas e baseadas nos seus valores (Millenson, Shapiro, Greenhouse, & DiGioia, 2016).

Algumas das intervenções dirigidas aos CI baseiam-se no reconhecimento e aplicação de intervenções de gestão da ansiedade, depressão e sobrecarga (Mei, Wilson, Lin, Li, & Zhang, 2018). Estas intervenções são individualizadas, com o objetivo de permitir estabilidade psicológica e emocional (Abreu et al., 2019). A redução dos sintomas depressivos dos CI é

alcançada através do apoio social prestado e das intervenções direcionadas aos mesmos (Sandoval, Tamiya, Lloyd-Sherlock, & Noguchi, 2019).

O acompanhamento qualificado, estabelecido com os CI, é efetuado pelos Enfermeiros, tal como descrito por Sousa, Ferreira, et al. (2021). Outra das estratégias propostas passa por criar um vínculo com os CI, momento em que o Enfermeiro incentiva a sua participação social, estimulando a criação de grupos de apoio com outros CI, com o objetivo de estimular a partilha de sentimentos e a criação de laços afetivos, concebendo uma rede de apoio fortalecida.

O plano de intervenção estabelecido pelo Enfermeiro em junção com um acompanhamento integrado, tem como objetivo a manutenção da capacidade funcional, promoção da participação social, diminuição do risco de hospitalização e institucionalização. Este plano é estabelecido mediante uma avaliação das componentes física, cognitiva, afetiva, social, financeira, ambiental e espiritual, essenciais quando se trata de cuidados de saúde geriátricos (Martins, Faria, et al., 2021).

Tal como já referido no subcapítulo anterior, no Modelo *Help2care* (Dixe et al., 2020) a sua 5ª Etapa é inteiramente dedicada à capacitação do CI para o autocuidado. Está preconizado que nesta etapa a capacitação do CI deve ser realizada de acordo com as necessidades identificadas e centrada no próprio, nomeadamente nas necessidades priorizadas por si. O profissional de saúde adequa os métodos, a terminologia e linguagem que utiliza às preferências e literacia do CI, apresentando também alternativas no material de apoio apresentado.

Neste modelo existem duas propostas para o estabelecimento das atividades de capacitação, dependendo da disponibilidade do profissional de saúde e do CI (Dixe et al., 2020). Uma primeira alternativa passa pelo agendamento prévio da atividade de capacitação do CI, utilizando um método centrado no ensino baseado na observação e treino personalizado, complementado com propostas de acesso pela WEB (vídeos, imagens, material escrito). As sessões posteriores servem, num primeiro momento, para o esclarecimento de dúvidas relativas à sessão anterior e de seguida para reforçar a sistematização da atividade de capacitação. Uma segunda alternativa decorre quanto a necessidade de capacitação não foi previamente determinada, ou por não existir disponibilidade de agenda ou do profissional de saúde, ou do CI. Nesta alternativa é realizada uma avaliação das prioridades de capacitação, seguida da consulta aos materiais disponíveis na WEB. As sessões seguintes são centradas no esclarecimento de dúvidas. Independentemente da alternativa selecionada, a introdução de novas temáticas é sequencial e de acordo com as prioridades identificadas.

As intervenções baseadas na Web são cada vez mais utilizadas na atualidade para apoiar os CI de pessoas com condições crónicas. Apesar de ser uma alternativa recente é considerada bastante promissora. As intervenções baseadas na Web podem resultar em melhoria da saúde

mental, dos cuidados gerais e da saúde do CI (Ploeg et al., 2017). Vários são os benefícios apontados às intervenções baseadas na WEB, tais como o facto de serem menos dispendiosas do que aquelas que envolvem o apoio presencial de profissionais, sendo também mais acessíveis aos CI. No entanto, esta é uma área ainda em estudo, necessitando de uma pesquisa rigorosa que inclua estudos que analisem os momentos críticos desta tipologia de intervenção e o formato necessário para ter um efeito efetivo (Ploeg et al., 2017).

A utilização de intervenções com recurso às novas tecnologias ressalva a importância dos conceitos de telemedicina e telereabilitação na ação do EEER. A Pandemia COVID-19 foi determinante para a utilização mais frequente desta tão importante ferramenta, devido aos constrangimentos existentes no contacto presencial e a necessidade crescente de manutenção dos cuidados de reabilitação (Niknejad, Ismail, Bahari, & Nazari, 2021). Esta temática encontra-se aprofundada no último capítulo deste relatório.

Face a tudo aquilo que foi exposto, no processo de reabilitação, os CI são um dos alvos de intervenção por parte do EEER, estabelecendo parcerias entre cuidadores formais e informais, como também planeando intervenções que visem a facilitação e a melhoria da qualidade dos cuidados prestados (Melo et al., 2014), tornando-se de extrema relevância o projeto de intervenção implementado.

2. APRECIÇÃO DO CONTEXTO (ESTÁGIO FINAL)

O Estágio Final, com a duração total de 16 semanas, decorreu numa UHD, que, de acordo com a Direção Geral da Saúde (2018) se constitui como um “modelo de assistência hospitalar praticado no domicílio do doente, durante um período transitório, em alternativa ao internamento hospitalar convencional”(p.1). Tem ocorrido internacionalmente um aumento notável das iniciativas-piloto e da implantação deste modelo, de forma a otimizar os serviços providenciados a uma população com cada vez mais patologias crónicas (Casteli et al., 2020).

A UHD entrou em funcionamento a 21 de outubro de 2020 e os seus objetivos passam por reduzir os internamentos hospitalares, evitar as admissões hospitalares, reduzir os custos hospitalares, diminuir as taxas de infeção, promover a qualidade de vida e garantir a segurança dos cuidados.

Desde que iniciou a sua atividade a UHD já realizou mais de 2334 visitas em contexto de hospitalização domiciliária, 90,84% destas visitas em atividade programada, cerca de 465 doentes foram referenciados pelos serviços do hospital para integrarem as vagas da UHD e com aproximadamente 186 altas clínicas concluídas. O tempo médio de internamento é de 8,9 dias, sendo o tempo médio de visita de 30 minutos e o tempo médio de deslocação de 21 minutos.

A equipa interdisciplinar da UHD é constituída por 5 enfermeiros, dos quais 2 EEER e 1 Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica, 1 médico, 1 auxiliar de ação médica, 1 administrativo, 1 assistente social, 1 farmacêutico e 1 dietista, e presta assistência 24 horas por dia, todos os dias do ano, sendo que apresenta uma capacidade para 5 vagas.

O horário de trabalho divide-se em três turnos distintos durante o dia, sendo que os EEER que integram a equipa de enfermagem da UHD realizam toda a tipologia de turnos, permitindo a continuidade do plano de cuidados definido.

A primeira UHD conhecida em Portugal entrou em funcionamento no ano de 2015 no Hospital Garcia de Orta. A norma da Direção Geral de Saúde que suporta o funcionamento de todas as UHD do país é a nº 020/2018 de 20-12-2018 (Direção Geral da Saúde, 2018), neste documento os cuidados domiciliários são definidos como:

cuidados ativos, coordenados pela unidade de hospitalização domiciliária e prestados por unidades e equipas específicas, no domicílio, a doentes referenciados para o efeito, livre e conscientemente, com o principal objetivo de promover o seu bem-estar e a sua qualidade de vida (p.10).

Os critérios de inclusão para admissão em regime de internamento na UHD passam por voluntariedade da pessoa e da pessoa de referência ou família cuidadora, critérios sociais

(condições de habitabilidade e segurança da equipa durante as visitas), critérios clínicos (diagnóstico e plano de cuidados definido), critérios geográficos (raio de 30km da UHD ou até 20 minutos de duração da deslocação) e exequibilidade do tratamento.

Os critérios de exclusão prendem-se com a dependência de substâncias ilícitas, ideação suicida, agitação psicomotora, pessoas com elevado risco epidemiológico, capacidade mental e emocional da pessoa alvo de cuidados e do seu cuidador que condicionem o cumprimento dos tratamentos prescritos. Na UHD onde decorreu o estágio final, os principais motivos de recusa de integração em vagas de UHD são: vaga indisponível, motivos sociais, motivos clínicos, recusa do doente ou cuidador e motivos geográficos.

Tal como indicado, um dos critérios de admissão passa pela existência de um cuidador, apesar da Norma da Direção Geral da Saúde (2018) indicar que este critério se torna facultativo no caso de a pessoa ser autónoma nas atividades de vida diária.

O processo de admissão e a gestão do processo assistencial na UHD é efetuado de forma criteriosa garantindo sempre a qualidade e segurança dos cuidados prestados.

Um dos objetivos do estágio final do Curso de Mestrado em Enfermagem, Especialização em ER passa pelo desenvolvimento e consolidação de competências comuns do enfermeiro especialista e competências específicas do EEER, explanadas no último capítulo do presente relatório. O projeto de intervenção aplicado no estágio final constitui-se como uma ferramenta fundamental para a mobilização de conhecimentos e de estratégias de intervenção que vão de encontro ao solicitado para o estágio final. No capítulo seguinte será apresentado pormenorizadamente o projeto de intervenção desenvolvido na UHD assim como os resultados obtidos.

3. PROJETO DE INTERVENÇÃO

A aplicação do Projeto de Intervenção “Capacitação do Cuidador Informal da Pessoa em Processo de Reabilitação com Compromisso do Autocuidado”, decorreu no estágio final do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação numa UHD. Tal como referido no capítulo anterior, o contexto de estágio onde foi implementado o Projeto de Intervenção, constitui-se como um local privilegiado para o contacto entre a Equipa de Enfermagem e os cuidadores informais e, por isso, muito profícuo para a aplicação de instrumentos de colheita de dados, implementação de programas estruturados e personalizados para a capacitação do CI, com base nas necessidades identificadas, bem como a avaliação de todo o processo e dos ganhos sensíveis à intervenção do EEER.

Neste capítulo será feita a caracterização pormenorizada do Projeto de Intervenção, passando pela fase metodológica, finalidade, questão de investigação, objetivos, tipo de estudo, amostra e população-alvo, instrumentos de colheita de dados e as questões éticas.

3.1 Metodologia

De acordo com Fortin (2009) na fase metodológica do projeto são estabelecidos os métodos para a realização da investigação, bem como a definição dos métodos a aplicar para dar resposta à questão de investigação, a definição da amostra/população e a seleção dos instrumentos para a colheita de dados.

A implementação do Projeto de Intervenção teve início a 13 de setembro 2021 e decorreu até 14 de janeiro de 2022 e seguiu as três etapas indicadas por Silva & Mercedes (2018): 1ª definir e elaborar o projeto; 2ª preparar, realizar a colheita de dados; 3ª analisar e estabelecer conclusões.

3.1.1 Finalidade, Objetivos e Questão de Investigação

O Projeto de Intervenção tem como finalidade contribuir para a capacitação do CI de pessoas com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação com compromisso do autocuidado em contexto de internamento na UHD.

O objetivo geral do Projeto de Intervenção é: avaliar a efetividade das intervenções do EEER na capacitação do CI de pessoas com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação com compromisso do autocuidado em contexto de internamento na UHD.

Os objetivos específicos do Projeto de Intervenção passam por:

- caracterizar o CI e a pessoa com idade igual ou superior a 18 anos com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação com compromisso do autocuidado;
- caracterizar as necessidades do CI;
- determinar quais os ganhos sensíveis (ganhos em conhecimento, na sobrecarga do cuidador informal e na satisfação do CI relativa ao programa de intervenção implementado pelo EEER) aos cuidados de ER no âmbito da capacitação do CI de pessoas com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação com compromisso do autocuidado.

A questão de Investigação, utilizada como ponto de partida de todo o Projeto, foi estruturada de acordo com o acrónimo **P** (População - CI da pessoa com idade igual ou superior a 18 anos com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação com compromisso do autocuidado), **I** (Intervenção – intervenção do EEER na capacitação do CI), **Co** (Contexto – UHD), desta forma a mesma é: Será que a intervenção na capacitação realizada pelo EEER no CI da pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação com compromisso do autocuidado, em contexto de UHD, é efetiva?

3.1.2 Tipo de Estudo

Para a realização do presente Projeto de Intervenção e análise dos dados obtidos, selecionou-se a metodologia de estudo de casos múltiplos. De acordo com o autor Lobiondo-Wood & Haber (2018) o método de estudo de caso estuda as particularidades de um caso específico, independentemente dos instrumentos de colheita de dados utilizados e as estratégias de análise para explorar questões de pesquisa. Os estudos de caso incluem dados quantitativos e/ou dados qualitativos, podendo identificar padrões em determinadas variáveis que são consistentes num conjunto de casos. Desta forma, a tipologia de estudo indicada é considerada uma modalidade de investigação mista, por tratar de dados qualitativos e quantitativos, sendo o seu objetivo final é a investigação aprofundada de um determinado caso (Coutinho, 2014).

Foi selecionada a Metodologia de Estudo de Caso de Robert Yin para guiar toda a Fase Metodológica do Projeto de Intervenção proposto. O autor, na sua obra, ressalva que a pesquisa de Estudos de Caso continua a ser um dos mais desafiantes esforços das ciências sociais, sendo que o mesmo propõe os seguintes passos para a realização de um Estudo de Caso: planificação, desenho do plano, preparação, colheita de dados, análise dos dados recolhidos e por fim a partilha/ divulgação dos mesmos (Yin, 2018). As CARE Case Report Guidelines (2013) e o Diagrama de Fluxo CARE (The CARE Guidelines: Consensus-based Clinical Case Reporting Guideline Development, 2019) foram também norteadores da sistematização dos dados recolhidos, confirmando todas as etapas necessárias para uma correta validação dos mesmos.

3.1.3 População-alvo e Seleção da Amostra

Tal como indicado anteriormente, o tipo de estudo selecionado é o de estudo de casos múltiplos pelo que, tendo em consideração as características do tipo de estudo, a amostra/população-alvo o mesmo realizou-se sem grupo de controlo.

Conceptualmente uma população é definida por Fortin (2009) como “uma coleção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios” (p. 202). A mesma autora refere ainda que uma população com determinadas particularidades e que é submetida a um determinado estudo é intitulada de população alvo. No caso específico do Projeto de Intervenção apresentado, os CI são a população-alvo do estudo, atendendo que todo o foco passou pela capacitação dos mesmos.

Definiram-se portanto como critérios de inclusão na população-alvo: pessoas com idade igual ou superior a 18 anos com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação com compromisso do autocuidado e o seu CI; estarem integrados na UHD durante o período de realização do estágio; serem alvo dos cuidados do EEER; aceitarem integrar o projeto de intervenção, através do preenchimento do consentimento informado pela díade (CI e pessoa cuidada) (Apêndice 1); realização da primeira avaliação nas primeiras 48h após admissão em UHD.

A amostra é considerada como um subconjunto da população-alvo (Fortin, 2009). A seleção dos participantes para integração no Projeto de Intervenção baseou-se na escolha de amostra não probabilística, procedimento em que cada membro da população não tem a mesma probabilidade de ser selecionado, utilizando uma técnica de seleção por amostragem acidental, onde os participantes são incluídos no estudo à medida em que se apresentam num local determinado e até a amostra atingir o tamanho pretendido (Fortin, 2009).

Desta forma, aquando de cada admissão na UHD era realizada a análise de todos os critérios de inclusão referidos e tomada a decisão da seleção na amostra. Ressalva-se que apenas foi iniciada a seleção da amostra após a obtenção de parecer favorável da Comissão de Ética (Anexo 1) da instituição onde decorreu a implementação do Projeto de Intervenção, portanto a 13 de outubro de 2021. Desta forma, cumprindo todos os critérios de inclusão foram incluídas 3 díades no Projeto de Intervenção.

3.1.4 Instrumentos de Colheita de Dados

A colheita de dados foi realizada com recurso a instrumentos de colheita de dados que se dividem em três tipos: instrumentos aplicados à pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação com compromisso do autocuidado e ao CI;

instrumentos aplicados apenas à pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação com compromisso do autocuidado; instrumentos aplicados apenas ao CI.

Nas primeiras 48h após a admissão em UHD, foi preenchido um formulário (Apêndice II) com dados relativos à pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação com compromisso do autocuidado e ao CI para recolha de dados de identificação, sociodemográficos e da condição de saúde/doença da pessoa. Para o preenchimento deste formulário foi utilizada a plataforma de registos clínicos utilizada na instituição onde decorreu o estágio final, bem como a entrevista direta.

Após a aplicação do formulário, no mesmo dia, foram utilizados os seguintes instrumentos de colheita de dados na pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação com compromisso do autocuidado, a fim de realizar a caracterização da mesma: Mini Mental State Examination (MMSE); Blessed Dementia Scale (BDS); Escala de Solidão (UCLA); Medida de Independência Funcional (MIF); Escala de Lawton & Brody; Escala de Quedas de Morse; Escala de Braden; Elderly Nursing Core Set (ENCS).

O MMSE (Anexo II) permite a avaliação da função cognitiva e o rastreio de quadros demenciais. Este instrumento é constituído por duas partes, uma que abrange orientação, memória e atenção, com pontuação máxima de 21 pontos e outra que aborda habilidades específicas como nomear e compreender, com pontuação máxima de 9 pontos, num total de 30 pontos (Laks et al., 2003). Quanto menor o valor da escala, maior a degradação cognitiva, sendo que os pontos de corte são: 22 pontos para analfabetos e até 2 anos de escolaridade, 24 pontos entre 3 e 6 anos de escolaridade e 27 se 7 ou mais anos de escolaridade (Morgado, Rocha, Maruta, Guerreiro, & Martins, 2009).

A BDS (Anexo III) tem como objetivo quantificar o grau de deterioração intelectual e de personalidade das pessoas idosas nos últimos seis meses (Blessed, Tomlinson, & Roth, 1988). É constituído por 22 itens, oito destes refletem mudanças no desempenho das atividades de vida diárias, três destes revelam mudanças nos hábitos, nomeadamente no autocuidado, por último, onze destes itens refletem mudanças na personalidade, interesses e impulsos. A cotação dos itens varia entre 0 a 28, sendo que o grau de deterioração intelectual e de personalidade é maior, quanto mais elevado for o valor da pontuação total (Lopes et al., 2021). Os pontos de corte estabelecidos por (Eastwood, Lautenschlaeger, & Corbin, 1983) são: valores inferiores a 4 indicam ausência de deterioração; valores de 4 a 9 indicam deterioração leve; valores superiores a 10 sugerem deterioração moderado a grave. Os autores Stern, Mayeux, Sano, Hauser, & Bush (1987) indicam ainda outros valores de corte como: valores entre 10 a 15 indicam deterioração moderado e superiores a 15 indicam deterioração grave.

A UCLA (Anexo IV) é considerada uma escala de heteroadministração que foi desenvolvida para avaliar os sentimentos subjetivos de solidão ou isolamento social. Constituída por 16 itens, assentes em duas dimensões (isolamento social e afinidades), cada item com quatro alternativas de resposta, que variam entre o nunca (1 Ponto) e frequentemente (4 pontos) (Pocinho, Farate, & Dias, 2010). O ponto de corte considerado pelos autores Pocinho et al. (2010) é a pontuação final de 32, considerando que pontuações superiores a este valor revelam sentimentos negativos de solidão.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2016), a MIF (Anexo V) diagnostica o grau de capacidade/ incapacidade funcional de adultos e idosos, recorrendo à avaliação do desempenho da pessoa, assim como a necessidade de cuidados para a realização de tarefas motoras e cognitivas de vida diária. A MIF está organizada em duas dimensões (motora e cognitiva) que se subdividem em categorias e depois atividades, num total de 18 itens. As categorias são: autocuidado, controle do esfíncter, transferência e locomoção (dimensão motora), comunicação e cognitivo social (dimensão cognitiva). Neste instrumento, a pontuação atribuí no máximo 7 pontos ao nível de completa independência e no mínimo 1 ponto à dependência completa. A pontuação total é calculada pela soma dos pontos atribuídos a cada item, ressaltando-se os seguintes pontos de corte: 18 pontos corresponde a uma dependência completa; 19 a 60 pontos corresponde a uma dependência modificada com assistência até 50% da tarefa; 61 a 103 pontos corresponde a uma dependência modificada, com assistência até 25% da tarefa; e 104 a 126 pontos corresponde a uma independência completa (Ordem dos Enfermeiros, 2016).

A Escala de Lawton & Brody (Anexo VI) avalia a autonomia da pessoa para desempenhar as AIVD (Ordem dos Enfermeiros, 2016). Selecionou-se a versão de Sequeira (2007) que apresenta oito itens: cuidar da casa, lavar a roupa, preparar a comida, ir às compras, uso do telefone, uso de transporte, uso do dinheiro e responsável pelos medicamentos. Cada item apresenta 3, 4 ou 5 níveis diferentes de dependência, pelo que cada atividade é pontuada de 1 a 3, de 1 a 4 ou de 1 a 5, em que a maior pontuação corresponde a um maior grau de dependência. O índice varia entre 8 e 30 pontos de acordo com os seguintes pontos de corte: 8 pontos corresponde a independente; 9 a 20 pontos corresponde a moderadamente dependente, necessita de uma certa ajuda; e superior a 20 pontos corresponde a severamente dependente, necessita de muita ajuda.

A Escala de Quedas de Morse (Anexo VII) é recomendada pela Direção Geral de Saúde (2019) para a prevenção e intervenção na queda do adulto em cuidados hospitalares, identificando o risco de queda. Este instrumento integra seis itens: história anterior de queda; existência de um diagnóstico secundário; ajuda para caminhar; terapia intravenosa; postura no

andar e na transferência; estado mental. Dependendo do item a ser pontuado a escala é distinta. A pontuação total varia entre 0 e 125 pontos, sendo que os pontos de corte são: sem risco de queda corresponde a uma pontuação menor ou igual a 24 pontos; baixo risco de queda corresponde a uma pontuação maior ou igual a 25 e menor ou igual a 50 pontos; e o alto risco de queda (corresponde a uma pontuação maior ou igual a 51 pontos (Direção Geral de Saúde, 2019).

A Escala de Braden (Anexo VIII) permite a classificação do grau de risco para o desenvolvimento de úlceras de pressão (Direção Geral de Saúde, 2011). A Escala de Braden é constituída por seis subescalas: Percepção sensorial; Humidade da pele; Atividade, Mobilidade; Nutrição; Fricção e Forças de Deslizamento. O valor atribuído a cada subescala varia entre 1 (maior risco de desenvolvimento de úlcera por pressão) e 4 (menor risco de desenvolvimento de úlcera por pressão); o valor obtido através do somatório dos valores atribuídos a cada subescala varia entre 6 e 23, sendo que quanto mais baixa for a pontuação final, maior será o risco de desenvolver úlcera por pressão (Direção Geral de Saúde, 2011).

O ENCS (Anexo IX) constitui-se como um instrumento utilizado para avaliação da funcionalidade da pessoa idosa com mais de 65 anos de idade (Fonseca, 2013). O instrumento é composto por 31 questões baseadas na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, e apresenta quatro secções distintas, indispensáveis na avaliação da funcionalidade, a primeira relativa às funções do corpo, estruturas do corpo, atividades de participação e, por último, fatores ambientais (Lopes & Fonseca, 2012; Lopes & Fonseca, 2013). Para além da funcionalidade, o ENCS avalia outros quatro componentes: Autocuidado; Aprendizagem e Funções Mentais; Comunicação; e Relações Sociais (Fonseca et al., 2019). Quanto maior for a pontuação, pior é o perfil funcional da pessoa (Fonseca et al., 2019; Lopes & Fonseca, 2013).

A fim de ser estabelecida uma melhor caracterização da pessoa cuidada, nomeadamente a nível do grau de capacidade/ incapacidade funcional, assim como da avaliação da funcionalidade, foi estabelecido um segundo momento de avaliação após a alta/ transferência da UHD, aplicando novamente os seguintes instrumentos: MIF e ENCS.

No que concerne ao CI, no mesmo dia em que foi realizada a avaliação inicial da pessoa cuidada, foram aplicados os seguintes instrumentos de colheita de dados: NACI e Escala de Sobrecarga do Cuidador Informal (Zarit).

O instrumento de colheita de dados NACI avalia o conhecimento e a capacidade que o cuidador informal tem relativamente aos seguintes itens: alimentação, levante/transferência, comunicação, uso do sanitário, higiene, 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. Cada um dos itens é pontuado com uma escala que varia entre 1 a 5, sendo que 1 corresponde a não há problema (0-4%), 2 corresponde a problema ligeiro (5-24%), 3 corresponde a problema moderado (25-49%), 4 corresponde a problema grave (50-95%), 5 corresponde a problema completo (96-100%) (Lopes et al., 2020).

A Escala de Sobrecarga do Cuidador Informal (Zarit) (Anexo X) avalia a sobrecarga objetiva e subjetiva do cuidador informal, inclui informações sobre saúde, vida social, vida pessoal, situação financeira, situação emocional e tipo de relacionamento (Sequeira, 2010). Este instrumento tem um total de 22 itens, cada um pontuado de forma qualitativa/quantitativa: nunca corresponde a 1 ponto; quase nunca corresponde a 2 pontos; às vezes corresponde a 3 pontos; muitas vezes corresponde a 4 pontos e quase sempre corresponde a 5 pontos. O somatório de todos os itens varia entre 22 e 110, sendo que uma maior pontuação corresponde a uma maior percepção de sobrecarga. Os pontos de corte, relativos à pontuação final da Escala são: inferior a 46 corresponde a sem sobrecarga; entre 46 a 56 corresponde a sobrecarga ligeira; superior a 56 corresponde a sobrecarga intensa.

A Avaliação Inicial de Enfermagem teve por base os instrumentos acima detalhados e foi efetuada nas primeiras 48h após admissão em UHD, tal como referido. Após a recolha de dados necessária foi definido um plano de cuidados de ER personalizado e ajustado às necessidades reais do CI, alvo da intervenção. Os diagnósticos de enfermagem apresentados, assim como algumas intervenções realizadas, tiveram por base o Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de ER (Ordem dos Enfermeiros, 2015b) e as sugestões efetuadas pelos autores Petronilho et al. (2021).

Numa fase posterior do Projeto de Intervenção, nomeadamente após a alta clínica/transferência da UHD, momento em que foi estabelecido o término no plano de cuidados de ER, foi efetuada um novo momento de avaliação, designado como avaliação final ao CI. O objetivo deste momento foi avaliar a efetividade da intervenção do EEER na capacitação do CI, pelo que foram aplicadas novamente os seguintes instrumentos: NACI, Escala de Sobrecarga do Cuidador Informal (Zarit) e o Questionário de Satisfação do Cliente 8 (Attkisson & Greenfield, 1994).

O Questionário de Satisfação do Cliente é um instrumento que foi criado para avaliar a satisfação do consumidor relativo à prestação de determinado serviço, podendo este ser relacionado com a saúde, ou outro. Foi selecionado o Questionário de Satisfação do Cliente 8, traduzido em Português, que contém 8 itens de avaliação, sendo o questionário mais utilizado internacionalmente, traduzido em mais de 55 línguas. Foi adquirida a licença para utilização deste Questionário específico a 24 de setembro de 2021, validada pelo Professor Doutor Clifford Attkisson que detém todos os direitos de autor (Attkisson, 2017).

3.1.5 Tratamento dos Dados

Os instrumentos de colheita de dados foram aplicados em momentos distintos do Projeto de Intervenção com o objetivo de aferir a evolução com a implementação do programa de ER personalizado, com o objetivo de confirmar a existência de ganhos em saúde e confirmar a efetividade da intervenção do EEER.

No presente relatório final, especificamente no próximo capítulo, encontra-se uma avaliação global de todos os resultados e dados colhidos durante o Projeto de Intervenção.

Os dados foram armazenados numa folha do Excel®, seguida de uma análise descritiva de cada estudo de caso.

3.1.6 Considerações Éticas

Um dos pressupostos fundamentais na investigação é de que os direitos da pessoa estão absolutamente protegidos, estes direitos passam pela autodeterminação, intimidade, anonimato, confidencialidade, proteção contra o desconforto e prejuízo, por último mas não menos importante, o direito a um tratamento justo e imparcial (Fortin, 2009). Os princípios éticos que regeram todas as atividades inerentes à realização e conclusão do Projeto de Intervenção foram: beneficência; maleficência, fidelidade, justiça, veracidade e confidencialidade (Nunes, 2020).

Foi assegurado o direito à confidencialidade e anonimato de todos os participantes que integraram o Projeto de Intervenção, pois foram informados e esclarecidos sobre o objetivo do Projeto e de todas as etapas estabelecidas em parceria entre o investigador e os participantes. Numa primeira abordagem foi solicitado o preenchimento do consentimento informado e esclarecido, só após o preenchimento do mesmo é que foram iniciadas as atividades inerentes ao Projeto de Intervenção.

A confidencialidade dos dados recolhidos foi garantida ao longo de todo o desenvolvimento do projeto através da atribuição de um código a cada cuidador e pessoa cuidada (Exemplo: Cuidador Código 1, Pessoa Cuidada 1.1), assim como no armazenamento dos dados recolhidos, através de um método unipessoal, sem partilha dos mesmos.

O Projeto de Intervenção foi apresentado à Comissão de Ética da instituição de saúde onde decorreu o mesmo, com parecer favorável a 13 de outubro de 2021.

4. RESULTADOS DO PROJETO DE INTERVENÇÃO

A apresentação dos resultados obtidos encontra-se estruturada em três partes distintas: a caracterização da pessoa alvo de cuidados; caracterização do CI; análise dos ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de ER direcionados para a capacitação do CI da pessoa em processo de reabilitação com compromisso do autocuidado, nomeadamente ganhos em conhecimento, na sobrecarga do CI e na satisfação do CI relativa ao programa de intervenção implementado pelo EEER.

Desta forma, para uma correta sistematização e apresentação dos resultados obtidos com a implementação do Projeto de Intervenção, foram elaboradas tabelas síntese, assim como diagramas de fluxo, com recurso ao Diagrama de Fluxo CARE (The CARE Guidelines: Consensus-based Clinical Case Reporting Guideline Development, 2019).

A análise dos dados apresentados é descritiva, sendo o método mais adequado atendendo às particularidades da amostra selecionada. No presente Projeto de Intervenção foram incluídas 3 díades, sendo identificadas como Estudo de Caso 1 (Apêndice III), Estudo de Caso 2 (Apêndice IV) e Estudo de Caso 3 (Apêndice V), com o objetivo de garantir a confidencialidade e anonimato. Dentro de cada um dos estudos de caso encontra-se a identificação do CI (Ex. CI 1) e da pessoa cuidada (Ex. pessoa cuidada 1.1).

4.1 Caracterização da Pessoa Cuidada

A caracterização da pessoa cuidada passa pela utilização de vários instrumentos de colheita de dados tais como: formulário de identificação, caracterização sociodemográfica e condição de saúde doença; MMSE; BDS; UCLA; MIF; Escala de Lawton & Brody; Escala de Quedas de Morse; Escala de Braden; e ENCS. Todos estes instrumentos foram utilizados na avaliação inicial, portanto nas primeiras 48h após a admissão em UHD, sendo que a MIF e o ENCS foram utilizados também na avaliação final.

4.1.1 Identificação, caracterização sociodemográfica e condição de saúde doença da Pessoa Cuidada

A amostra selecionada para o estudo é constituída por 3 díades, pelo que existem nesta amostra 3 pessoas cuidadas (1.1; 2.1 e 3.1). As idades das pessoas cuidadas variam entre 72 e 94 anos, representando uma média de idade de 82,7 anos. Destes 3 participantes, 2 são do género feminino e 1 do género masculino. Todos se encontram a residir no município de Sintra.

Em termos de estado civil, cada estudo de caso é diferente: casado, união de facto e viúvo. Todas as pessoas cuidadas frequentaram a escola, mas não frequentaram o ensino superior, 2 delas apresentam 4 anos de escolaridade e uma delas 9 anos de escolaridade.

Relativamente ao peso das pessoas cuidadas este varia entre 30kg e 90kg e a altura entre 1,52m e 1,68m.

Os grupos de patologias, sejam estas o motivo de internamento em UHD ou antecedentes pessoais mais frequentes, presentes nas 3 pessoas cuidadas são: doenças do aparelho geniturinário e doenças do sistema musculoesquelético. Já nas doenças do sistema circulatório e doenças do trato digestivo estavam presentes em 2 das 3 pessoas cuidadas. Por último, as doenças do sangue e desordens do sangue, doenças do sistema nervoso, doenças do trato respiratório, doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, transtornos mentais e comportamento e, por fim, neoplasias, surgiram apenas em 1 das 3 pessoas cuidadas.

No que toca a cirurgias anteriores, 2 das 3 pessoas cuidadas tiveram a necessidade de ser intervencionadas cirurgicamente durante a sua vida, sendo que, apenas em 1 delas esta cirurgia ocorreu durante o internamento, como é o caso da pessoa cuidada 3.1.

No parâmetro relativo às patologias na família direta e respetivo grau de parentesco, as 3 pessoas cuidadas apresentam na sua família direta neoplasias. As doenças do trato respiratório, doenças do sistema nervoso e malformações congénitas deformidades e anomalias cromossómicas, só surgiram em 1 das 3 pessoas.

A Tabela 2 abaixo apresentada tem como objetivo sintetizar e sistematizar a informação apresentada, nomeadamente na identificação, caracterização sociodemográfica e condição de saúde doença da pessoa cuidada. Esta tabela apresenta as 3 pessoas cuidadas e os seguintes itens de avaliação: Zona de residência; Idade; Género; Estado Civil; Nível de escolaridade; Anos de Escolaridade; Peso; Altura; Patologias e Cirurgias anteriores; Patologias na família direta e respetivo grau de parentesco.

Tabela 2- Tabela comparativa de identificação, caracterização sociodemográfica e condição de saúde doença da Pessoa Cuidada

	Pessoa Cuidada 1.1	Pessoa Cuidada 2.1	Pessoa Cuidada 3.1
Zona de residência	Aigualva	Cacém	Rio de Mouro
Idade	72 anos	94 anos	82 anos
Género	Masculino	Feminino	Feminino
Estado Civil	União de facto	Viúvo	Casado
Nível de escolaridade	Frequentou a escola, mas não frequentou o ensino superior	Frequentou a escola, mas não frequentou o ensino superior	Frequentou a escola, mas não frequentou o ensino superior
Anos de Escolaridade	9	4	4
Peso	90Kg	30 Kg	60 Kg
Altura	1,68m	1,52 m	1,63 m
Patologias	Doenças do sangue e desordens do sangue Doenças do sistema nervoso Doenças do sistema circulatório Doenças do trato digestivo Doenças do sistema musculoesquelético Doenças do aparelho geniturinário Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas Transtornos mentais e comportamento	Neoplasias Doenças do sistema circulatório Doenças do trato respiratório Doenças do sistema musculoesquelético Doenças do aparelho geniturinário	Doenças do sistema circulatório Doenças do trato digestivo Doenças do sistema musculoesquelético Doenças do aparelho geniturinário

	Pessoa Cuidada 1.1	Pessoa Cuidada 2.1	Pessoa Cuidada 3.1
Cirurgias anteriores	Apendicectomia aos 20 anos Queimaduras de 3º grau da mão direita aos 7 anos, sujeito a múltiplas intervenções por parte da Cirurgia Plástica		Cirurgia joelho Esquerdo (há 40 anos) Cirurgia joelho Direito Histerectomia total Cirurgia Vascular membro inferior direito # colo do fémur com colocação de prótese total da anca (OUT 2017) Colecistectomia laparoscópica com transformação para laparotomia subcostal direita (OUT 2021)
Patologias na família direta e respetivo grau de parentesco:	Neoplasias (tumores) – Grau de Parentesco: Neoplasia da Próstata (irmão)	Neoplasias (tumores) – Grau de Parentesco: Neoplasia do Pulmão (Filho), Neoplasia da Mama (Irmã), Neoplasia do Pâncreas (Irmã) Doenças do sistema nervoso – Grau de Parentesco: Alzheimer (Irmã)	Neoplasias (tumores) – Grau de Parentesco: Neoplasia do útero (Mãe); Melanoma (Filha e sobrinho) Doença do trato respiratório – Grau de Parentesco: Tuberculose Pulmonar (Pai) Malformações congénitas deformidades e anomalias cromossómicas – Grau de Parentesco: Síndrome Werdnig-Hoffmann (Filho) Outros – Grau de Parentesco – Acidente Vascular Cerebral (Irmã)

Fonte: Adaptado de Fonseca (2013)

4.1.2 Instrumentos de Colheita de Dados aplicados à Pessoa Cuidada

Tabela 3 - Tabela comparativa dos instrumentos de dados aplicados à Pessoa Cuidada

Escola	Score Final/ Interpretação	Pessoa Cuidada 1.1	Pessoa Cuidada 2.1	Pessoa Cuidada 3.1
MMSE	Score Final	25	14	24
	Interpretação	com declínio cognitivo	com declínio cognitivo	sem declínio cognitivo
BDS	Score Final	9	12	1,5
	Interpretação	deterioração intelectual e de personalidade leve	deterioração intelectual e de personalidade moderada	sem deterioração intelectual e de personalidade
UCLA	Score Final	16	25	17
	Interpretação	não apresenta sentimentos negativos de solidão	não apresenta sentimentos negativos de solidão	não apresenta sentimentos negativos de solidão
MIF Avaliação Inicial	Score Final	84	55	101
	Interpretação	Dependência modificada com assistência até 25% da tarefa	Dependência modificada com assistência até 50% da tarefa	Dependência modificada com assistência até 25% da tarefa
MIF Avaliação Final	Score Final	98	37	107
	Interpretação	Dependência modificada com assistência até 25% da tarefa	Dependência modificada com assistência até 50% da tarefa	Independência Completa
Escala de Lawton & Brody	Score Final	27	29	21
	Interpretação	severamente dependente, necessita de muita ajuda	severamente dependente, necessita de muita ajuda	severamente dependente, necessita de muita ajuda
Escala de Quedas de Morse	Score Final	90	30	80
	Interpretação	Alto risco	Baixo risco	Alto risco
Escala de Braden	Score Final	18	11	20
	Interpretação	Baixo risco	Alto risco	Baixo risco
ENCS Avaliação Inicial	Score Final Funcionalidade	45,25%	51,00%	40,75%
	Interpretação	deficiência moderada	deficiência severa	deficiência moderada
ENCS Avaliação Final	Score Final Funcionalidade	45,75%	53,25%	39,25%
	Interpretação	deficiência moderada	deficiência severa	deficiência moderada

Legenda: MMSE - Mini Mental State Examination; BDS - Blessed Dementia Scale; UCLA - Escala de Solidão; MIF - Medida de Independência Funcional; ENCS Elderly Nursing Core Set

A Tabela 3 tem como objetivo resumir e estruturar a informação relativa aos dados colhidos na aplicação dos vários instrumentos já mencionados à pessoa alvo de cuidados.

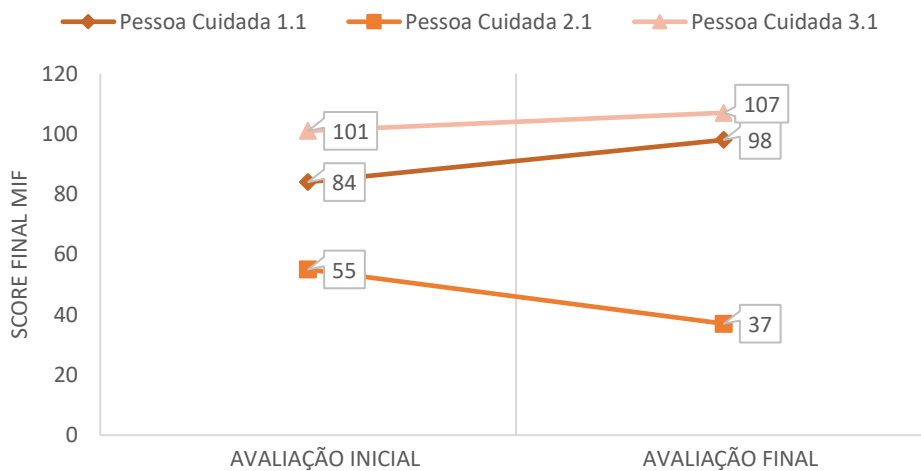
Analisando cada um dos instrumentos aplicados é possível compreender, através dos dados obtidos após aplicação da MMSE, que 2 das 3 pessoas cuidadas apresentam declínio cognitivo.

Noutro instrumento utilizado, BDS, cada pessoa cuidada obteve um score muito distinto, sendo que cada uma apresentava um grau de deterioração intelectual e de personalidade diferente: sem deterioração intelectual e de personalidade, com deterioração intelectual e de personalidade leve, por último, com deterioração intelectual e de personalidade moderada.

Na Escala de Solidão, nenhuma pessoa cuidada apresentou sentimentos negativos de solidão.

Apesar da pessoa cuidada não ser o foco do presente Projeto de intervenção, considerou-se essencial a aplicação da MIF em dois momentos distintos (na avaliação inicial, antes da intervenção do EEER e após a alta/ transferência), por se tratar de um instrumento que diagnostica o grau de capacidade/ incapacidade funcional de adultos e idosos. Desta forma, recorrendo à Figura 1 que compara o score final da MIF nos dois momentos de avaliação, em cada pessoa cuidada é possível observar uma melhoria no score final entre avaliações na pessoa cuidada 1.1 (dependência modificada com assistência até 25% da tarefa nas duas avaliações) e na 3.1 (passagem de dependência modificada com assistência até 25% da tarefa para independência completa). Em contrapartida, a pessoa cuidada 2.1 apresentou um agravamento no score final entre as duas avaliações, mantendo uma dependência modificada com assistência até 50% da tarefa.

Figura 1- Comparação entre Avaliação Inicial e Avaliação Final MIF



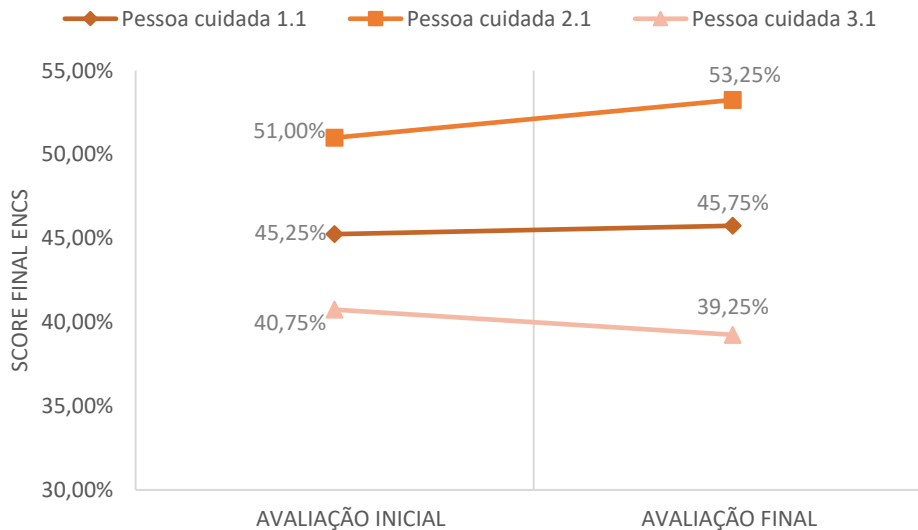
Legenda: MIF – Medida da Independência Funcional

Na Escala de Lawton & Brody todos os participantes se demonstraram severamente dependentes, necessitando de muita ajuda, o score final oscilou entre 21 e 29.

Os dados colhidos após a aplicação da Escala de Quedas de Morse revelam que 2 das 3 pessoas cuidadas apresentam alto risco de quedas (score final 80 e 90), apenas a pessoa cuidada 2.1 se apresenta com baixo risco (score final 30). Por um lado, as pessoas cuidadas que têm um alto risco de queda, têm um baixo risco de desenvolvimento de úlcera por pressão (Escala de Braden score final 18 e 20), por outro lado, a pessoa cuidada com baixo risco de queda tem um alto risco de desenvolvimento de úlcera por pressão (Escala de Braden score final 11).

À semelhança da MIF, o ENCS também foi aplicado em dois momentos distintos (na avaliação inicial, antes da intervenção do EEER e após a alta/ transferência), por se tratar de um instrumento que é utilizado para avaliação da funcionalidade da pessoa idosa. Recorrendo à Figura 2 que compara o score final do ENCS nos dois momentos de avaliação em cada pessoa cuidada, é possível observar uma tendência mantida na avaliação da pessoa cuidada 1.1 (mantendo uma deficiência moderada), um agravamento da funcionalidade da pessoa cuidada 2.1 (mantendo uma deficiência severa) e uma melhoria no score final entre avaliações na pessoa cuidada 3.1 (mantendo uma deficiência moderada).

Figura 2- Comparação entre a Avaliação Inicial e Avaliação Final ENCS



Legenda: ENCS – Elderly Nursing Core Set

4.2 Caracterização do Cuidador Informal

A caracterização do CI passa pela utilização de vários instrumentos de colheita de dados tais como: formulário de identificação, caracterização sociodemográfica e condição de saúde doença; NACI e Escala de Sobrecarga do Cuidador Informal (Zarit). Todos estes instrumentos foram utilizados na avaliação inicial, portanto nas primeiras 48h após a admissão em UHD e na avaliação final após a alta/transferência da pessoa cuidada. No momento da avaliação final foi também aplicada o Questionário de Satisfação do Cliente 8.

4.2.1 Identificação, caracterização sociodemográfica e condição de saúde doença do Cuidador Informal

A amostra selecionada para o estudo é constituída por 3 díades, pelo que existem nesta amostra 3 CI (1; 2 e 3). As idades dos CI variam entre 52 e 66 anos, representando uma média de idade de 60 anos. Todos os CI são do género feminino, sendo 2 dos 3 CI são filhas e a restante CI é companheira. Em termos de local de residência, 2 dos 3 CI residem em permanência com as pessoas cuidadas e residem no município de Sintra, no caso do CI 3 a situação de viver em conjunto com a pessoa cuidada é temporária, sendo que a sua área de residência permanente é na zona de mafra.

Em termos de estado civil, 2 dos 3 CI estão em situação de união de facto, o restante CI é viúvo. Todas as pessoas cuidadas frequentaram a escola, mas não frequentaram o ensino superior, os anos de escolaridade variaram entre 6 e 25 anos.

Relativamente ao peso dos CI este varia entre 53kg e 95kg e a altura entre 1,52m e 1,60m.

O grupo de patologias presente em 2 dos 3 CI é referente a doenças do sistema circulatório, nomeadamente a hipertensão arterial. Apenas o CI 1 apresenta outras patologias, integradas nos seguintes grupos: afeções dos tecidos capilares e subcutâneos; doenças do sistema musculoesquelético; doenças do sistema circulatório; doenças do trato digestivo; outras.

No que toca a cirurgias anteriores, 2 dos 3 CI tiveram a necessidade de ser intervencionados cirurgicamente durante a sua vida.

No parâmetro relativo às patologias na família direta e respetivo grau de parentesco, os 3 CI apresentam na sua família direta neoplasias. As doenças do sistema musculoesquelético, transtornos mentais e comportamento e malformações congénitas deformidades e anomalias cromossómicas, só surgiram em 1 das 3 pessoas.

A Tabela 4, abaixo apresentada, tem como objetivo sintetizar e sistematizar a informação apresentada, nomeadamente na identificação, caracterização sociodemográfica e condição de saúde doença do CI.

Tabela 4- Tabela comparativa de identificação, caracterização sociodemográfica e condição de saúde doença da Pessoa Cuidada

	CI 1	CI 2	CI 3
Zona de residência	Aigualva	Cacém	Carvoeira - Mafra
Idade	62	66	52
Género	Feminino	Feminino	Feminino
Estado Civil	união de facto	viúvo	união de facto
Grau de Parentesco	Companheira	Filha	Filha
Nível de escolaridade	Frequentou a escola, mas não frequentou o ensino superior	Frequentou a escola, mas não frequentou o ensino superior	Frequentou a escola, mas não frequentou o ensino superior
Anos de Escolaridade	6	11	25
Peso	95Kg	53Kg	85Kg
Altura	1,6m	1,52m	1,53m
Patologias	Doenças do sistema circulatório Doenças do trato digestivo Afeções dos tecidos capilares e subcutâneos Doenças do sistema musculoesquelético	Doenças do sistema circulatório	
Cirurgias anteriores	Colecistectomia 2011	Tiroidectomia (1984) Ooforectomia, Salpingectomia à direita, Apendicectomia (1974) Histerectomia (Ano?)	
Patologias na família direta e respetivo grau de parentesco:	Neoplasias (tumores) – Grau de Parentesco: Neoplasia do Pulmão (Mãe – Falecimento com 64 anos); Neoplasia Renal (Pai – Falecimento com 42 anos) Doenças do sistema musculoesquelético – Grau de Parentesco: Fibromialgia (Irmão) Outras– Grau de Parentesco: Síndrome de Ménière (Irmão)	Neoplasias (tumores) – Grau de Parentesco: Neoplasia da Tiroide (Filha) Transtornos mentais e comportamento – Grau de Parentesco: Hábitos etanólicos e suicídio (Pai)	Neoplasias (tumores) – Grau de Parentesco: Melanoma (Irmã e Primo 1º grau) Malformações congénitas deformidades e anomalias cromossómicas – Grau de Parentesco: Síndrome Werdnig-Hoffmann (Irmão)

Legenda: CI – Cuidador Informal; Fonte: Adaptado de Fonseca (2013)

Para além do formulário com os itens acima apresentado, foi solicitado aos CI resposta a algumas questões relativas ao ECI (Lei n.º 100/2019 de 6 de setembro, 2019).

Dos 3 CI inquiridos, apenas 2 conheciam o ECI e nenhum solicitou o ECI, nenhum foi reconhecido como tal ou se considera em condições de ser reconhecido como CI. Por último, todos os CI inquiridos pensam estar fora do enquadramento legal para receberem apoios enquanto CI.

Tabela 5- Resposta dos CI às questões sobre o Estatuto de Cuidador Informal

	CI 1	CI 2	CI 3
Conhece o Estatuto de Cuidador Informal?	SIM	SIM	NÃO
Já solicitou o estatuto de Cuidador Informal?	NÃO	NÃO	NÃO
Já foi reconhecido/a como Cuidador/a Informal?	NÃO	NÃO	NÃO
Está em condições de ser reconhecido/a como Cuidador Informal?	NÃO	NÃO	NÃO
Está fora do enquadramento legal e dos apoios ao cuidador Informal?	SIM	SIM	SIM

Legenda: CI – Cuidador Informal

4.2.2 Avaliação das Necessidades de Aprendizagem do Cuidador Informal

A avaliação das necessidades de aprendizagem do CI foi efetuada através da aplicação da NACI. De todos os parâmetros avaliados neste instrumento de avaliação, aqueles que se encontram apresentados na Tabela 6 são aqueles em que estiveram presentes em pelo menos 1 dos 3 CI avaliados. Os restantes parâmetros como a alimentação, comunicação, uso do sanitário, eliminação vesical e intestinal, marcha/ auxiliares de marcha e exercícios terapêuticos não foram identificados como necessidade de aprendizagem em nenhum dos CI da amostra.

No parâmetro levante/ transferência 2 dos 3 CI identificaram necessidades de aprendizagem nesta área na avaliação inicial, demonstrando-se uma melhoria no conhecimento e capacidade no segundo momento de avaliação, porém sem resolução completa desta necessidade, visto que mantiveram “Problema Ligeiro”.

Relativamente à higiene, 2 dos 3 CI identificaram necessidades de aprendizagem, sendo que o CI 1 manteve-se inalterada a avaliação da inicial para a final e o CI 2 passou de “Problema completo” para “Problema ligeiro”.

No vestuário, os mesmo CI que apresentaram necessidades de aprendizagem nos dois parâmetros anteriores, também identificaram este. O CI 1 manteve inalterada a avaliação inicial para a final, mantendo o “Problema ligeiro”, sendo que o CI 2 passou de um “Problema moderado” para “Não há problema”.

No âmbito do posicionamento, mantêm-se os CI com as necessidades de aprendizagem anteriores, sendo que o CI neste parâmetro passou de um “Problema Grave” para “Não há problema”, em detrimento do CI 2 que passou de um “Problema moderado” para um “Problema ligeiro”.

No controlo da dor apenas o CI 1 apresentou dificuldades de aprendizagem, tendo sido totalmente resolvidas no decorrer do Projeto de Intervenção.

O único parâmetro transversal aos 3 CI da amostra foi o relativo a produtos de apoio, na avaliação inicial todos os CI identificaram esta necessidade, e todos na avaliação final tinham esta dificuldade totalmente resolvida.

Por último, relativamente à prevenção de quedas e ao desenvolvimento de úlceras por pressão, 2 dos 3 CI identificaram esta necessidade na avaliação inicial e, posteriormente na avaliação final, a mesma encontrava-se totalmente satisfeita.

Tabela 6- Avaliação do Conhecimento e Capacidade do CI através da NACI

Parâmetro de Avaliação	CI 1	CI 1	CI 2	CI 2	CI 3	CI 3
	Avaliação Inicial	Avaliação Final	Avaliação Inicial	Avaliação Final	Avaliação Inicial	Avaliação Final
Levante/ Transferência	Problema Completo (96-100%)	Problema Ligeiro (5-24%)	Problema Grave (50-95%)	Problema Ligeiro (5-24%)	Não há Problema (0-4%)	Não há Problema (0-4%)
Higiene	Problema Completo (96-100%)	Problema Completo (96-100%)	Problema Completo (96-100%)	Problema Ligeiro (5-24%)	Não há Problema (0-4%)	Não há Problema (0-4%)
Vestuário	Problema Ligeiro (5-24%)	Problema Ligeiro (5-24%)	Problema Moderado (25-49%)	Não há Problema (0-4%)	Não há Problema (0-4%)	Não há Problema (0-4%)
Posicionamento	Problema Grave (50-95%)	Não há Problema (0-4%)	Problema Moderado (25-49%)	Problema Ligeiro (5-24%)	Não há Problema (0-4%)	Não há Problema (0-4%)
Controlo da Dor	Problema Moderado (25-49%)	Não há Problema (0-4%)	Não há Problema (0-4%)	Não há Problema (0-4%)	Não há Problema (0-4%)	Não há Problema (0-4%)
Produtos de Apoio	Problema Completo (96-100%)	Não há Problema (0-4%)	Problema Ligeiro (5-24%)	Não há Problema (0-4%)	Problema Ligeiro (5-24%)	Não há Problema (0-4%)
Prevenção de Quedas	Problema Ligeiro (5-24%)	Não há Problema (0-4%)	Não há Problema (0-4%)	Não há Problema (0-4%)	Problema Moderado (25-49%)	Não há Problema (0-4%)
Prevenção de úlceras por pressão	Não há Problema (0-4%)	Não há Problema (0-4%)	Problema Moderado (25-49%)	Não há Problema (0-4%)	Problema Ligeiro (5-24%)	Não há Problema (0-4%)

Legenda: CI – Cuidador Informal

Legenda de cores: Problema Completo; Problema Grave; Problema Moderado
 Problema Ligeiro; Não há problema

4.2.3 Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal

Para a avaliação da sobrecarga do CI foi utilizada a Escala de Sobrecarga do CI, cujos resultados se apresentam na Figura 3.

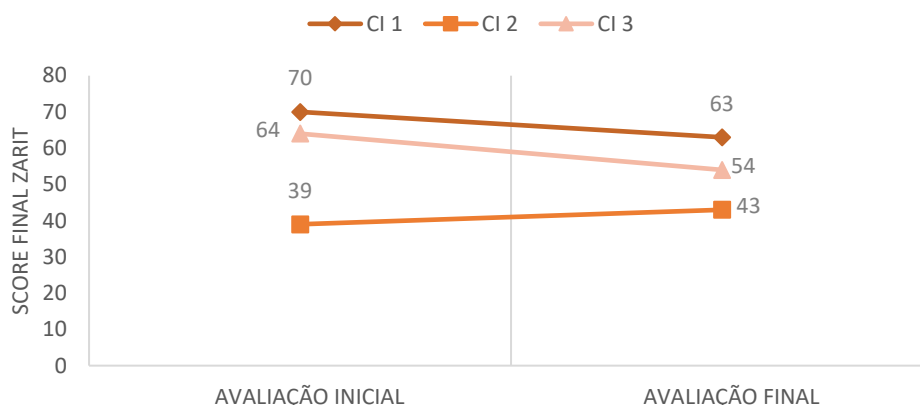
Nesta figura é possível observar que o CI 1 é quem apresenta um score inicial e final superior aos outros 2 CI, objetivando-se uma melhoria da primeira para a segunda avaliação, apesar de manter-se num nível de sobrecarga intensa.

À imagem do CI 1, o CI 3 também obteve uma melhoria no score final, passando de uma sobrecarga intensa para uma sobrecarga ligeira.

Por último, o CI 2 é quem apresentou sempre valores de sobrecarga inferiores quando comparados com os outros CI da amostra, porém foi o único CI onde se observou um

agravamento do score na avaliação final, face à avaliação inicial, apesar deste agravamento manteve-se num nível sem sobrecarga.

Figura 3 - Resultados Escala de Sobrecarga do Cuidador Informal



Legenda: ZARIT – Escala de Sobrecarga do Cuidador Informal (Zarit); CI – Cuidador Informal

4.2.4 Avaliação da Satisfação do Cuidador Informal

A satisfação do CI relativa ao programa de intervenção aplicado, foi avaliada recorrendo ao Questionário de Satisfação do Cliente 8. A Tabela 7 revela que todos os CI responderam com a pontuação máxima a todas as questões.

Tabela 7- Respostas ao Questionário de Satisfação do Cliente

Questão	CI 1/ CI 2/ CI 3
1. Como qualificaria o tratamento que recebeu?	4 Excelente
2. Obteve o tipo de tratamento que pretendia?	4 Definitivamente sim
3. Até que ponto, o nosso tratamento correspondeu às suas necessidades?	4 Quase todas as minhas necessidades foram correspondidas
4. Se um/a amigo/a precisasse de ajuda semelhante, recomendar-lhe-ia o nosso tratamento?	4 Sim, definitivamente sim
5. Quão satisfeito/a está com a quantidade de ajuda que recebeu?	4 Muito satisfeito/a
6. O tratamento que recebeu ajudou-o/a a lidar mais eficazmente com os seus problemas?	4 Sim, ajudou muito
7. De uma forma geral, quão satisfeito/a está com o tratamento que recebeu?	4 Muito satisfeito/a
8. Se precisasse de procurar novamente ajuda, voltaria a recorrer aos nossos serviços?	4 Sim, definitivamente sim

Fonte: Adaptado de Attkisson (2017)

4.3 Resultados da Intervenção do EEER

Tabela 8 - Resultados da avaliação das dimensões de conhecimento e aprendizagem dos Cuidadores Informais

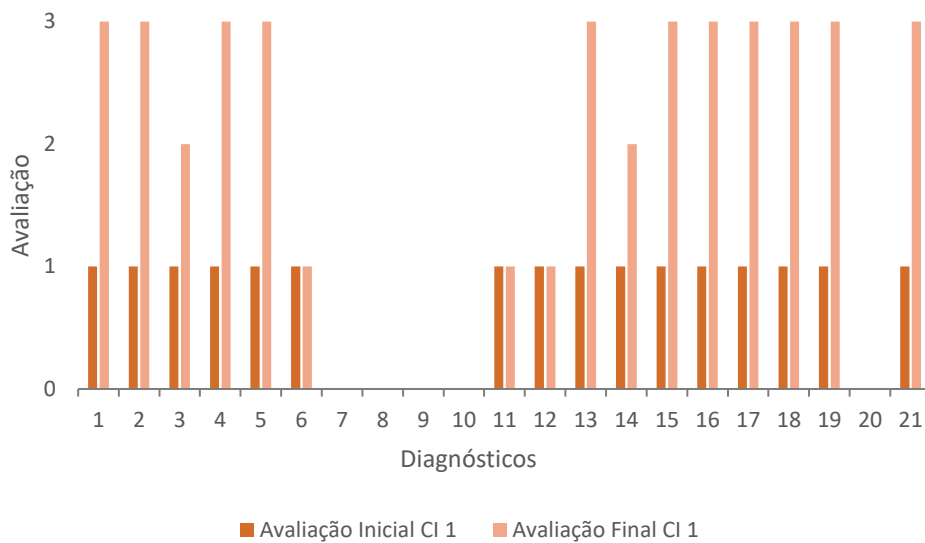
Diagnóstico	AI CI 1	AF CI 1	AI CI 2	AF CI 2	AI CI 3	AF CI 3
D1 Capacidade do cuidador informal para tomar conta	ND	D	ND	D	ND	D
D2 Conhecimento do cuidador informal para assistir no transferir-se/ levantar-se	ND	D	ND	D	-	-
D3 Capacidade do cuidador informal para assistir no transferir-se/ levantar-se	ND	M	ND	M	-	-
D4 Conhecimento do cuidador informal sobre adaptação do domicílio para autocuidado: higiene	ND	D	ND	D	-	-
D5 Conhecimento do cuidador informal sobre dispositivo auxiliar para autocuidado: higiene [cadeira giratória de banheira]	ND	D	-	-	-	-
D6 Capacidade do cuidador informal para usar dispositivo auxiliar para autocuidado: higiene [cadeira giratória de banheira]	ND	ND	-	-	-	-
D7 Conhecimento do cuidador informal sobre dispositivo auxiliar [cama articulada e colchão de pressão alternada]	-	-	ND	D	-	-
D8 Capacidade do cuidador informal para usar dispositivo auxiliar [cama articulada e colchão de pressão alternada]	-	-	ND	D	-	-
D9 Conhecimento do cuidador informal sobre dispositivo auxiliar para autocuidado: uso do sanitário e higiene [barras de apoio]	-	-	-	-	ND	D
D10 Capacidade do cuidador informal para usar dispositivo auxiliar para autocuidado: uso do sanitário e higiene [barras de apoio]	-	-	-	-	ND	ND
D11 Conhecimento do cuidador informal para assistir no autocuidado: higiene	ND	ND	ND	D	-	-
D12 Capacidade do cuidador informal para assistir no autocuidado: higiene	ND	ND	ND	M	-	-
D13 Conhecimento do cuidador informal para assistir no autocuidado: vestuário	ND	D	ND	D	-	-
D14 Capacidade do cuidador informal para assistir no autocuidado: vestuário	ND	M	ND	D	-	-
D15 Conhecimento do cuidador informal para assistir no posicionamento	ND	D	ND	M	-	-
D16 Capacidade do cuidador informal para assistir no posicionamento	ND	D	ND	M	-	-
D17 Conhecimento do cuidador informal para gerir regime medicamentoso [para assistir no controlo da dor]	ND	D	-	-	-	-
D18 Capacidade do cuidador informal para gerir regime medicamentoso [para assistir no controlo da dor]	ND	D	-	-	-	-
D19 Conhecimento do cuidador informal sobre a prevenção de quedas	ND	D	-	-	ND	D
D20 Conhecimento do cuidador informal sobre a prevenção de úlceras por pressão	-	-	ND	D	ND	D
D21 Conhecimento do cuidador informal sobre <i>coping</i> do cuidador [estratégias de gestão da sobrecarga e apoio emocional]	ND	D	ND	D	ND	D

Legenda: AI – Avaliação Inicial; AF – Avaliação Final; CI – Cuidador Informal; D – Diagnóstico; ND – Não demonstrado; M – Melhorado; D – Demonstrado

Após a recolha de todos os dados necessários foi definido um plano de cuidados de ER personalizado e ajustado a cada CI, conforme indicado anteriormente. Os diagnósticos de enfermagem apresentados encontram-se indicados na Tabela 8, assim como a avaliação inicial e avaliação final do EEER.

De seguida apresentam-se três Figuras que pormenorizadamente espelham os ganhos obtidos em cada diagnóstico, em cada um dos CI.

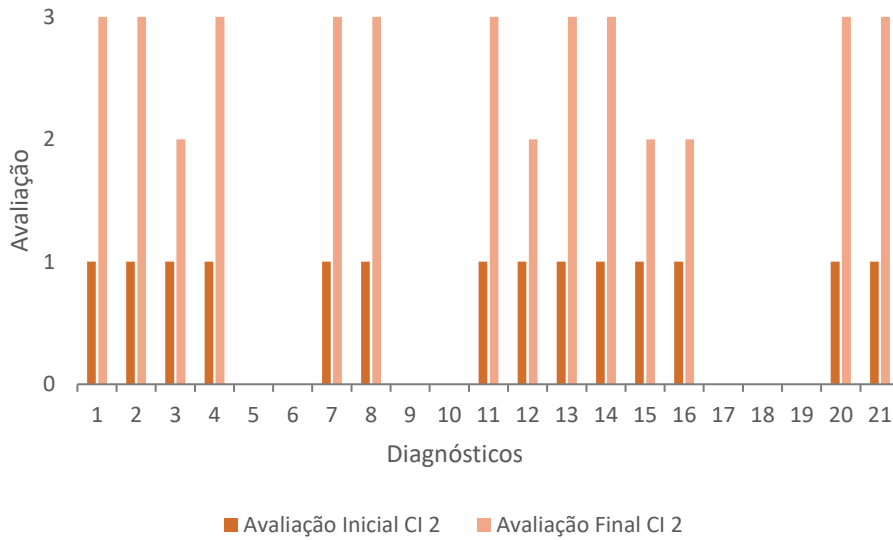
Figura 4 - Resultados da Avaliação do Cuidador Informal 1



Legenda: CI – Cuidador Informal; 1 – Não Demonstrado; 2 – Melhorado; 3 – Demonstrado; Diagnósticos consultar Tabela 8.

O CI 1 é aquele que apresentou mais necessidades de aprendizagem, quando comparado com os restantes CI da amostra. Dos 16 diagnósticos de enfermagem apresentados, em 11 diagnósticos a avaliação passou de não demonstrado para demonstrado. Dos restantes 5 diagnósticos, em 2 deles a avaliação passou de não demonstrado para melhorado. Por último, nos restantes diagnósticos a avaliação manteve-se em não demonstrado.

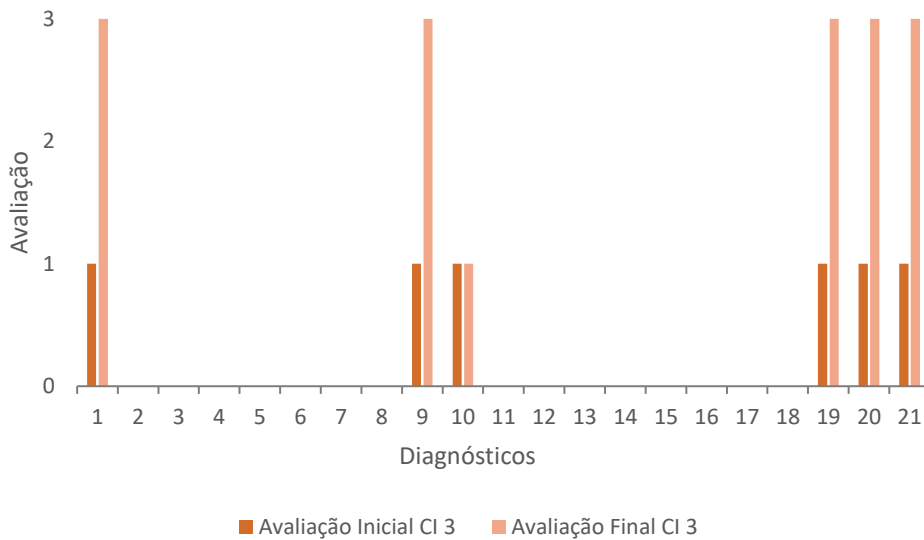
Figura 5- Resultados da Avaliação do Cuidador Informal 2



Legenda: CI – Cuidador Informal; 1 – Não Demonstrado; 2 – Melhorado; 3 – Demonstrado; Diagnósticos consultar Tabela 8.

Referente ao CI 2, foram apresentados 14 diagnósticos de enfermagem, dos quais em 10 diagnósticos a avaliação passou de não demonstrado para demonstrado. Dos restantes 4 diagnósticos a avaliação passou de não demonstrado para melhorado.

Figura 6- Resultados da Avaliação do Cuidador Informal 3



Legenda: CI – Cuidador Informal; 1 – Não Demonstrado; 2 – Melhorado; 3 – Demonstrado; Diagnósticos consultar Tabela 8.

O CI 3 é aquele que apresentou menos necessidades de aprendizagem, quando comparado com os restantes CI da amostra. Dos 6 diagnósticos de enfermagem apresentados,

em 5 diagnósticos a avaliação passou de não demonstrado para demonstrado. No restante diagnóstico a avaliação manteve-se em não demonstrado.

4.4 Discussão de Resultados

Os cuidados prestados pelo EEER são robustecidos por um conhecimento e intervenção específica, influenciando os ganhos em saúde obtidos em resposta ao plano de reabilitação desenhado (Ordem dos Enfermeiros, 2002).

O Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação traduz a prática do EEER, tendo sido uma importante ferramenta para a execução do Projeto de Intervenção, através da documentação do processo de tomada de decisão, no processo de caracterização das transições experienciadas pelos participantes e, por fim, para a divulgação dos ganhos em saúde obtidos pela intervenção do EEER (Ordem dos Enfermeiros, 2015b).

A melhoria contínua da qualidade do exercício profissional do EEER só é possível quando alinhada com os Padrões de Qualidade dos Cuidados de ER, nomeadamente os seus enunciados descritivos (Ordem dos Enfermeiros, 2002). Desta forma, torna-se essencial uma reflexão acerca dos resultados obtidos através da intervenção pela ER. De seguida é efetuava uma discussão detalhada dos resultados conseguidos, tendo por objetivo destacar os ganhos em saúde sensíveis à prática do EEER.

A amostra do Projeto de Intervenção foi constituída por 3 díades que cumpriam todos os critérios de inclusão discriminados no capítulo referente à metodologia do estudo, sendo que um desses critérios passava por as pessoas cuidadas terem idade igual ou superior a 18 anos apresentarem deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação com compromisso do autocuidado. As idades das pessoas cuidadas variaram entre 72 e 94 anos, representando uma média de idade de 82,7 anos, sendo a maioria do género feminino. Estes dados surgem em consonância com o Instituto Nacional de Estatística (2021a), no ano de 2020, 43,2% da população com mais de 16 anos indicou possuir patologia crónica ou doença prolongada, sendo que esta situação é mais frequente em pessoas do género feminino e com mais de 65 anos. Estes mesmos dados revelam que praticamente um terço da população com 16 ou mais anos indicou sentir limitação para a realização de atividades consideradas habituais para a generalidade das pessoas, devido a uma situação de saúde, sendo que, mais uma vez, são as mulheres com mais de 65 anos que expõem mais frequentemente esta situação.

No parâmetro relativo ao estado civil da pessoa cuidada, a amostra não demonstrou maioria em nenhuma das classificações, existindo situação de casado, união de facto e viúvo. Todas as pessoas cuidadas frequentaram a escola, mas não frequentaram o ensino superior, variando os anos de escolaridade de 4 a 9. Nos dados provisórios do Censos 2021 (Instituto Nacional de Estatística, 2022), nomeadamente na área metropolitana de Lisboa (onde residem todas as pessoas cuidadas da amostra), demonstram que o segundo grupo etário com maior expressão é o referente a maiores de 65 anos, na sua maioria mulheres, porém apenas 33,13% destas mulheres em situação de casadas/ união de facto.

Conforme indicado pelos autores Souza et al. (2014), as consequências das comorbilidades decorrentes da patologia crónica resultam na existência de algum nível de incapacidade. Estas limitações podem ser de várias ordens como motoras, sensitivas, sensoriais, de compreensão ou de expressão, provocando um maior grau de dependência. A amostra de pessoas cuidadas é demonstrativa das múltiplas patologias crónicas existentes, sendo que as doenças do sistema musculoesquelético são aquelas que provocaram maior limitação motora nos participantes. Nos países desenvolvidos, as doenças músculo-esqueléticas aliadas às doenças reumáticas são a causa mais habitual de incapacidade, afetando 40% da população portuguesa (Branco et al., 2016).

A evidência científica sugere que o perfil da maioria das pessoas cuidadas, em contexto de cuidados domiciliários, passa pelas seguintes características: adultos idosos, com demência e deficiência cognitiva moderada, dependência nas AVD, elevados graus de fragilidade e complexidade nos cuidados de saúde (Poss et al., 2017).

A caracterização das pessoas cuidadas participantes no estudo enquadra-se em grande parte no perfil apresentado. Os resultados dos instrumentos de colheita de dados aplicados documentam estas características.

Após aplicação do MMSE, a maioria das pessoas cuidadas apresentavam declínio cognitivo, sendo que uma delas, também tinha como antecedente clínico Demência Corpus Lewi. Para além destes resultados, no BDS, a maioria dos participantes evidenciaram algum grau de deterioração intelectual e de personalidade, oscilando este grau entre leve e moderado.

A aplicação da MIF, instrumento de eleição para avaliação das ABVD (Vigia et al., 2017), e do ENCS, foi essencial para a definição de um perfil funcional da pessoa cuidada, para posteriormente estabelecer a ponte com as necessidades de aprendizagem do CI. A “variável central no processo de envelhecimento é a funcionalidade, ou seja, a interação dinâmica entre os estados de saúde (doenças, perturbações, lesões, etc.) e os fatores contextuais (fatores ambientais e pessoais), da qual resulta a dependência/independência de cada um no autocuidado” (Lopes et al., 2020, p. 6). Na maioria das pessoas cuidadas do estudo objetivou-se

um menor grau de dependência e uma melhoria na funcionalidade da primeira para a segunda avaliação. De acordo com os resultados da MIF, na avaliação inicial a maioria dos participantes tinha uma dependência modificada com assistência até 25% da tarefa, com posterior melhoria dos scores finais da escala na segunda avaliação, porém o restante participante tinha uma dependência modificada com assistência até 50% da tarefa, mantendo esta avaliação na segunda avaliação, com agravamento significativo do score final. O caso da pessoa cuidada 2.1 e do seu CI, não teve o mesmo desfecho que os outros dois casos onde se observaram melhorias nos vários parâmetros avaliados, pois, neste caso, houve um desenvolvimento desfavorável da situação clínica durante o internamento, com necessidade de transferência da pessoa cuidada para o serviço de urgência da instituição de saúde.

Na verdade, a transição desenvolvimental, correspondente ao processo de envelhecimento, implica um aumento do grau de dependência, resultado confirmado em parte pelos cuidados obtidos, visto que a pessoa cuidada mais velha também tinha um grau de dependência superior aos restantes participantes (Meleis, 2010; Moreira, 2020; Ploeg et al., 2017; Sequeira, 2010).

No que toca aos resultados conseguidos através da aplicação do ENCS, estes vão ao encontro dos resultados da MIF em termos das linhas de tendência. No caso da pessoa cuidada 1.1 e 3.1 a classificação da funcionalidade mantém-se como deficiência moderada nas duas avaliações, conservando-se o score final na pessoa cuidada 1.1 e melhoria na pessoa 3.1. No caso da pessoa cuidada 2.1, houve um agravamento no score final da funcionalidade, apresentando uma dependência severa nas duas avaliações, com especial agravamento no segundo momento, realizado em contexto de internamento em enfermaria de medicina. Apesar da pessoa cuidada não ser o foco do presente estudo, esta também foi alvo de um plano de intervenção por EEER. Os dados referentes ao grau dependência e de funcionalidade corroboram o indicado pelos autores Menoita et al. (2012) relativamente à impossibilidade de completar o processo de reabilitação quando existe um tempo de internamento diminuto. As transições de saúde-doença que a pessoa cuidada experiencia também podem ser geradoras de alteração da funcionalidade e maior dependência no autocuidado, como se verifica nos dados obtidos deste estudo (Petronilho et al., 2021).

As AIVD, incluídas nas AVD, avaliadas através da Escala de Lawton & Brody confirmam que todos os participantes se demonstraram severamente dependentes, necessitando de muita ajuda. A satisfação das AIVD são maioritariamente asseguradas pelos CI (Moreira, 2020).

Os dados colhidos após a aplicação da Escala de Quedas de Morse e a Escala de Braden, demonstram que as pessoas cuidadas que apresentam alto risco de quedas, a maioria da amostra, também têm um baixo risco de desenvolvimento de úlcera por pressão. Por outro lado,

a pessoa cuidada 2.1 que tem um baixo risco de quedas, tem um alto risco de úlcera por pressão, sendo também quem tem um maior grau de dependência e a única pessoa cuidada totalmente acamada.

O conceito de solidão é definido como um sentimento de mal-estar desenvolvido pela diferença entre o tipo de relações sociais desejadas e as efetivas (Pocinho et al., 2010). Nenhuma pessoa cuidada da amostra apresentou sentimentos negativos de solidão.

A hospitalização é indicado na literatura como sendo um momento onde pode ocorrer perda de funcionalidade e maior dependência, vivenciado por todas as pessoas cuidadas da amostra, tornando-as mais vulneráveis e exigindo uma intervenção adequada à transição entre os cuidados hospitalares e a comunidade (Ferreira et al., 2021).

Os dados mais recentes da OECD/ European Observatory on Health Systems Policies (2019) indicam um número crescente de população idosa, com mais de 65 anos e com limitações nas ABVD. A pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação com compromisso do autocuidado, revela um determinado grau de dependência que a impossibilita satisfazer em parte ou na totalidade as suas necessidades, dependendo de outra pessoa para o fazer, daí o aumento do número de CI nos últimos anos (Martins et al., 2014; Ribeiro et al., 2014).

O perfil do CI é definido na literatura como se tratando na sua maioria por mulheres, entre os 55 e os 64 anos e que prestam apoio informal na sua, ou em outra casa (Andrade et al., 2009; Lacerda et al., 2021; Mateus & Fernandes, 2019; Moreira, 2020). Em termos de grau de parentesco na sua maioria são filhos e cônjuges, sendo que as principais atividades de cuidado informal são as AIVD e ABVD como é exemplo a higiene e o vestuário (Moreira, 2020). Outro dos pontos consensuais da literatura é a de que o papel de CI é habitualmente assumido por familiares (Calvó-Perxas et al., 2018; Martins et al., 2014; Van Groenou & De Boer, 2016), solteiros, em situação de desemprego ou trabalho no domicílio e que coabitem com a pessoa dependente com compromisso do autocuidado (Melo et al., 2014).

Apesar de ser reduzida a amostra do estudo, os CI que participam no mesmo enquadram-se no perfil apontado pela evidência científica. As idades dos CI variam entre 52 e 66 anos, representando uma média de idade de 60 anos, todos são do género feminino, sendo na sua maioria filhos, o restante CI é cônjuge. Todos os CI residiam no momento do internamento em UHD com a pessoa cuidada, sendo que no caso do CI 3 seria uma situação temporária, até recuperação, pela pessoa cuidada, do grau de funcionalidade prévio ao internamento. A literatura indica que tem que existir uma alteração da dinâmica familiar e o ajuste do estilo de vida do CI à situação de maior grau de dependência da pessoa cuidada, como é exemplo a mudança de residência do CI 3, deixando os seus filhos e marido temporariamente (Martins et

al., 2016; Mateus & Fernandes, 2019; Moreira, 2020; Movimento Cuidar dos Cuidadores Informais, 2021).

No que toca ao nível de escolaridade verifica-se que o CI mais novo tem mais anos de escolaridade que os outros CI, era também o único em situação de atividade profissional no domicílio (teletrabalho), sendo também aquele em que a pessoa cuidada apresentava um grau de dependência inferior (MIF)/ maior funcionalidade (ENCS) e onde foram identificados menos indicadores de aprendizagem com necessidade de intervenção pelo EEER.

Relativamente à possibilidade de manutenção da sua prática profissional aliada aos cuidados informais (CI 3), o exemplo belga é uma referência nesta articulação visto que, na sua legislação, encontra-se previsto para os CI que se mantêm ativos no mercado de trabalho tenham a possibilidade de ter um horário flexível, mas também ajudas monetárias através de licenças fornecidas pelo governo e também postos de trabalho facilmente ajustáveis (Willemse et al., 2016). Os CI entrevistados no estudo belga mencionaram que ter um horário de trabalho flexível era suficiente para lidar com as necessidades de cuidados informais.

A prestação de cuidados informais é muitas vezes impossibilitada tanto pela situação de saúde-doença do CI, tal como pelas consequências negativas relacionadas com o processo de cuidar (Lacerda et al., 2021; Ploeg et al., 2017; Plöthner et al., 2019; Willemse et al., 2016; Zwingmann et al., 2018). A maioria dos CI apresentava patologia crónica, nomeadamente hipertensão arterial, apontada pelos autores Zwingmann et al. (2018) como uma das patologias em que a carga de cuidados informais aumenta o risco de desenvolvimento. No caso do CI 1, o facto de ter uma patologia como a Fibromialgia, tornou desafiante o plano de intervenção de ER estabelecido, impossibilitando mesmo a capacitação deste CI para a satisfação de algumas necessidades da pessoa cuidada, tais como a transferência/ levante, utilização da cadeira giratória de banheira e autocuidado higiene. A patologia referida é caracterizada por ser uma “síndrome de dor musculoesquelética generalizada com natureza desconhecida e sem causa orgânica detetável” (Marques, Pimentel, & Ferreira, 2021, p. 676). Esta patologia provoca uma importante diminuição da qualidade de vida, tornando-se em alguns momentos incapacitante (Branco et al., 2016).

Outro dos efeitos negativos associados aos cuidados informais é o da sobrecarga do CI, largamente abordado na literatura. Esta sobrecarga pode não só trazer consequências relacionadas com a saúde do próprio CI, como visto anteriormente, mas também associado à pessoa cuidada, correndo maior risco de abandono e posterior institucionalização (Casteli et al., 2020).

Os efeitos extremos da sobrecarga no CI não se verificaram na amostra do estudo, sendo até contrastantes com os resultados obtidos na maioria da amostra. Dos 3 CI avaliados

recorrendo à Escala de Sobrecarga do CI (Zarit), em 2 destes foram identificados numa primeira avaliação níveis de sobrecarga intensa, que, após a intervenção do EEER relacionada com o conhecimento do cuidador informal sobre *coping* do cuidador e estratégias de gestão da sobrecarga e apoio emocional, observou-se uma redução da sobrecarga para um nível ligeiro. No caso do CI 2, pelo agravamento do estado clínico da pessoa cuidada 2.1 com conseqüente reinternamento em instituição de saúde, observou-se um aumento da sobrecarga do CI na segunda avaliação, realizada ainda durante o internamento da pessoa cuidada 2.1. Apesar do aumento do score total da escala utilizada, o nível de sobrecarga manteve-se “sem sobrecarga”.

A utilização de estratégias de *coping* enquanto ferramenta para uma adaptação eficaz a uma determinada transição (Meleis, 2005), é essencial no seio das famílias que foram confrontadas com o desempenho de responsabilidades relacionadas com um membro em situação de dependência e com necessidade de cuidados informais. Todas as díades da amostra experienciavam no momento do Projeto de Intervenção algum tipo de transição, tais como: desenvolvimental, de saúde-doença e situacional. O EEER intervém tanto na antecipação da transição, bem como quando esta já se encontra instalada, atuando como um facilitador na gestão da transição (Marques & Corte, 2021; Martins & Mesquita, 2016; Meleis, 2010).

Confrontando o nível de sobrecarga, o grau de dependência/ funcionalidade e a idade da pessoa cuidada, os CI com níveis de sobrecarga superiores, prestavam cuidados a pessoas menos dependentes, com uma melhor funcionalidade, que obtiveram uma melhoria ou manutenção dos scores finais de MIF e ENCS, e que se apresentavam com menos idade (72-82 anos), quando comparadas com o CI 3 que se apresentou sempre sem sobrecarga apesar da pessoa cuidada apresentar um grau de dependência superior, um nível de funcionalidade inferior, com agravamento dos scores finais de MIF e ENCS, e se apresentava como a mais velha dos participantes (94 anos). Por um lado, estes relatos contrastam com a literatura que indica que os CI de adultos mais velhos, residentes na comunidade, nomeadamente os seus filhos, relatam uma sobrecarga maior do que outros CI (Kristof et al., 2017). Por outro lado, CI de “idosos mais dependentes, cuidadores mais novos e cuidadores que ocupam uma posição social mais elevada tendem a utilizar um maior número de estratégias de coping” (Marques & Corte, 2021, p. 988).

No estudo realizado por Afonso et al. (2019), os CI mulheres apresentam níveis mais elevados de sobrecarga. Atendendo ao facto de todos os CI da amostra serem do género feminino, não foi possível com o presente estudo validar a relação entre o género e os níveis de sobrecarga.

A transição de papéis ou de funções descrita por Meleis (2010) obrigada à procura de novos conhecimentos por parte do CI em várias áreas, entre elas a da satisfação das necessidades de autocuidado à pessoa que será o alvo da sua atenção (Menoita et al., 2012; Sequeira, 2018).

Desta forma, passa-se a outro ponto determinante dos resultados obtidos, relativos à identificação das necessidades de aprendizagem do CI. Esta avaliação foi efetuada através da aplicação da NACI, sendo identificadas as seguintes necessidades de aprendizagem nos CI: Levante/ Transferência; Higiene; Vestuário; Posicionamento; Controlo da Dor; Produtos de Apoio; Prevenção de Quedas; Prevenção de úlceras por pressão. Ficando excluídos os seguintes indicadores de necessidades de aprendizagem: Alimentação; Comunicação; Uso do sanitário; Eliminação vesical e intestinal; Marcha/ auxiliares de marcha e Exercícios terapêuticos. As necessidades de aprendizagem do CI surgem por uma preparação insuficiente para dar continuidade aos cuidados iniciados numa instituição de saúde e por não se encontrar capacitado para a realização dessa função (Rotondi et al., 2007; Souza et al., 2014).

No estudo dos autores Abreu et al. (2019), em que a amostra de pessoas cuidadas era em alguns pontos muito similar à amostra do presente estudo, pessoas cuidadas com algum grau de dependência funcional, declínio cognitivo e com limitações nas AVD, foram identificadas as seguintes necessidades de saúde mais relevantes: preparação de alimentos, toma de medicação, cuidado da casa, utilização da casa de banho, problemas sensoriais, comunicação/interação, regulação vesical e intestinal, alimentação, memória, dormir, e prevenção de quedas.

Verificou-se que as necessidades de aprendizagem do CI recaem sobre as atividades onde a pessoa cuidada se encontra mais limitada e necessita de uma terceira pessoa para a que sejam satisfeitas. O plano de intervenção de ER, com diagnósticos de enfermagem, teve por base a toda a avaliação efetuada ao CI, nomeadamente as necessidades de aprendizagem identificadas. A literatura indica que os CI que cuidam dos idosos mais dependentes, sejam estes severamente ou totalmente dependente, percecionam maiores dificuldades que os CI que cuidam de idosos menos dependentes, tais como ligeiramente e moderadamente dependentes (Martins et al., 2014). A literatura também revela que a identificação das necessidades dos CI, conduz à redução de alguns dos efeitos negativos associados aos cuidados informais, como o cansaço físico e afetivo, a depressão, stress, ansiedade e a carga associada ao processo de cuidar, promovendo a qualidade de vida do CI e algumas situações de doença (Melo et al., 2014; Shi et al., 2020; Sousa et al., 2022).

A nível do compromisso do autocuidado, sendo este um dos critérios de inclusão, nos parâmetros levante/ transferência, higiene, vestuário e posicionamento a maioria dos CI apresentou necessidades de aprendizagem, porém não foram totalmente resolvidas, podendo existir várias interpretações desta situação. No caso do CI 1, a sua patologia de base foi determinante para a impossibilidade de capacitação no levante/ transferência e higiene, tornando-se necessário o apoio da família próxima para a satisfação do autocuidado higiene. O

medo associado à manipulação da bomba de infusão também foi limitante na capacitação do CI 1 para o autocuidado vestuário. No caso do CI 2, a patologia neoplásica da pessoa cuidada 2.1, já com metastização óssea, descontrolo da dor ao posicionamento e história de fratura espontânea, criou receio no CI 2, sendo o início da intervenção estabelecida pelo EEER a de ensino e esclarecimento acerca da situação de saúde, assim como no treino da técnica adequada. Devido ao agravamento clínico e necessidade de internamento na instituição de saúde, foi interrompido o plano de intervenção proposto para este CI, não sendo possível atingir os resultados inicialmente delineados. Os autores Dixe et al. (2019) confirmaram através do seu estudo que, o CI à medida que envelhece, sente-se menos apto na prestação de cuidados em algumas áreas, como sendo exemplo a mobilidade e a transferência, indo ao encontro dos resultados obtidos Projeto de Intervenção, visto que os CI mais velho da amostra, foram também aqueles que identificaram mais necessidades de aprendizagem, não conseguindo resolver totalmente algumas delas.

Uma das principais causas de problemas físicos e psicológicos do CI passa por este não deter informação suficiente sobre a patologia da pessoa a quem presta cuidados, tratando-se também de uma necessidade relacionada com a transição para o papel de CI, a de adquirir conhecimentos e compreender a condição de saúde da pessoa cuidada (Martins et al., 2014; Plöthner et al., 2019).

O parâmetro apontado por todos os CI da amostra foi relativo a produtos de apoio, cada caso com necessidades de aprendizagem relativas a um produto de apoio diferente. No caso da pessoa cuidada 1.1, foi sugerido no âmbito da intervenção do EEER a aquisição e instalação de uma cadeira giratória de banheira, tendo sido feita a intervenção de conhecimento e capacitação ao CI 1 e à família próxima, neste caso a filha, que acabou por assumir a satisfação do autocuidado higiene. No caso do CI 2, a sugestão de aquisição de uma cama articulada e de um colchão de pressão alternada, foi efetuada antes da transferência para UHD, pelo que foi necessária a intervenção do EEER no âmbito do conhecimento e capacitação para a utilização deste produto de apoio. Por último, no caso do CI 3, foi sugerida logo na primeira avaliação a instalação de barras de apoio junto da sanita e dentro da cabine de duche, por serem dois locais onde anteriormente teriam ocorrido quedas da pessoa cuidada 3.1, e podendo potenciar a sua autonomia no uso do sanitário e no autocuidado higiene, porém, durante curto tempo de internamento não foi possível a instalação das mesmas, por isso impossibilitando a capacitação do CI 3 para a utilização das mesmas.

Ainda relativamente às necessidades de aprendizagem do CI sobre a prevenção de quedas e ao desenvolvimento de úlceras por pressão, objetiva-se que estas se encontram relacionadas com a pessoa cuidada, visto a mesma apresentar níveis de risco superiores.

Todo o processo de intervenção traçado foi individualizado, indo ao encontro da literatura que ressalva a eficácia dos programas individualizados em detrimento das intervenções em grupo (Berwig et al., 2017). A evidência reforça ainda a importância deste tipo de programas de intervenção para a qualidade dos cuidados (Cantillo et al., 2018; Martins & Araújo, 2016). O atingimento de grande parte dos resultados de enfermagem pretendidos, após a intervenção do EEER comprova a eficácia da sua intervenção, demonstrando ganhos em saúde e confirmando que os enfermeiros têm um peso significativo nos resultados associados à capacitação do CI, para o desempenho das suas novas funções (Martins & Santos, 2020; Martins & Araújo, 2016; Meleis, 2010; Oliveira et al., 2016).

A satisfação do cliente é uma das categorias de enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação, definidas pela Ordem dos Enfermeiros (2002), pelo que, “na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro especialista em Enfermagem de reabilitação persegue os mais elevados níveis de satisfação dos clientes (p.7). Desta forma foi utilizado o Questionário de Satisfação do Cliente 8 (Attkisson, 2017). O resultado ao questionário revela uma total satisfação por parte dos CI da amostra, relativamente ao programa de intervenção implementado pelo EEER. A evidência científica confirma que um dos métodos para a redução de alguns dos efeitos secundários do cuidado informal, no CI, é o de aumento da sua satisfação e melhoria das relações que este estabelece com os profissionais de saúde (Park et al., 2018).

A integração do CI neste Projeto de Intervenção, como parte integrante do seu processo de capacitação, enquanto membro relevante do sistema de saúde, reafirmando a sua pertinência na sociedade de hoje, permitindo a continuidade dos cuidados iniciados em contexto hospitalar, confirma a literatura atual sobre esta temática e o interesse crescente nas novas publicações (Ferreira et al., 2022; Martins & Santos, 2020; Menoita et al., 2012; Parmar et al., 2021; Sousa, Baixinho, et al., 2021; Sousa, Ferreira, et al., 2021). Todas as intervenções de ER desenvolvidas no âmbito deste estudo foram centradas na pessoa/ família, neste caso o CI e a sua família, modelo este de cuidados que é considerado na evidência científica em vários países, como um componente crítico dos cuidados de alta qualidade, respeitando não só as necessidades, como as preferências e as expectativas (Jayadevappa & Chhatre, 2011; Kuluski, Reid, & Baker, 2021; Millenson et al., 2016).

Pela Lei n.º 100/2019 de 6 de setembro (2019) e a sua regulamentação (Decreto Regulamentar n.º 1/2022 de 10 de janeiro, 2022), os CI 1 e 2 são considerados CI principais e o CI 3 um CI não principal. Por faltarem alguns dados relativos à situação económica dos participantes do estudo, entre outros, não foi possível aferir se os mesmos teriam ou não critérios para o ECI. Pelas respostas fornecidas pelos CI a maioria conhecia a Lei que estabelece

o ECI, sendo que nenhum solicitou ou foi reconhecido com o mesmo e todos os CI pensam estar fora do enquadramento legal para receberem este apoio. Na literatura, os CI indicam que o acesso a alguns dos apoios é dificultado pela burocracia necessária para a obtenção dos mesmos (Willemse et al., 2016).

4.5 Implicações para a Prática

A realização do presente estudo realçou a importância do papel do CI enquanto pilar estrutural na sociedade moderna.

Tornou-se evidente que os profissionais de saúde devem promover a vigilância da saúde do CI pois estarão a garantir a qualidade dos cuidados prestados (Moreno-Camara et al., 2019).

Considera-se de especial relevância a divulgação da mais recente Lei n.º 100/2019 de 6 de setembro (2019) e o seu Decreto Regulamentar n.º 1/2022 de 10 de janeiro (2022), de forma a que os CI abrangidos tenham acesso aos apoios do Estado Português.

Propõe-se a criação de programas de intervenção individualizados de capacitação do CI, delineados com base nas necessidades de aprendizagem identificadas, visto que os programas de ação individualizada são mais eficazes que programas em grupo (Berwig et al., 2017; Shi et al., 2020). Sabe-se que as necessidades não satisfeitas dos CI são das principais áreas de melhoria da política e por isso sugere-se a criação de grupos de trabalho dedicados ao desenvolvimento dos programas propostos (Sousa et al., 2022).

Relativamente aos resultados obtidos através da intervenção do EEER, são visíveis os ganhos em saúde obtidos, contribuindo assim para a capacitação do CI, estabelecendo maiores níveis de qualidade dos cuidados, assegurando também a segurança da pessoa cuidada. Ressalva-se a necessidade de sensibilizar a equipa de enfermagem para o tema e para a aquisição de formação especializada na área, com vista à melhoria da prestação de cuidados nesta área em particular.

4.6 Limitações do Estudo

Várias foram as limitações que o presente estudo enfrentou no decorrer do seu desenvolvimento e produção deste relatório.

A primeira das dificuldades enfrentadas passou pela ainda reduzida evidência científica produzida com população portuguesa, em território nacional, por enfermeiros portugueses,

relativa a programas de capacitação do CI, baseadas nas necessidades de aprendizagem do mesmo. Os Estados Unidos da América é o país que mais tem contribuído para a investigação sobre o tema (CI), com Portugal a ocupar 25º lugar em termos de número de publicações (Ferreira et al., 2022).

O tipo de estudo selecionado impossibilita a generalização dos resultados obtidos, acabando por permitir a apresentação aprofundada de cada caso, retirando conclusões específicas para cada um destes (Silva & Mercedes, 2018).

Os participantes para a amostra foram selecionados a partir das admissões em UHD no período de tempo de aplicação do Projeto de Intervenção, o que limitou a existência de um maior número de participações. A tipologia de utentes admitidos na UHD naquele período de tempo passou, em grande parte, por serem pessoas que não cumpriam os critérios de inclusão definidos para o estudo. A amostra não probabilística pode eventualmente ser menos representativa do que a amostra probabilística, assim como a técnica de amostragem acidental limita igualmente a generalização de resultados (Fortin, 2009).

Outra das limitações enfrentadas passou pela gestão da alta clínica que não era articulada com o EEER, pelo que, na maioria dos casos, a avaliação final não foi realizada no dia da alta.

Por último, o contexto pandémico tornou-se especialmente relevante enquanto fator limitativo na execução do Projeto de Intervenção, devido em parte às exigentes demandas laborais, obrigando a um processo de adaptação, resiliência e esforço pessoal para a execução de todas as etapas previstas.

5. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

O presente capítulo tem como principal objetivo a análise reflexiva sobre as competências adquiridas e desenvolvidas no decorrer dos Ensinos Clínicos integrados no Plano de Estudos do Curso de Mestrado em ER. Para uma correta sistematização da análise reflexiva foram criados três subcapítulos: Competências Comuns do Enfermeiro Especialista; Competências Específicas do EEER; Competências de Mestre.

A reflexão é cada vez mais utilizada na área de Enfermagem, por se constituir como uma ferramenta essencial para o processo de aprendizagem (Peixoto & Peixoto, 2016). O pensamento reflexivo e crítico permite a distinção entre uma determinada ação e outra, bem como o estabelecimento de prioridades, essenciais quando se trata no estabelecimento de um plano de cuidados, com vista à melhoria da qualidade dos cuidados prestados, indicada ainda pelos autores como uma competência a ser integrada em todos os programas de formação de enfermeiros (Cardenas-Becerril et al., 2020).

O processo de aprendizagem inerente à instrução dos profissionais, pressupõe uma formação contínua, conceito este que se relaciona com o desenvolvimento profissional, sendo por isso um processo individual, permanente e contínuo, que culmina no crescimento e desenvolvimento pessoal, bem como na capacidade de atualização da sua prática profissional (Ferreira, Cubo Delgado, & Carioca, 2017).

A escrita reflexiva constitui-se como uma das estratégias apontadas pelos autores Peixoto & Peixoto (2016), na Revisão da Literatura efetuada, visto tratar-se de uma ferramenta estratégica utilizada pelos orientadores, a fim de capacitar os estudantes de enfermagem na estimulação do raciocínio, existindo evidência de que esta competência se torna útil na prática profissional.

O conceito de competências integra não só o conhecimento, mas também o saber fazer e o saber ser/ estar (Ferreira et al., 2017). As competências adquiridas nos domínios cognitivo, psicomotor e sócio afetivo e que vão ao encontro da legislação em vigor, encontram-se pormenorizadamente enunciadas nos subcapítulos que se seguem.

5.1 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

A exigência técnica e científica inerente à evolução dos cuidados de saúde obriga à necessidade de especialização dos profissionais de saúde, nomeadamente dos Enfermeiros. As competências comuns do Enfermeiro Especialista encontram-se elencadas em Regulamento próprio ("Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista,") sendo que se entende por competências comuns:

as competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria (p.4746).

Os domínios das competências comuns do enfermeiro especialista passam pela responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais. A criação deste perfil de competências garante aos cidadãos que o profissional especializado detém habilidades que implementará em todas as situações da sua prática clínica. A metodologia de ensino utilizada no Curso de Mestrado em ER prepara o estudante para uma análise e discussão reflexiva das várias situações que surgem no decorrer do processo de aprendizagem, permitindo ao mesmo uma participação ativa na resolução dos problemas que surgem, com recurso à evidência científica atual e a documentos de referência para a prática clínica, tais como a legislação em vigor, documentos oficiais da Ordem dos Enfermeiros, entre outros (Nunes, Inês, & Constantino, 2019).

Descriminando cada um dos domínios das competências comuns do enfermeiro especialista, nomeadamente aquele que menciona a responsabilidade profissional, ética e legal, todo o desenvolvimento do exercício profissional está assente numa estrutura de conhecimentos ético-deontológicos desde o momento em que se conclui o primeiro ciclo de ensino na área de Enfermagem. O Código Deontológico definido pela Ordem dos Enfermeiros (2015a), é a normativa fundamental para toda e qualquer intervenção visto que suporta e lidera todo o processo de tomada de decisão. O cumprimento de práticas que promovam e protejam os direitos humanos, assim como o ajuste constante às necessidades sociais identificadas com vista à saúde e bem-estar da pessoa alvo de cuidados e o respeito pela vida e dignidade humana, são pontos que foram inegavelmente garantidos durante os Ensinos Clínicos (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

No domínio de competência referido, o respeito pela pessoa alvo de cuidados e a sua família, pelo seu direito à autodeterminação, dignidade humana e individualidade, valores,

costumes e crenças espirituais, respeito pela liberdade e privacidade, foram princípios assegurados nos Ensinos Clínicos realizados, desde o processo de tomada de decisão, planeamento da intervenção, operacionalização do plano delineado e na avaliação dos resultados obtidos.

A busca constante por consentimento livre e esclarecido para todas as intervenções é mais uma etapa na busca pela parceria de cuidados tão almejada por todos os EEER. Esta parceria só é possível quando o cuidado é centrado na pessoa e na família, ajustado às suas necessidades em todo o processo de intervenção (Sousa et al., 2022). A melhoria da qualidade dos cuidados prestados também depende da abordagem adotada pelo EEER que, quando centraliza a sua ação na dinâmica entre a pessoa alvo de cuidados e a sua família, alcança os resultados esperados (Sousa et al., 2022).

O Projeto de Intervenção implementado tornou-se uma parte integrante nos Ensinos Clínicos, sendo que o mesmo se encontra assente nos quatro domínios de competências já anteriormente descritos. Torna-se determinante que para uma correta execução do Projeto exista a garantia de que toda a prática profissional, ética e legal se encontra em conformidade com os princípios éticos e deontológicos da profissão com o respeito máximo pelos direitos humanos, desta forma foi submetido o projeto à Comissão de Ética da instituição onde decorreu o Ensino Clínico, com posterior parecer positivo. De forma a que esteja assegurado o direito à confidencialidade e anonimato de todos os participantes que integrem o Projeto de Intervenção proposto, os mesmos foram informados e esclarecidos sobre o objetivo do Projeto e todas as etapas que foram estabelecidas, tendo sido ainda solicitado o preenchimento do consentimento informado e esclarecido para que assim esteja garantida uma correta participação no Projeto de Intervenção. A confidencialidade dos dados recolhidos foi garantida ao longo de todo o desenvolvimento do projeto através da atribuição de um código a cada cuidador e pessoa cuidada (Exemplo: Cuidador Código 1, Pessoa Cuidada 1.1).

Em concordância com Nunes (2020), durante a investigação em enfermagem, o investigador deverá ter em consideração os aspetos éticos em todas as etapas do processo, desde o momento da definição do problema em estudo, até à partilha dos resultados obtidos. As seis orientações assentes em princípios éticos que conduziram o projeto de intervenção já mencionado foram: beneficência, passando por fazer o bem tanto à pessoa que integra o projeto bem como à sociedade que irá usufruir dos resultados obtidos; avaliação da maleficência, equacionando todos os riscos inerentes à integração no estudo garantindo que não é causado qualquer dano; fidelidade, através de uma parceria de cuidados entre o investigador e o participante; justiça, garantindo que existe imparcialidade ao longo de todo o processo de investigação; veracidade, iniciada desde o primeiro momento onde é explicado o projeto de

intervenção e solicitado o consentimento informado e esclarecido; por último a confidencialidade, tal como explicado anteriormente, atribuindo um código de identificação e salvaguardando que não é recolhida nenhum tipo de informação que possa de alguma forma identificar o participante do estudo (Nunes, 2020).

Enquanto dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, assim como no desenvolvimento de práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua, o EEER tem um papel determinante. A intervenção do EEER em todas as fases do ciclo vital permite a obtenção de ganhos em saúde nos vários contextos de ação, demonstrando assim a versatilidade da ER e a sua influência positiva na qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, tal como indicado pelos autores Martins, Ribeiro, & Silva (2018).

O instrumento utilizado para garantir a melhoria contínua da prática especializada em ER é o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em ER. O documento referido encontra-se estruturado com base em indicadores que passam pela satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, a readaptação funcional, a promoção da inclusão social e por último a organização dos cuidados de enfermagem ("Regulamento nº 350/2015 de 22 de junho - Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação," 2015). Recorrendo aos indicadores enumerados, no decorrer da prática especializada em Ensino Clínico, a avaliação sistemática da qualidade e eficácia dos cuidados prestados, possibilitou a alteração de intervenções, procedimentos, atitudes, identificando por isso situações de melhoria, com consequentes resultados a nível dos ganhos em saúde obtidos em cada uma das situações.

De acordo com o estudo efetuado pelos autores Martins, Ribeiro, & Silva (2018), o EEER tem principal influência nos enunciados descritivos bem-estar e autocuidado e na readaptação funcional, porém as dimensões satisfação do cliente, organização dos cuidados de enfermagem e a promoção da saúde são aquelas onde o EEER investe menos na sua intervenção. A utilização premente dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em ER permite que o EEER repense as suas práticas, alicerçando as mesmas nos vários enunciados descritivos enunciados, assegurando uma prestação de cuidados de qualidade e que garanta a segurança da pessoa alvo de cuidados (Martins, Ribeiro, & Silva, 2018).

A excelência dos cuidados prestados encontra-se diretamente relacionada com a necessidade constante das equipas de Enfermagem quererem fazer mais e melhor e por isso integram na sua prática clínica projetos de melhoria contínua nos quais houve oportunidade de participar, tal como é exemplo a elaboração de um folheto informativo no serviço de Ortopedia,

denominado por “Guia de Internamento – Cirurgia Programada” (Apêndice VI). A realização do referido folheto informativo teve como primeiro objetivo a melhoria do folheto informativo previamente utilizado na consulta de Enfermagem pré-operatória para cirurgias eletivas, que se encontrava desatualizado e por isso não era utilizado. O folheto informativo mencionado tem como objetivos a preparação do utente e família para o internamento, sistematização da informação transmitida, a diminuição da ansiedade associada à cirurgia e ao Programa de Reabilitação implementado durante o internamento e a preparação atempada da alta e das necessidades pós-cirúrgicas, sejam as mesmas referentes a materiais de apoio, adaptação do domicílio, entre outros. A proposta do folheto informativo foi apresentada à Sr^a Enfermeira Chefe do serviço de Ortopedia e também EEER, que encaminhou para a Direção de Enfermagem. Posteriormente a todas estes procedimentos, o folheto informativo encontra-se com a equipa de comunicação e imagem da instituição, para que seja otimizado em termos gráficos, indo ao encontro do protocolado no Hospital.

De acordo com Vivas Pina & Lavareda Baixinho (2020), a consulta pré-operatória em cirurgia eletiva ortopédica, associada a programas de reabilitação estruturados e multiprofissionais, apresenta múltiplas vantagens, tais como: gestão da dor, angústia e ansiedade; aumento da literacia em saúde da pessoa alvo de cuidados relativa cirurgia; sensibilização da pessoa para a existência de alterações no autocuidado após a cirurgia, durante o internamento e após a alta; diminuição do tempo médio de internamento e dos custos associados ao mesmo; incremento dos níveis de aceitação e adesão ao programa de reabilitação pela pessoa alvo de cuidados e a sua família.

Na UHD a proposta de realização de um folheto informativo relativo à temática “Terapêutica Inalatória: Inaladores Pressurizados Doseáveis” (Apêndice VII), surgiu enquanto proposta da equipa de enfermagem após a sessão de formação (Apêndice VIII) referente ao tema indicado. Tendo em consideração que o tempo para elaboração deste folheto informativo foi em grande parte mais reduzido que o anteriormente referido, não houve a oportunidade de apresentar o mesmo formalmente a toda a equipa por meio de uma sessão de formação, ficando o mesmo em processo de revisão pela equipa de enfermagem.

Os folhetos informativos são amplamente utilizados na área de saúde enquanto fontes de informação. Sendo os folhetos informativos uma ferramenta preciosa de transmissão de orientações, os mesmos devem ser adequados ao público alvo, nomeadamente o seu nível de literacia em saúde, compreensíveis, apresentarem informação relevante com conteúdos de qualidade e verdadeiramente informativos (Rosendo & Santiago, 2017).

A metodologia de elaboração dos folhetos informativos concebidos no decorrer dos Ensinos Clínicos seguiu as orientações fornecidas pelos autores Rosendo & Santiago (2017),

sendo que passou pela seleção dos conteúdos a serem transmitidos, desenvolvimento da estrutura do folheto, revisão pelos orientadores clínicos e membros das equipas de enfermagem, chefias do serviço e direção de enfermagem, momentos onde surgiram propostas de alteração e retificação. O tempo disponível não permitiu a conclusão das etapas seguintes de revisão por outros peritos da área, peritos linguísticos e, por fim, revisão por um grupo de pessoas alvo com a intenção de validar a compreensão e clareza dos conteúdos e adequação cultural.

A utilização de um folheto informativo enquanto material educacional e complementar à intervenção desempenhada pelo EEER, torna-se essencial quando a evolução tecnológica coloca novos desafios à captação da atenção e desmistificação de questões essenciais ao Plano de Reabilitação definido. Toda a informação se encontra disponível à distância de um clique na internet, porém o rápido acesso não garante a qualidade dos conteúdos nem a adequação dos mesmos às necessidades reais da pessoa alvo de cuidados (Sustersic, Gauchet, Foote, & Bosson, 2017). Quando bem redigidos e disponibilizados na altura correta, os folhetos informativos melhoram o conhecimento da pessoa acerca da sua condição, aumentando assim a satisfação e adesão ao regime terapêutico proposto (Sustersic et al., 2017).

A capacitação da pessoa alvo de cuidados passa pela possibilidade da mesma tomar decisões de forma livre e esclarecida. A autonomia no processo de tomada de decisão depende também do EEER enquanto facilitador na disponibilização de informação relevante e ajustada, através, por exemplo, de um folheto informativo (Sousa et al., 2020). O folheto informativo torna-se assim um recurso essencial na intervenção do EEER nomeadamente nos focos conhecimento e aprendizagem de capacidades da pessoa, permitindo a capacitação, empoderamento e tomada de decisão. O desenvolvimento de habilidades relacionadas com os pontos mencionados anteriormente, levam a que a pessoa alvo de cuidados seja impelida a agir e a enfrentar os desafios relacionados com os processos de transição que esteja a vivenciar (Sousa et al., 2020).

As intervenções do EEER promotoras da segurança da pessoa alvo de cuidados devem recair sobre a comunicação adequada entre os profissionais de saúde que constituem a equipa de trabalho e a pessoa/ família/ cuidador informal. O fornecimento de informação relevante para a continuidade de cuidados permitirá o atingimento da excelência dos cuidados, que só é possível quanto utilizado um modelo de prestação de cuidados centrado na pessoa e no seu cuidador (Sousa, Baixinho, et al., 2021). Na revisão da literatura efetuada pelos autores Park et al. (2018), o cuidado centrado na pessoa/ família foi considerado essencial para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, comprovado não só pelos resultados obtidos, bem como pela

criação de um ambiente favorável para a prática clínica pelos profissionais de saúde envolvidos nas equipas de saúde.

No decorrer dos Ensinos Clínicos existiu ainda a oportunidade de estabelecimento de Formações em serviço com o objetivo de melhoria contínua da qualidade e garantia da segurança nos cuidados prestados. O objetivo geral da formação realizada no serviço de Ortopedia (Apêndice IX) foi a de dar a conhecer o novo folheto informativo “Guia de Internamento – Cirurgia Programada”, sendo os objetivos específicos: identificar o momento correto para fornecimento do novo folheto informativo; conhecer a estrutura do novo folheto informativo “Guia de Internamento – Cirurgia Programada”. Na UHD foi identificada a necessidade de formação por toda a equipa na área de administração de terapêutica inalatória, nomeadamente dos inaladores pressurizados doseáveis, pelo que foi estruturada uma sessão de formação em serviço em que o objetivo geral da formação passou por sensibilizar a Equipa de Enfermagem para uma correta administração de terapêutica inalatória, aumentando a eficácia da mesma, sendo os objetivos específicos: identificar as vantagens e desvantagens da terapêutica inalatória; identificar os inaladores pressurizados doseáveis em utilização no Hospital; conhecer a técnica correta de administração deste tipo de terapêutica inalatória. No final das sessões foi solicitado aos participantes uma avaliação da formação, em questionário próprio elaborado para o efeito.

Todos os processos decorrentes da elaboração das sessões de formação tornam possível a consolidação da competência anteriormente referida. A avaliação da necessidade de formação, o planeamento, execução e posterior avaliação da sessão (Apêndice X) e (Apêndice XI) valorizam o papel dinamizador do Enfermeiro Especialista. A necessidade de manutenção de formação contínua, principalmente no âmbito da ER motiva o EEER a alargar as suas competências, a aumentar o seu conhecimento, a treinar o seu raciocínio crítico e o processo de tomada de decisão (Almeida Ventura-Silva et al., 2021).

Para além dos projetos enumerados anteriormente, no decorrer dos Ensinos Clínicos surgiu a oportunidade de participação nos programas de melhoria contínua da qualidade já implementados na instituição. Os referidos programas passam pela prevenção de quedas e pela prevenção do aparecimento de úlceras por pressão.

Relativamente ao projeto da prevenção de quedas, encontra-se protocolado na instituição, sendo transversal para todos os serviços de internamento, urgência e unidades de cuidados intensivos, a avaliação do risco de queda através da Escala de Morse, instrumento recomendado pela Direção Geral de Saúde (2019) para a prevenção e intervenção na queda do adulto em cuidados hospitalares, Norma 008/2019 de 09-12-2019. A pontuação final é atribuída mediante a avaliação dos seis itens presentes na escala referida (sem risco de queda ≤ 24 pontos;

baixo risco de queda ≥ 25 e ≤ 50 pontos; alto risco de queda ≥ 51 pontos. As intervenções de enfermagem serão distintas mediante o nível de risco apresentado. No caso do alto risco de queda, no processo informático, junto do nome da pessoa alvo de cuidados, surge um símbolo referente a uma pessoa a cair com o objetivo de identificar quais as pessoas com elevado risco de queda. Associado a este código informático é colocada uma pulseira roxa na pessoa, junto da pulseira de identificação, em formato de sinalética para todos os intervenientes da prestação de cuidados terem conhecimento e adequarem as suas intervenções ao risco apresentado.

A problemática das quedas na população adulta tem um impacto direto na qualidade de vida da pessoa pois, como consequência deste evento podem resultar lesões que provoquem perda de mobilidade, maior grau de dependência e incapacidade funcional (Dias, 2021). Os efeitos arrasadores das quedas estão relacionados não só com a pessoa, mas também com a sua família e cuidadores e com a sociedade em geral, atendendo também ao custo financeiro crescente associado ao número de quedas existente (Dias, 2021).

De acordo com os autores Gomes, Soares, & Bule (2019), está comprovado o benefício da intervenção do EEER na implementação de programas de reabilitação no domicílio, visto que os resultados destes passam por ganhos ao nível do equilíbrio e na execução do autocuidado, pelo que o risco de queda dos idosos diminuiu. Os autores Fernandes, Sá, & Nabais (2020) complementam esta evidência afirmando que a avaliação multifatorial do risco de queda levada a cabo pelo EEER permite um planeamento feito “à medida” de cada pessoa e situação. Para além dos ganhos referidos, o nível de satisfação da pessoa, a promoção da saúde e a prevenção de complicações, são fatores que permitem também a diminuição do risco de queda.

Alguns autores consideram ainda que os fatores de risco de queda, identificados pelo EEER durante sua avaliação do contexto e da pessoa, podem ser divididos em fatores intrínsecos e extrínsecos (Sousa, Marques-Vieira, & Branco, 2017), bem como em fatores de risco comportamental, ambiental, socioeconómico e biológico (Dias, 2021). No projeto de intervenção desenvolvido a prevenção de quedas foi uma das necessidades de aprendizagem apresentadas pelos cuidadores informais e por isso amplamente trabalhada, utilizando estratégias não só da avaliação do risco, bem como uma componente educacional, melhorando o conhecimento, sugerindo algumas modificações ambientais, do calçado, entre outras (Sousa, Marques-Vieira, & Branco, 2017).

O projeto relativo à prevenção úlceras de pressão também se encontra implementado nos serviços hospitalares, iniciando-se pela utilização a Escala de Braden recomendada pela Direção Geral de Saúde (2011), sendo que, considerando o grau de risco atribuído as intervenções da equipa de enfermagem são ajustadas, como é exemplo a frequência de

alternância de decúbitos, a utilização de dispositivos auxiliares como almofadas, colchão de pressão alternada, colchão viscoelástico, entre outros.

A oportunidade de seleção de dois ambientes de Ensino Clínico tão distintos, constituindo-se a Ortopedia enquanto um serviço de internamento dentro do ambiente hospitalar e a UHD uma transposição dos cuidados hospitalares para o interior da casa de cada utente, foi de especial relevância para a aquisição de competências relativas à criação e manutenção de um ambiente terapêutico seguro. O controlo e gestão do ambiente de prestação de cuidados, em contexto hospitalar está diretamente relacionado com a promoção por parte dos profissionais de saúde de um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual equilibrado e ajustado, tal como houve a oportunidade de experienciar no serviço de Ortopedia. Quando os cuidados deixam de ser prestados num ambiente inteiramente controlado pelas equipas de saúde, como é exemplo a UHD, onde o contexto de prestação de cuidados é o domicílio da pessoa alvo de cuidados e a sua família, a gestão do ambiente torna-se desafiante. A aquisição e consolidação desta competência foi um *continuum* desde o primeiro ao último dia de Ensino Clínico, ressalvando que a relação terapêutica adquirida entre o EEER e a pessoa alvo de cuidados e a sua família tornou-se um recurso determinante para a manutenção de um ambiente terapêutico seguro e adequado à exigência dos cuidados prestados.

Parte integrante da competência relativa ao ambiente terapêutico e seguro é a criação e manutenção de uma relação terapêutica, estabelecida em parceria com a pessoa alvo de cuidados e a sua família. De acordo com os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, da Ordem dos Enfermeiros (2002), esta relação expande-se e evolui no decorrer de um processo ativo, que tem como objetivo final auxiliar a pessoa alvo de cuidados. O estabelecimento de uma relação terapêutica foi uma das competências consolidadas no transcorrer dos Ensinos Clínicos.

No âmbito das competências do domínio da gestão dos cuidados, o Enfermeiro Especialista gere os cuidados, otimizando a resposta de toda a equipa de enfermagem, em articulação com a equipa multiprofissional. Os modelos de organização das equipas nos diferentes Ensinos Clínicos e a participação ativa no seio destas, possibilitou a aquisição da competência referida. No serviço de Ortopedia o modelo organizacional utilizado é o de interdisciplinaridade, caracterizando-se por uma colaboração metódica entre todos os membros que integram a equipa, existindo um objetivo comum e por isso uma potencialização do trabalho de todos. Na UHD o modelo que impera é o transdisciplinar, reconhecido por um dos elementos da equipa ser o gestor dos cuidados, neste caso o Enfermeiro, que intervém na sua própria disciplina e nas restantes, sob orientação dos outros profissionais (Branco, 2017).

Ainda no domínio da gestão dos cuidados, a adaptação da liderança e da gestão dos recursos às situações e ao contexto são garantia da qualidade e segurança dos cuidados

prestados. Tal como referido anteriormente quando mencionado quão desafiante foi a criação e gestão de um ambiente terapêutico seguro na UHD, também a organização dos recursos existentes a cada situação tornou-se um trabalho ímprobo. Os recursos utilizados na UHD vão muito além dos materiais ou humanos, pois neste contexto o recurso temporal é de especial relevância.

Em ambiente hospitalar, de internamento como é exemplo o serviço de Ortopedia, apesar do número de pessoas alvo de cuidados atribuídas a cada enfermeiro ser superior, fisicamente todas se localizam no mesmo espaço, assim como todos os recursos materiais e humanos necessários estão à distância de poucos metros, ou de um telefonema. No caso da UHD o veículo de apoio é o “armazém” de material disponível e por isso bastante limitado, o número de vagas disponíveis na Unidade são cinco, porém podem ficar a uma distância de vários quilómetros e muito tempo. O planeamento meticuloso e prévio à saída do hospital, assim como a definição do tempo necessário para cada visita domiciliária, é a chave para garantir que nada ficará a faltar. O tempo dispensado com determinada pessoa/ família depende da complexidade dos cuidados prestados e nas necessidades reais, muitas vezes identificadas no momento da visita.

O último domínio que falta ser referido é o do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, que engloba a aquisição de capacidades de autoconhecimento e de assertividade, habilidades estas que requerem uma consciência ajustada de si próprio enquanto pessoa e profissional, bem como uma adaptabilidade individual (ajuste a novas situações) e organizacional (integração nas equipas dos locais de Ensino Clínico e na instituição de saúde). Esta competência foi consolidada durante o período de Ensino Clínico, com o apoio e orientação dos Supervisores Clínicos e do Professor Doutor Luís Sousa.

A prática clínica especializada suportada por evidência científica atual e relevante foi outra das competências conquistadas no decorrer dos Ensinos Clínicos. A busca pelo conhecimento e por experiências verdadeiramente gratificantes do ponto de vista de aquisição de novas habilidades e trocas de experiências, foi incessante. Desta forma, para cada plano de cuidados delineado e cada situação que surgia, foi efetuada pesquisa bibliográfica e consultados peritos na área que permitiram fundamentar as tomadas de decisão necessárias para a implementação das intervenções selecionadas. No caso do Ensino Clínico realizado na UHD a pesquisa de exercícios terapêuticos alternativos com recurso a materiais do dia-a-dia disponíveis no domicílio das pessoas alvo de cuidados, tornou-se de especial interesse.

Durante os Ensinos Clínicos surgiu a oportunidade de observar a intervenção das equipas de enfermagem em mais dois contextos, nomeadamente no Bloco Operatório de Ortopedia e na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes com EEER. Estas duas experiências

foram enriquecedoras não só do ponto de vista académico, nomeadamente na área da ER, bem como do conhecimento de outras áreas de ação da intervenção dos Enfermeiros Especialistas e que se cruzam com os vários serviços do hospital.

Enquanto facilitador da aprendizagem na sua área de especialidade, o Enfermeiro Especialista deve investir na sua formação, pelo que, no decorrer dos Ensinos Clínicos houve a oportunidade de participação em algumas propostas formativas, tal como é exemplo o Curso de Apresentação da UHD que decorreu no dia 22 de junho de 2021 e o 1º Simpósio da UHD no dia 23 de novembro de 2021. O primeiro curso referido decorreu vários meses antes do início do Ensino Clínico na UHD e teve como objetivo o conhecimento da Unidade e do seu funcionamento, sendo por isso um meio de preparação para o Ensino Clínico. No que toca ao 1º Simpósio da UHD, o mesmo ocorreu durante o Ensino Clínico na Unidade, tendo sido um momento de especial relevância pela oportunidade de troca de conhecimentos por peritos nacionais e internacionais sobre vários temas, tais como a utilização de bombas elastoméricas no Hospital de Vall d'Hebron, cateteres Mid-line e PICC e a experiência da telemonitorização em contexto de UHD.

Enquanto agente ativo no campo da investigação e da formação, o Enfermeiro Especialista dever assumir o papel de liderança do seu percurso de aprendizagem, desta forma foi tomada a iniciativa para a inscrição no e-Congresso Internacional de ER, promovido pela Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação, nos dias 2 a 4 de dezembro de 2021, que surge no culminar de um ano de grandes desafios para a ER. No decorrer do e-Congresso surgiu ainda a oportunidade de inscrição no Workshop “Terapêutica inalatória: verdades e mitos” que abordou em parte a temática que posteriormente foi apresentada em formato de formação em serviço na UHD.

O papel dinamizador do enfermeiro especialista na melhoria contínua da qualidade reflete-se no desenvolvimento de programas de melhoria contínua, como é exemplo o Projeto descrito, desenvolvimento e suporte em estratégias na área de governação clínica e garantia de um ambiente terapêutico e seguro. A possibilidade de intervenção numa área de ação nova profissionalmente permitiu adequar os recursos aos contextos, bem como gerir os cuidados de enfermagem em parceria com toda a equipa, visando em todos os momentos a qualidade e segurança nos cuidados. Por último, o projeto de intervenção tornou-se meio para conquistar o autoconhecimento e a assertividade, bem como produção de evidência científica que contribuirá para a segurança e a qualidade da prática clínica.

5.2 Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

Pertence ao EEER a implementação e monitorização de planos de ER que vão ao encontro do contexto existente e dos problemas e necessidade identificadas. De acordo com a legislação em vigor ("Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista,") as competências específicas do EEER são:

- a) Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados;
- b) Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania;
- c) Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa (p.13566).

Os Ensinos Clínicos constituem-se como momentos de aprendizagem individual e profissional pois o estudante é confrontado com situações reais e ideais para aprofundar os conhecimentos adquiridos nas aulas e na pesquisa realizada (Simões, Alarcão, & Costa, 2008).

Um dos meios que levou à aquisição das competências acima referidas foi a de implementação de programas de reabilitação no decorrer dos Ensinos Clínicos, que passaram inicialmente pela identificação das necessidades de intervenção especializada no âmbito do EEER, em pessoas que apresentam impossibilidade de executar AVD's, devido à situação de saúde que atravessam, podendo a mesma ser permanente ou temporária, deficiência, limitação da atividade e restrição da participação, assim como os seus cuidadores informais. A identificação das necessidades de intervenção passa pela avaliação da funcionalidade e o levantamento de diagnósticos que determinem alterações que limitem a atividade ou incapacidades. Para a realização desta avaliação são utilizados instrumentos de avaliação ajudam a diagnosticar, quantificar e a evidenciar os resultados obtidos pela intervenção dos EEER , conforme o documento orientador disponibilizado pela Ordem dos Enfermeiros (2016).

Os instrumentos utilizados no Ensino Clínico para a avaliação de cada caso/ contexto foram criteriosamente selecionados com base na sua validade, sensibilidade, fiabilidade/ reprodutibilidade e responsividade (Sousa, Novo, Ferreira, & Marques-Vieira, 2021). Uma das principais atividades dos enfermeiros passa pela obtenção de diagnósticos de enfermagem cada vez mais precisos e acurados, sendo que só é possível que aconteça dependendo da seleção de instrumentos de avaliação adequados (Sousa, Novo, et al., 2021). A verificação das propriedades métricas dos instrumentos usados, sejam estas psicométricas ou clinicométricas, deve ser uma preocupação do EEER, que possui as competências necessárias para selecionar corretamente o

instrumento a utilizar, com o intuito de gerar resultados significativos e que demonstrem os progressos obtidos no decorrer do processo de reabilitação (Sousa, Marques-Vieira, Severino, & Caldeira, 2017).

Os quatro conceitos norteadores de toda a evidência científica produzida na área de Enfermagem são: a pessoa, a saúde, o ambiente e os cuidados de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2002) que estão na base de trabalho para os enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros. A forma como foram concebidos os programas de reabilitação delineados nos Ensinos Clínicos estão alinhados com as concepções dos enfermeiros portugueses, demonstradas por Martins, Ribeiro, & Ventura (2018). De acordo com os autores mencionados, as concepções de enfermagem, pessoa, saúde e ambiente que os EEER consideram que vão ao encontro da sua prática são as de Afaf Meleis, Dorothea Orem, Callista Roy e Madeleine Leininger. As concepções dos EEER estão por isso enquadradas nos paradigmas da integração e transformação (José & Sousa, 2021; Ribeiro et al., 2018).

Ressalva-se que toda a fundamentação teórica do presente relatório final, assim como a prática profissional especializada desenvolvida no âmbito da ER nos ensinos clínicos, teve por base os referenciais teóricos já expostos no primeiro capítulo: Teoria das Transições de Afaf Meleis e a Teoria do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem.

Os planos de cuidados (Apêndice XII) e (Apêndice XIII) delineados eram concebidos de forma personalizada para cada pessoa alvo de cuidados e para cada contexto, realizados mediante casos específicos acompanhados nos Ensinos Clínicos e que comprovam a consolidação das competências específicas do EEER, nomeadamente no que toca ao conceber, implementar e avaliar programas especializados.

A ER é uma filosofia de cuidado e tem por base competências específicas, consignadas neste capítulo. A sua intencionalidade da sua intervenção passa pela construção, em conjunto com a pessoa alvo de cuidados, de alternativas para a aquisição de independência e autonomia (Schoeller et al., 2018). O processo de reabilitação, de acordo com o autor Santos (2017), inicia-se logo após a identificação de alterações na vida da pessoa, surgindo então no “caminho da dependência/independência, em todas as AVD alteradas, com objetivos validados com a pessoa e familiares/cuidadores” (p.17). Este processo tem várias etapas e é o resultado do trabalho e esforço conjunto de toda uma equipa, formada por profissionais de saúde, utentes, família e cuidadores, que, através de uma abordagem sistémica atingem os objetivos que delinearam em conjunto. Um dos aspetos que é transversal aos vários modelos de cuidados centrados na pessoa/ família é o da participação ativa dos membros da família, cuidadores informais, na definição dos planos de cuidados em parceria com os profissionais de saúde (Kokorelias, Gignac, Naglie, & Cameron, 2019).

A capacitação é o alicerce dos planos de intervenção propostos no decorrer de toda a intervenção e que visam a implementação de programas de treino de atividades de vida diárias que assegurem a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida. A ação do EEER tem também como objetivo a promoção da mobilidade, da acessibilidade e da participação social.

A questão da acessibilidade é amplamente discutida na sociedade atual, sendo que se trata de um fator discriminatório para todas as pessoas que necessitem de eliminação de barreiras arquitetónicas por apresentarem a sua mobilidade de alguma forma condicionada. Cabe ao EEER a avaliação das barreiras existentes em parceria com as restantes entidades envolvidas na problemática, adotando uma atitude de proatividade e de mudança. (Da Silva Pereira, Martins, Gomes, Laredo Aguilera, & Santos, 2018; Silva, Oliveira, Ribeiro, Prazeres, & Ribeiro, 2019). Apesar de todo o trabalho desenvolvido pelos municípios relativos à aplicação da legislação atual relativamente à eliminação das barreiras arquitetónicas na via pública, ainda existem muitas oportunidades de melhoria que são passíveis de serem implementadas em parceria com o EEER (Da Silva Pereira et al., 2020).

O Projeto de Intervenção proposto permitiu a interação com a pessoa alvo de cuidados ("Regulamento nº 392/2019 de 3 de maio - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação," 2019) "no sentido de desenvolver atividades que permitam maximizar as suas capacidades funcionais e assim permitir um melhor desempenho motor, cardíaco e respiratório, potenciando o rendimento e o desenvolvimento pessoal" (p.13568).

O investimento na pesquisa bibliográfica que fundamentasse a ação foi estruturante, visto que os estudos científicos e a divulgação dos seus resultados contribuem para a qualidade dos cuidados prestados e noutros indicadores como a esperança média de vida, mortalidade e a morbilidade (Baixinho, Presado, Ferreira, & Costa, 2019).

Aliada à aquisição de todas as competências descritas anteriormente, no decorrer do Ensino Clínico na UHD iniciou-se o projeto piloto de telemonitorização que se integrou no processo de aprendizagem enquanto uma experiência proveitosa. O conceito de telemedicina no contexto nacional já se encontra previsto na lei desde 2013 ("Despacho n.º 3571/2013 de 6 de março," 2013), permitindo a observação, diagnóstico, tratamento e monitorização da pessoa alvo de cuidados, garantido o acesso a cuidados de saúde, independentemente da proximidade, ou não, da mesma a instituições de saúde. A telemonitorização, também descrita no despacho mencionado, pressupõe a monitorização à distância com apoio de dispositivos próprios conectados a uma equipa de profissionais de saúde, inicialmente pensada para seguimento de

peessoas com patologia crónica. No caso da UHD esta ferramenta foi utilizada para uma situação de agravamento de patologia crónica com evolução para um contexto agudo.

Associada à telemonitorização, o conceito de telereabilitação urge e antevê-se como uma realidade próxima do contexto atual, já praticada em vários países. A telereabilitação é descrita pelos autores Niknejad et al. (2021) como um serviço de reabilitação no domicílio disponibilizado através de meios de comunicação tecnológicos. De acordo com a revisão da literatura realizada pelos mesmos autores, apesar dos imensos benefícios descritos na literatura acerca da telereabilitação, a implementação mais generalizada da mesma só surgiu com o início da Pandemia COVID-19. Os obstáculos criados pela Pandemia Covid-19 na prestação de cuidados, foram superados pela motivação dos profissionais na adaptação de processos à nova realidade da prestação de cuidados. Desta forma a telereabilitação coloca a pessoa alvo de cuidados no centro do seu processo de reabilitação, promovendo a gestão do seu caso, impulsionando a responsabilização para a mudança de comportamento e estimulando o cumprimento do regime terapêutico proposto (Vaz, Loureiro, Félix, & Novo, 2021). A utilização desta poderosa ferramenta ainda se encontra numa fase inicial e precisa de ser explorada e implementada. Ao robustecer habilidades nestas áreas específicas, torna-se mais um passo para alcançar a verdadeira essência da ER.

A telereabilitação é vista enquanto uma opção de modernização da prestação de cuidados, tornando-se uma intervenção considerada segura, efetiva e viável pelos autores Raposo et al. (2021).

Em suma, todas as atividades desenvolvidas nas várias horas de contacto em Ensino Clínico, nas horas de trabalho autónomo e nas tarefas inerentes à implementação do Projeto de Intervenção proporcionaram o desenvolvimento das competências acima referidas, em complemento com as propostas formativas que englobam todo o plano de estudo do Mestrado em ER.

A realização e satisfação profissional constitui-se como um indicador da qualidade dos cuidados prestados pelo EEER, sendo que o mesmo se sente mais satisfeito quando exerce funções da especialidade em detrimento da prestação de cuidados gerais (Marques, Pimenta, & Nascimento, 2018). A identificação com todas as atividades desenvolvidas nas várias horas de contacto em Ensino Clínico, nas horas de trabalho autónomo e nas tarefas inerentes à implementação do Projeto de Intervenção, em complemento com as propostas formativas que englobam todo o plano de estudo do Mestrado em ER, proporcionaram não só o desenvolvimento das competências acima referidas assim como uma satisfação enorme aliada ao sentimento de bem-estar.

5.3 Competências de Mestre

Tento por base a legislação atual referente aos graus académicos e diplomas do ensino superior, nomeadamente na atribuição do Grau de Mestre ("Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de Agosto," 2018), o mesmo é conferido a quem: possuir conhecimentos e capacidade de compreensão, sustentados nos conhecimentos e competências adquiridos ao nível do 1º ciclo, bem como os conhecimentos que constituam a base de desenvolvimento em contexto de investigação; “aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo” (p.4162); tiver a capacidade para integrar novos conhecimentos, utilizando-os para superar situações complexas, desenvolvendo soluções ou emitindo juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais; for capaz de comunicar as suas conclusões, conhecimentos e raciocínios obtidos, de forma sucinta, tanto a não especialistas, como a especialistas; adquirir competências que permitam uma aprendizagem ao longo da vida.

As bases teóricas apreendidas não só na Licenciatura em Enfermagem, bem como na experiência profissional adquirida ao longo dos anos de trabalho, aliadas às competências comuns dos enfermeiros especialistas e das competências específicas da área de especialização, levaram à aquisição das competências de mestre necessárias para a obtenção do grau.

O Projeto de Intervenção contribuiu não só para o desenvolvimento da investigação na área de especialização, bem como na exposição das reflexões e conclusões resultantes da investigação realizada e a comunicação das mesmas de forma clara e sucinta.

A relação estabelecida com as equipas de profissionais dos locais de Ensino Clínico propiciou a aquisição da competência relativa à capacidade de transmitir conclusões, raciocínios e conhecimentos aos restantes elementos da equipa, demonstrando também desta forma a importância do papel que o EEER detém como membro da equipa multidisciplinar.

Todas as competências mencionadas acima foram adquiridas ao longo do Mestrado em ER, com um especial enfoque não só no momento da idealização, implementação e conclusão do Projeto de Intervenção, assim como no culminar da realização do Relatório de Estágio.

CONCLUSÃO

A realização do Relatório Final permitiu uma reflexão detalhada sobre todo o percurso efetuado no decorrer do Curso de Mestrado, na área de Especialidade em Enfermagem de Reabilitação. Os objetivos delineados na introdução, relativos à apresentação meticulosa do Projeto de Intervenção Profissional em ER, implementado em contexto de Estágio Final e dos seus resultados, assim como a análise reflexiva sobre o desenvolvimento de competências comuns de Enfermeiro Especialista, competências específicas do EEER e competências de mestre, foram alcançados.

Tendo em consideração as taxas de envelhecimento e de dependência nos últimos anos e as previsões de aumento das mesmas para os próximos, o crescimento do número de pessoas que necessita de cuidados informais na comunidade torna essencial o tema relativo ao CI e à sua capacitação. O CI emerge como uma garantia de prestação de cuidados informais, reduzindo o número de institucionalizações e de internamentos hospitalares, reduzindo os custos associados à saúde e a pressão nos serviços de saúde, como é exemplo o Serviço Nacional de Saúde e a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Para além de ser uma garantia na prestação de cuidados, o CI é um parceiro de cuidados e um membro indispensável na sociedade atual e nas equipas de saúde que acompanham a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação com compromisso do autocuidado, assim como o próprio CI.

Dada a sua importância, o CI necessita de apoio na forma correta de fornecer cuidados, garantindo assim a qualidade e a segurança dos cuidados informais e consequentemente o bem-estar e a qualidade de vida da pessoa cuidada. Idealmente o reconhecimento das necessidades de aprendizagem do CI deveria ser efetuado ainda em contexto hospitalar, de forma a garantir uma transição segura para o domicílio. Também se sabe que, devido a vários constrangimentos, como sendo o número inadequado de profissionais de saúde nas instituições de saúde e a pressão elevada para atribuição de altas, resulta numa preparação inadequada da alta hospitalar.

O exercício da prestação de cuidados pelo CI implica um aumento diário de responsabilidades, podendo existir a necessidade de aquisição de novas competências. O reconhecimento atempado das necessidades do CI tem por objetivo a formulação de um programa de capacitação do CI para a satisfação das necessidades da pessoa cuidada, mas também para a criação de estratégias de *coping* e de gestão emocional, essenciais quando se desempenha esta função. A capacitação do CI diminui algumas das consequências negativas associadas ao papel de cuidador, como é exemplo a sobrecarga.

O EEER tem um papel determinante na formulação de intervenções facilitadoras do processo de transição de papéis ou de funções, capacitando e empoderando o CI. A utilização de um modelo centrado na pessoa/ família, coloca o CI no centro de todos os cuidados, potenciando a sua participação, responsabilizando-o pelo seu percurso, alcançando melhores resultados e uma maior satisfação por parte deste.

O estabelecimento de um programa de intervenção de ER, baseado numa avaliação da díade, identificando as principais necessidades de aprendizagem, formulando um plano de cuidados personalizado, aplicando o mesmo e por fim avaliando os ganhos em saúde sensíveis à intervenção do EEER, demonstrou ser efetivo e de especial relevância para o CI.

A definição de objetivos alcançáveis, a nível do plano de cuidados e a consciencialização do CI dos ganhos a obter também são uma parte essencial do programa desenhado pelo EEER.

O tipo de estudo selecionado é utilizado frequentemente na área da Enfermagem, contribuindo para investigação e avanços nos conhecimentos nesta área, contribuindo para uma melhoria da prática profissional. Porém, tal como todos os tipos de estudos, no estudo de casos múltiplos, tendo uma amostra reduzida como aquela que se apresenta no presente relatório, impossibilita a generalização dos casos obtidos, o que exige uma análise detalhada de cada um dos casos apresentados.

A aquisição de ganhos em conhecimento, na sobrecarga do CI de pessoas com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação com compromisso do autocuidado e na satisfação deste, demonstradas pela efetividade das intervenções do EEER, resultado do programa de intervenção implementado pelo EEER, faz crescer o interesse pelo tema, dando o mote para futuras investigações na área.

A utilização da metodologia reflexiva na análise reflexiva de competências validou a aquisição das competências comuns do Enfermeiro Especialista, competências específicas do EEER e competências de Mestre em Enfermagem, que possibilitarão a obtenção do título.

A busca incessante por novos conhecimentos na área da ER começou com a integração no Curso de Mestrado e será uma constante durante todo o percurso profissional.

O compromisso para um papel ativo e dinamizador, procurando sempre a melhoria contínua da prática profissional fica aqui inscrito para que não mais seja esquecido.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, W., Tolson, D., Jackson, G. A., Staines, H., & Costa, N. (2019). The relationship between frailty, functional dependence, and healthcare needs among community-dwelling people with moderate to severe dementia. *Health Soc Care Community*, 27(3), 642-653. doi:10.1111/hsc.12678
- Afonso, R., Tomás, T., Brandão, D., & Ribeiro, Ó. (2019). Cuidadores de idosos centenários na região da Beira Interior (Portugal). *Análise Psicológica*, 37(2), 147-160. doi:10.14417/ap.1482
- Almeida Ventura-Silva, J. M., Ferreira Pereira da Silva Martins, M. M., Lima Trindade, L., Pimenta Lopes Ribeiro, O. M., Barbosa Ribeiro, M. I., & Passos Teixeira Cardoso, M. F. (2021). O Processo De Trabalho Dos Enfermeiros Especialistas Em Enfermagem De Reabilitação Numa Ótica Marxista. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 4(2), 72-80. doi:10.33194/rper.2021.73
- Andrade, L., Costa, M., Caetano, J., Soares, E., & Beserra, E. (2009). A problemática do cuidador familiar do portador de acidente vascular cerebral. *REV ESC ENFERM USP*, 43(1), 37-43. doi:10.1590/S0080-62342009000100005
- Attkisson, C. C. (2017). CSQ-8 Questionário de Satisfação do Cliente (TMS.422).
- Attkisson, C. C., & Greenfield, T. K. (1994). Client Satisfaction Questionnaire-8 and Service Satisfaction Scale-30. In *The use of psychological testing for treatment planning and outcome assessment*. (pp. 402-420). Hillsdale, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Baixinho, C. L., Presado, H., Ferreira, O., & Costa, A. P. (2019). Qualitative research and knowledge transfer - from project to decision-making? *Rev Bras Enferm*, 72(1), 1-2. doi:10.1590/0034-7167.20197201
- Berwig, M., Heinrich, S., Spahlholz, J., Hallensleben, N., Brähler, E., & Gertz, H.-J. (2017). Individualized support for informal caregivers of people with dementia – effectiveness of the German adaptation of REACH II. *BMC Geriatrics*, 17(1), 286. doi:10.1186/s12877-017-0678-y
- Bicalho, C., Lacerda, M., & Catafesta, F. (2008). Refletindo sobre quem é o cuidador familiar. *Cogitare Enfermagem*, 13(1). doi:10.5380/ce.v13i1.11972

- Blessed, G., Tomlinson, B., & Roth, M. (1988). Blessed-Roth Dementia Scale (DS). *Psychopharmacol Bull*, 24(4), 705-708.
- Branco, J. C., Rodrigues, A. M., Gouveia, N., Eusebio, M., Ramiro, S., Machado, P. M., . . . EpiReumaPt study, g. (2016). Prevalence of rheumatic and musculoskeletal diseases and their impact on health-related quality of life, physical function and mental health in Portugal: results from EpiReumaPt- a national health survey. *RMD Open*, 2(1), e000166. doi:10.1136/rmdopen-2015-000166
- Branco, P. (2017). Equipa de Reabilitação. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 25-34). Loures: Lusodidacta.
- Calvó-Perxas, L., Vilalta-Franch, J., Litwin, H., Turró-Garriga, O., Mira, P., & Garre-Olmo, J. (2018). What seems to matter in public policy and the health of informal caregivers? A cross-sectional study in 12 European countries. *PLOS ONE*, 13(3), 1-12. doi:10.1371/journal.pone.0194232
- Cantillo, M., Lleopart, T., & Ezquerro, S. (2018). Informal care in times of crisis. Analysis from the nursing perspective *Enfermería Global*(50), 539-541.
- Cardenas-Becerril, L., Jimenez-Gomez, M. A., Bardallo-Porras, M. D., Lopez-Ortega, J., Monroy-Rojas, A., & Araujo-Puschel, V. A. (2020). Presence of the Reflective and Critical Thinking Capacity in Nursing Curricula in Iberian America. *Invest Educ Enferm*, 38(3). doi:10.17533/udea.iee.v38n3e14
- CARE Case Report Guidelines. (2013). CARE Checklist Retrieved from <https://www.care-statement.org/checklist>
- Casteli, C. P. M., Mbemba, G. I. C., Dumont, S., Dallaire, C., Juneau, L., Martin, E., . . . Gagnon, M. P. (2020). Indicators of home-based hospitalization model and strategies for its implementation: a systematic review of reviews. *Syst Rev*, 9(1), 172. doi:10.1186/s13643-020-01423-5
- Cloyes, K. G., Hart, S. E., Jones, A. K., & Ellington, L. (2020). Where are the family caregivers? Finding family caregiver-related content in foundational nursing documents. *J Prof Nurs*, 36(1), 76-84. doi:10.1016/j.profnurs.2019.06.004
- Cordeiro, R., Reis do Arco, H., & Carvalho, J. (2021). Trabalho Interdisciplinar no Cuidado à Pessoa Idosa, Família e/ou Cuidador Informal. In *Competências em enfermagem, Gerontogeriatrica: Uma exigência para a Qualidade do Cuidado. Série Monográfica*

Educação e Investigação em Saúde (pp. 133-140). Coimbra, Portugal: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA:E)/ Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnC).

Corry, M., While, A., Neenan, K., & Smith, V. (2015). A systematic review of systematic reviews on interventions for caregivers of people with chronic conditions. *J Adv Nurs*, 71(4), 718-734. doi:10.1111/jan.12523

Coutinho, C. (2014). Metodologias Mistas. In C. Coutinho (Ed.), *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática* (pp. 355-389). Coimbra: Edições Almedina.

Da Silva Pereira, A. I. R., Martins, M. M., Ribeiro da Silva Pereira, R. S., Pereira Gomes, B., Santos, J., & Matos Cunha, P. A. (2020). As cidades de hoje: desafios aos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação para a inclusão. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(2), 5-10. doi:10.33194/rper.2020.v3.n2.1.5766

Da Silva Pereira, R. S., Martins, M. M., Gomes, B., Laredo Aguilera, J. A., & Santos, J. (2018). A intervenção do enfermeiro de reabilitação na promoção da acessibilidade. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 1(2), 66-72. doi:10.33194/rper.2018.v1.n2.02.4538

Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de Agosto, 157 C.F.R. § Diário da República : I Série (2018).

Decreto Regulamentar n.º 1/2022 de 10 de janeiro: Estabelece os termos e as condições do reconhecimento do estatuto de cuidador informal bem como as medidas de apoio aos cuidadores informais e às pessoas cuidadas, nº6/2022 C.F.R. § Diário da República : I Série (2022).

Despacho n.º 3571/2013 de 6 de março, 46 C.F.R. § Diário da República : II Série (2013).

Dias, M. J. (2021). Queda: A Magnitude de um Problema de Saúde Pública. In C. Marques-Vieira, L. Sousa, & C. Baixinho (Eds.), *Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Doença Aguda* (1ª ed., pp. 585-591). Sintra: Sabooks Lusodidacta.

Direção Geral da Saúde. (2018). Norma nº 020/2018 de 20/12/2018 - Hospitalização Domiciliária em idade adulta.

Direção Geral de Saúde. (2011). Norma nº 017/2011 de 19/05/2011 - Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q).

- Direção Geral de Saúde. (2019). Norma nº 008/2019 de 09/12/2019 - Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares
- Dixe, M., Soares, E., Martinho, R., Rijo, R., Caroço, J., Gomes, N., & Querido, A. (2020). *Modelo de capacitação do cuidador informal para cuidar da pessoa com dependência*: Center for Innovative Care and Health Technology (ciTechCare). Instituto Politécnico de Leiria.
- Dixe, M., Teixeira, L., Areosa, T., Frontini, R., Peralta, T., & Querido, A. (2019). Needs and skills of informal caregivers to care for a dependent person: a cross-sectional study. *BMC Geriatr*, 19(1), 255. doi:10.1186/s12877-019-1274-0
- Eastwood, M., Lautenschlaeger, E., & Corbin, S. (1983). A comparison of clinical methods for assessing dementia. *J Am Geriatr Soc*, 31(6), 342-347. doi:10.1111/j.1532-5415.1983.tb05744.x
- Fernandes, J., & Vareta, D. (2019). *Enfermagem Avançada*. Lisboa, Portugal: Papa-letras.
- Fernandes, J. B., Sá, M. C. L., & Nabais, A. S. C. (2020). Intervenções do Enfermeiro de Reabilitação que previnem a ocorrência de quedas na pessoa idosa: Revisão Scoping. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(1), 57-63.
- Ferreira, B., Diz, A., Silva, P., Sousa, L., Pinho, L., Fonseca, C., & Lopes, M. (2022). Bibliometric Analysis of the Informal Caregiver's Scientific Production. *J Pers Med*, 12(1), 61. doi:10.3390/jpm12010061
- Ferreira, B., Gomes, T., Baixinho, C., & Ferreira, O. (2021). Transição Segura do Hospital para a Comunidade da Pessoa e Família com Doença Aguda. In C. Marques-Vieira, L. Sousa, & C. Baixinho (Eds.), *Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Doença Aguda* (pp. 963-975). Sintra: Sabooks Lusodidacta.
- Ferreira, R. M. F., Cubo Delgado, S., & Carioca, V. J. d. J. (2017). Motivaciones, necesidades e importancia atribuida a la formación continua en el desarrollo de habilidades profesionales del profesorado en la enseñanza de enfermería. *Enseñanza & Teaching: Revista Interuniversitaria de Didáctica*, 35(2). doi:10.14201/et20173527796
- Fonseca, C. (2013). *Modelo de autocuidado para pessoas com 65 e mais anos de idade, necessidades de cuidados de enfermagem*. (Tese de Doutoramento), Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa.
- Fonseca, C., Lopes, M., Mendes, D., Parreira, P., Mónico, L., & Marques, C. (2019). Psychometric Properties of the Elderly Nursing Core Set. In *Gerontechnology* (pp. 143-153).

- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação* Loures, Portugal Lusodidacta.
- Gomes, J., Soares, C. M., & Bule, M. J. (2019). Enfermagem de Reabilitação na prevenção de quedas em idosos no domicílio. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 2(1), 11-17.
- Guerrero, L. R., Richter Lagha, R., Shim, A., Gans, D., Schickedanz, H., Shiner, L., & Tan, Z. (2020). Geriatric Workforce Development for the Underserved: Using RCQI Methodology to Evaluate the Training of IHSS Caregivers. *Journal of Applied Gerontology*, 39(7), 770-777. doi:10.1177/0733464818780635
- Håkansson Eklund, J., Holmström, I. K., Kumlin, T., Kaminsky, E., Skoglund, K., Högländer, J., . . . Summer Meranius, M. (2019). "Same same or different?" A review of reviews of person-centered and patient-centered care. *Patient Educ Couns*, 102(1), 3-11. doi:10.1016/j.pec.2018.08.029
- Healthcare Global. (2020). Top 10 Patient-Centered Care Guiding Principles. Retrieved from <https://healthcareglobal.com/hospitals/top-10-patient-centered-care-guiding-principles>
- Instituto Nacional de Estatística. (2021a). *Estatísticas da Saúde - 2019*. Retrieved from https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=257483090&PUBLICACOESmodo=2
- Instituto Nacional de Estatística. (2021b). *Estatísticas Demográficas: 2020*. Retrieved from <https://www.ine.pt/xurl/pub/442993507>
- Instituto Nacional de Estatística. (2021c). *Tábuas de Mortalidade em Portugal 2018-2020*. Retrieved from https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=473165032&DESTAQUESmodo=2
- Instituto Nacional de Estatística. (2022). Censos 2021: Resultados Provisórios. Retrieved from https://www.ine.pt/scripts/db_censos_2021.html
- International Council of Nurses. (2019). ICNP Browser. Retrieved from <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>

- Jayadevappa, R., & Chhatre, S. (2011). Patient Centered Care - A Conceptual Model and Review of the State of the Art. *The Open Health Services and Policy Journal*, 4(1), 15-25. doi:10.2174/1874924001104010015
- José, H., & Sousa, L. (2021). Questões Epistemológicas em Enfermagem para a Concepção e Integração dos Cuidados. In C. Marques-Vieira, L. Sousa, & C. Baixinho (Eds.), *Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Doença Aguda* (1ª ed., pp. 3-12). Sintra: Sabooks Lusodidacta.
- Kokorelias, K. M., Gignac, M. A. M., Naglie, G., & Cameron, J. I. (2019). Towards a universal model of family centered care: a scoping review. *BMC Health Serv Res*, 19(1), 564. doi:10.1186/s12913-019-4394-5
- Kristof, L., Fortinsky, R. H., Kellett, K., Porter, M., & Robison, J. (2017). Experiences of Informal Caregivers of Older Adults Transitioned From Nursing Homes to the Community Through the Money Follows the Person Demonstration. *J Aging Soc Policy*, 29(1), 20-34. doi:10.1080/08959420.2016.1187034
- Kuluski, K., Reid, R. J., & Baker, G. R. (2021). Applying the principles of adaptive leadership to person-centred care for people with complex care needs: Considerations for care providers, patients, caregivers and organizations. *Health Expect*, 24(2), 175-181. doi:10.1111/hex.13174
- Lacerda, M. A. d., Silva, L. D. L. T., Oliveira, F. D., & Coelho, K. R. (2021). O Cuidado com o Idoso Fragilizado e a Estratégia Saúde da Família: Perspectivas do Cuidador Informal Familiar. *Revista Baiana de Enfermagem*35, . doi:10.18471/rbe.v35.43127
- Laks, J., Batista, E., Rocha, E., Guilherme, L., Contino, A., Faria, M., . . . Engelhardt, E. (2003). O Mini Exame do Estado Mental em idosos de uma comunidade: Dados parciais de Santo Antônio de Pádua, Rio de Janeiro. *Arq Neuropsiquiatr*, 61(3B), 782-785. doi: <https://doi.org/10.1590/S0004-282X2003000500015>
- Lei n.º 13/2003 de 21 de maio. Revoga o rendimento mínimo garantido previsto na Lei n.º 19-A/96, de 29 de Junho, e cria o rendimento social de inserção, n.º 117/2003 C.F.R. § Diário da República : I Série A (2003).
- Lei n.º 95/2019 de 4 de setembro. Aprova a Lei de Bases da Saúde e revoga a Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, e o Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de agosto, n.º 169/2019 C.F.R. § Diário da República : I Série (2019).

- Lei n.º 100/2019 de 6 de setembro. Aprova o Estatuto do Cuidador Informal, altera o Código dos Regimes Contributivos do Sistema Previdencial de Segurança Social e a Lei n.º 13/2003, de 21 de maio, nº 171/2019 C.F.R. § Diário da República : I Série (2019).
- Lei nº 7/2009 de 12 de fevereiro. Aprova a revisão do Código do Trabalho, nº30/2009 C.F.R. § Diário da República : I Série (2009).
- Lobiondo-Wood, G., & Haber, J. (2018). *Nursing Research. Methods and Critical Appraisal for Evidence-Based Practice* St. Louis, Missouri: Elsevier.
- Lopes, M., Advinha, A., Afonso, A., Frias, A., Fonseca, C., Cruz, D., . . . Ferrinho, R. (2021). *Relatório: Estudo de Intervenção Complexa. As Respostas Sociais no Percorso de Cuidados à Pessoa com Dependência* (Universidade de Évora, Comprehensive Health Research Centre, & Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade Eds.). Évora.
- Lopes, M., & Fonseca, C. (2012). ELDERLY CORE SET: Short Form. Manual e Instrumento.
- Lopes, M., Fonseca, C., Pinho, L., & Sousa, L. (2020). *Diagnóstico dos Cuidadores Informais*. (Documento de Trabalho Não Publicado). Évora: Universidade de Évora.
- Lopes, M. J., & Fonseca, C. (2013). Processo de construção do elderly nursing core set. *Journal of Aging Innovation*, 2(1), 121-131.
- Marques, A., Pimentel, G., & Ferreira, R. (2021). A Vertente Crónica nas Doenças Reumáticas e Músculo-Esqueléticas. In C. Marques-Vieira, L. Sousa, & C. Baixinho (Eds.), *Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Doença Aguda* (pp. 671-686). Sintra: Sabooks Lusodidacta.
- Marques, E., & Corte, A. (2021). Transição para o Papel de Cuidador Familiar. In C. Marques-Vieira, L. Sousa, & C. Baixinho (Eds.), *Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Doença Aguda* (pp. 987-998). Sintra: Sabooks Lusodidacta.
- Marques, R., Pimenta, R., & Nascimento, A. (2018). Satisfação profissional: um estudo com enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 1(1), 55–60.
- Martins, A., Hansel, C., & Silva, J. (2016). Behavioral changes of elderly with Alzheimer's Disease and the burden of care for the caregiver. *Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem*, 20(2). doi:10.5935/1414-8145.20160048

- Martins, C., Corte, A., & Marques, E. (2014). As dificuldades do cuidador informal na prestação de cuidados ao idoso. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1, 177-184. doi:10.17060/ijodaep/2014.n2.v1.021
- Martins, M., Faria, A., & Ribeiro, O. (2021). Gestão no Cuidado Gerontogeriatrica. In *Competências em enfermagem, Gerontogeriatrica: Uma exigência para a Qualidade do Cuidado. Série Monográfica Educação e Investigação em Saúde* (pp. 199-2015). Coimbra, Portugal: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA:E)/ Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnFC). .
- Martins, M. M., Ribeiro, O., & Silva, J. V. D. (2018). O Contributo dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação para a Qualidade dos Cuidados. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 1, 22-29. doi:https://doi.org/10.33194/rper.2018.v1.n1.04.4386
- Martins, M. M., Ribeiro, O., & Ventura, J. (2018). Orientações concetuais dos enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação em hospitais portugueses. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 1(2), 42-48. doi:10.33194/rper.2018.v1.n2.02.4409
- Martins, R., Almeida, F., Batista, S., & Carvalho, N. (2021). *Knowing to Empower: Study of the Difficulties of the Informal Caregiver*. Paper presented at the International Conference on Education and New Developments.
- Martins, R., & Mesquita, M. (2016). Fraturas da Extremidade Superior do Fémur em Idosos. *Revista Millenium*, 50, 239-252.
- Martins, R., & Santos, C. (2020). Capacitação do cuidador informal: O papel dos enfermeiros no processo de gestão da doença. *Gestão Desenvol*(28), 117-137.
- Martins, T., & Araújo, M. (2016). Avaliação dos Cuidadores: Considerações e orientações para a prática. In T. Martins, M. Araújo, M. Peixoto, & P. Machado (Eds.), *A Pessoa Dependente & O Familiar Cuidador* (pp. 113-130). Porto, Portugal: Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Mateus, M., & Fernandes, S. (2019). Resiliência em cuidadores informais familiares de idosos dependentes. *Eduser - Revista de Educação*, 11(1), 76-92. doi:10.34620/eduser.v11i1.118

- Mei, Y., Wilson, S., Lin, B., Li, Y., & Zhang, Z. (2018). Benefit finding for Chinese family caregivers of community-dwelling stroke survivors: A cross-sectional study. *J Clin Nurs*, 27(7-8), e1419-e1428. doi:10.1111/jocn.14249
- Meleis, A. (2005). *Theoretical Nursing: Development & Progress* (3ª ed.). London: Lippincott.
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice* (1ª ed.). Nova Iorque, Estados Unidos da América: Springer Publishing Company, LLC.
- Melo, R., Rua, M., & Santos, C. (2014). Necessidades do cuidador familiar no cuidado à pessoa dependente: uma revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, IV Série(Nº 2), 143-151. doi:10.12707/RIV14003
- Menoita, E., Sousa, L., Pão-Alvo, I., & Marques-Vieira, C. (2012). *Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente* (2ª ed.). Loures, Portugal: Lusociência.
- Millenson, M. L., Shapiro, E., Greenhouse, P. K., & DiGioia, A. M., III. (2016). Patient- and Family-Centered Care: A Systematic Approach to Better Ethics and Care. *AMA J Ethics*, 18(1), 49-55. doi:10.1001/journalofethics.2016.18.1.stas1-1601
- Ministério da Saúde/ Ministério do Trabalho Solidariedade e Segurança Social. (2016). *Plano de desenvolvimento da RNCCI 2016-2019*. Lisboa: Ministério da Saúde/Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social.
- Moreira, M. J. (2020). *Como envelhecem os portugueses*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Moreno-Camara, S., Palomino-Moral, P. A., Moral-Fernandez, L., Frias-Osuna, A., Parra-Anguita, L., & Del-Pino-Casado, R. (2019). Perceived Needs of The Family Caregivers of People with Dementia in a Mediterranean Setting: A Qualitative Study. *Int J Environ Res Public Health*, 16(6). doi:10.3390/ijerph16060993
- Morgado, J., Rocha, C., Maruta, C., Guerreiro, M., & Martins, I. (2009). Novos valores Normativos do mini-mental state examination. *Sinapse*, 9, 10-16.
- Movimento Cuidar dos Cuidadores Informais. (2021). O que é ser Cuidador Informal em Portugal? . Retrieved from <https://movimentocuidadoresinformais.pt/>

- Najafizada, M., Rahman, A., & Oxford, K. (2021). Analyzing models of patient-centered care in Canada through a scoping review and environmental scan. *Z Gesundh Wiss*, 1-13. doi:10.1007/s10389-021-01528-8
- Niknejad, N., Ismail, W., Bahari, M., & Nazari, B. (2021). Understanding Telerehabilitation Technology to Evaluate Stakeholders' Adoption of Telerehabilitation Services: A Systematic Literature Review and Directions for Further Research. *Arch Phys Med Rehabil*, 102(7), 1390-1403. doi:10.1016/j.apmr.2020.12.014
- Novais, T., Dauphinot, V., Krolak-Salmon, P., & Mouchoux, C. (2017). How to explore the needs of informal caregivers of individuals with cognitive impairment in Alzheimer's disease or related diseases? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *BMC Geriatr*, 17(1), 86. doi:10.1186/s12877-017-0481-9
- Nunes, L. (2020). *Aspetos éticos na investigação em enfermagem* (E. IPS, Departamento de Enfermagem Ed.).
- Nunes, L., Inês, R., & Constantino, M. (2019). *Aprendizagens complexas: sintonias e interações da epistemologia, ética, direito e deontologia em Enfermagem*. Paper presented at the 6º Congresso Nacional de Práticas Pedagógicas no Ensino Superior, Instituto Politécnico de Santarém. Comunicação Oral retrieved from
- OECD/ European Observatory on Health Systems Policies. (2019). *Portugal: Perfil de Saúde do País 2019* (O. Publishing Ed.). Bruxelas: Paris/ European Observatory on Health Systems and Policies.
- Oliveira, J., Ferreira, A., Fonseca, A., & Paes, G. (2016). Desafios de cuidadores familiares de idosos com doença de Alzheimer inseridos em um grupo de apoio. *Rev. Enferm. UFPE*, 10, 539–544.
- Ordem dos Enfermeiros. (2002). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - Enquadramento Conceptual, Enunciados Descritivos*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Parecer nº 12/2011 – Parecer sobre Atividades de Vida Diária.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015a). *Deontologia Profissional de Enfermagem*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015b). *Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. Porto: Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, Ordem dos Enfermeiros.

- Ordem dos Enfermeiros. (2016). *Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Porto: Ordem dos Enfermeiros,.
- Orem, D. (2001). *Nursing: concepts of practice* (6ª ed.). St. Louis: Mosby.
- Orem, D. (2005). Part One: Dorothea E. Orem's Self-Care Deficit Nursing Theory. In M. Parker (Ed.), *Nursing Theories and Nursing Practice* (2ª ed., pp. 141-159). Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Park, M., Giap, T.-T.-T., Lee, M., Jeong, H., Jeong, M., & Go, Y. (2018). Patient- and family-centered care interventions for improving the quality of health care: A review of systematic reviews. *International Journal of Nursing Studies*, 87, 69-83. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.07.006>
- Parmar, J., Anderson, S., Duggleby, W., Holroyd-Leduc, J., Pollard, C., & Brémault-Phillips, S. (2021). Developing person-centred care competencies for the healthcare workforce to support family caregivers: Caregiver centred care. *Health Soc Care Community*, 29(5), 1327-1338. doi:10.1111/hsc.13173
- Peixoto, N., & Peixoto, T. (2016). Reflective practice among nursing students in clinical teaching. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série*(11), 121-132. doi:10.12707/riv16030
- Petronilho, F., & Machado, M. (2017). Teorias de Enfermagem e Autocuidado: Contributos para a Construção do Cuidado de Reabilitação. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 3-14). Loures: Lusodidacta.
- Petronilho, F., Pinheiro, E., & Machado, M. (2021). Transições, Promoção de Independência/Autonomia no Autocuidado e do Papel do Cuidador Familiar. In C. Marques-Vieira, L. Sousa, & C. Baixinho (Eds.), *Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Doença Aguda* (pp. 101-121). Sintra: Sabooks Lusodidacta.
- 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*, 19(7), e7564. doi:10.2196/jmir.7564

- Plöthner, M., Schmidt, K., de Jong, L., Zeidler, J., & Damm, K. (2019). Needs and preferences of informal caregivers regarding outpatient care for the elderly: a systematic literature review. *BMC Geriatr*, 19(1), 82. doi:10.1186/s12877-019-1068-4
- Pocinho, M., Farate, C., & Dias, C. (2010). Validação Psicométrica da Escala UCLA-Loneliness para Idosos Portugueses. *Interações: sociedade e novas modernidades*, 18, 65-77.
- Poss, J., Sinn, C.-L., 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*, 12(3), 80-93. doi:10.12927/hcpol.2017.25025
- Queirós, P., Vidinha, T., & Almeida Filho, A. (2014). Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, IV, 157-164.
- Raposo, P., Sousa, L. M. M., Marques, M. C., Ganito, C. S. D., Nascimento, V. R. D., & Bule, M. J. (2021). Telerehabilitation in time of pandemic COVID 19: Integrative Literature Review. *Journal of Aging & Innovation*, 10(3), 19-40.
- Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, 26 C.F.R. § Diário da República : II Série (2019).
- Regulamento nº 350/2015 de 22 de junho - Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação, 119 C.F.R. § Diário da República : II Série (2015).
- Regulamento nº 392/2019 de 3 de maio - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, 85 C.F.R. § Diário da República : II Série (2019).
- Reis, G., & Bule, M. J. (2017). Capacitação e Atividade de Vida. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 7-66). Loures: Lusodidacta.
- Ribeiro, O., Martins, M., Tronchin, D., & Forte, E. (2018). O olhar dos enfermeiros portugueses sobre os conceitos metaparadigmáticos de enfermagem. *Texto Contexto Enferm*, 27(2), 1-9.

- Ribeiro, O., Pinto, C., & Regadas, S. (2014). A pessoa dependente no autocuidado: implicações para a Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série*(Nº 1), 25-36. doi:10.12707/riii12162
- Riffin, C., Van Ness, P. H., Wolff, J. L., & Fried, T. (2017). Family and Other Unpaid Caregivers and Older Adults with and without Dementia and Disability. *J Am Geriatr Soc, 65*(8), 1821-1828. doi:10.1111/jgs.14910
- Rosendo, I., & Santiago, L. M. (2017). Validação de três folhetos informativos sobre diabetes, sua terapêutica e exercício físico. *Rev Port Med Geral Fam, 33*, 244-250.
- Rotondi, A. J., Sinkule, J., Balzer, K., Harris, J., & Moldovan, R. (2007). A qualitative needs assessment of persons who have experienced traumatic brain injury and their primary family caregivers. *J Head Trauma Rehabil, 22*(1), 14-25. doi:10.1097/00001199-200701000-00002
- Sandoval, F., Tamiya, N., Lloyd-Sherlock, P., & Noguchi, H. (2019). The relationship between perceived social support and depressive symptoms in informal caregivers of community-dwelling older persons in Chile. *Psychogeriatrics, 19*(6), 547-556. doi:10.1111/psyg.12438
- Santos, L. (2017). O processo de reabilitação In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 15-24). Loures: Lusodidacta.
- Schoeller, S., Martins, M., Ribeiro, I., Lima, D., Padilha, M., & Bárbara, G. (2018). Breve Panorama Mundial da Enfermagem de Reabilitação. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação, 1*(6), 6-12.
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Sequeira, C. (2010). Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. *Revista de Enfermagem Referência, 2*(12), 9-16.
- Sequeira, C. (2018). *Cuidar de Idosos com dependência Física e Mental (2ª edição)*. Lisboa, Portugal: Lidel.
- Shi, J., Huang, A., Jia, Y., & Yang, X. (2020). Perceived stress and social support influence anxiety symptoms of Chinese family caregivers of community-dwelling older adults: a cross-sectional study. *Psychogeriatrics, 20*(4), 377-384. doi:10.1111/psyg.12510

- Silva, C., Oliveira, F., Ribeiro, M., Prazeres, V., & Ribeiro, O. (2019). Novos desafios para velhos problemas: o enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção da acessibilidade. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 2(2), 20-26. doi:10.33194/rper.2019.v1.n2.02.4561
- Silva, L., & Mercês, N. (2018). Multiple case study applied in nursing research: a case report. *Rev Bras Enferm*, 71(3), 1194-1197. doi:10.1590/0034-7167-2017-0066
- Simões, J. F., Alarcão, I., & Costa, N. (2008). Supervisão em Ensino Clínico de Enfermagem: a perspectiva dos Enfermeiros Cooperantes. *Revista Referência*, 6(II), 91-108.
- Sousa, L., Baixinho, C., Diniz, A., & Marques, M. (2021). Segurança, Qualidade e Gestão do Risco no Cuidado Gerontogeriatrico. In *Competências em enfermagem, Gerontogeriatrica: Uma exigência para a Qualidade do Cuidado. Série Monográfica Educação e Investigação em Saúde* (pp. 115-132). Coimbra, Portugal: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA:E)/ Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENFC).
- Sousa, L., Gemitto, L., Ferreira, R., Pinho, L., Fonseca, C., & Lopes, M. (2022). Programs Addressed to Family Caregivers/Informal Caregivers Needs: Systematic Review Protocol. *J Pers Med*, 12(2), 145.
- Sousa, L., Marques-Vieira, C., & Branco, P. (2017). Prevenir a Queda: Um Indicador da Qualidade dos Cuidados. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 559-570). Loures: Lusodidacta.
- 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. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 113-122). Loures: Lusodidacta.
- Sousa, L., Martins, M., & Novo, A. (2020). A Enfermagem de Reabilitação no empoderamento e capacitação da pessoa em processos de transição saúde-doença. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(1), 63-68. doi:10.33194/rper.2020.v3.n1.8.5763
- Sousa, L., Novo, A., Ferreira, R., & Marques-Vieira, C. (2021). Avaliar para gerir a doença aguda: propriedades clinicométricas dos instrumentos e avaliação económica em enfermagem. In C. Marques-Vieira, L. Sousa, & C. Baixinho (Eds.), *Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Doença Aguda* (1ª ed., pp. 31-40). Sintra: Sabooks Lusodidacta,.

- Sousa, S., Ferreira, D., Gonçalves, L., Polaro, S., & Fernandes, D. (2021). Sobrecarga do cuidador familiar da pessoa idosa com Alzheimer. *Enfermagem Brasil*, 19(3), 246-252. doi:10.33233/eb.v19i3.3081
- Souza, I. C.-P., Silva, A. G., Quirino, A. C. d. S., Neves, M. S., & Moreira, L. R. (2014). Perfil de Pacientes Dependentes Hospitalizados e Cuidadores Familiares: Conhecimento e preparo para as práticas do cuidado domiciliar. *Rev Min Enferm*, 18(1), 164-172.
- Starfield, B. (2011). Is patient-centered care the same as person-focused care? *Perm J*, 15(2), 63-69. doi:10.7812/tpp/10-148
- Stern, Y., Mayeux, R., Sano, M., Hauser, W., & Bush, T. (1987). Predictors of disease course in patients with probable Alzheimer's disease. *Neurology*, 37(10), 1649-1653. doi:10.1212/wnl.37.10.1649
- Sustersic, M., Gauchet, A., Foote, A., & Bosson, J. L. (2017). How best to use and evaluate Patient Information Leaflets given during a consultation: a systematic review of literature reviews. *Health Expect*, 20(4), 531-542. doi:10.1111/hex.12487
- The CARE Guidelines: Consensus-based Clinical Case Reporting Guideline Development. (2019). CARE Flow Diagram Retrieved from <https://www.equator-network.org/reporting-guidelines/care/>
- The MetLife Mature Market Institute. (2011). *The MetLife Study of Caregiving Costs to Caregivers*. New York: Metropolitan Life Insurance Company.
- Van Groenou, M., & De Boer, A. (2016). Providing informal care in a changing society. *European Journal of Ageing*, 13(3), 271-279. doi:10.1007/s10433-016-0370-7
- Vaz, S., Loureiro, A., Félix, A., & Novo, A. (2021). Contributos Da Telerreabilitação Respiratória Para a Prática Clínica Em Pandemia. Uma Reflexão. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 4(2), 81-87. doi:10.33194/rper.2021.180
- Vigia, C., Ferreira, C., & Sousa, L. (2017). Treino de Atividades de Vida Diária. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 351-364). Loures: Lusodidacta.
- Vivas Pina, B. M., & Lavareda Baixinho, C. (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*, 3(1), 42-47. doi:10.33194/rper.2020.v3.n1.5.5758

Willemse, E., Anthierens, S., Farfan-Portet, M. I., 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 Serv Res*, *16*(1), 270. doi:10.1186/s12913-016-1487-2

World Health Organization. (2015). *World report on ageing and health*. Geneva: World Health Organization.

Yin, R. (2018). *Case Study Research and Applications. Design and Methods*. Londres, Reino Unido: Sage Publications, Inc.

Zwingmann, I., Hoffmann, W., Michalowsky, B., Dreier-Wolfgramm, A., Hertel, J., Wucherer, D., . . . Thyrian, J. R. (2018). Supporting family dementia caregivers: testing the efficacy of dementia care management on multifaceted caregivers' burden. *Aging Ment Health*, *22*(7), 889-896. doi:10.1080/13607863.2017.1399341

APÊNDICES

APÊNDICE I - Consentimento Informado

Mestrado em Enfermagem em Associação



CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO, PARA PARTICIPAR EM INVESTIGAÇÃO

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: Capacitação do cuidador informal da pessoa em processo de reabilitação com compromisso do autocuidado

Enquadramento: Mestrado em Associação de Escolas Superiores de Enfermagem e de Saúde com especialização em Enfermagem de Reabilitação – Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Castelo Branco, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre e Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

Orientador: Professor Doutor Luís Sousa.

Objetivo Geral do Estudo: Avaliar a efetividade das intervenções do EEER na capacitação do cuidador informal de pessoas com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação com compromisso do autocuidado em contexto de internamento na Unidade de Hospitalização Domiciliária.

Confidencialidade e anonimato: Os dados adquiridos neste estudo são 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 ou consequência nos seus direitos assistenciais.

Agradecemos a sua disponibilidade para a participação neste estudo, contribuindo para o desenvolvimento da área científica.

Orientador: Professor Doutor Luís Sousa

Investigadora: Enf. Joana Xavier Fialho

Contacto: [REDACTED]

Contato: [REDACTED]

Assinatura

Data

___/___/___

Declaro ter lido e compreendido este documento, assim como, as informações verbais que me foram transmitidas pela pessoa acima (assinar), assim como a oportunidade de colocar todas as dúvidas e questões relacionadas com este estudo. Garantiram-me a possibilidade de, em qualquer momento, abandonar a participação neste estudo e permito a utilização dos dados voluntariamente concedo, 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

___/___/___

(Este documento é composto de 2 páginas e realizado em duplicado, sendo um exemplar para o investigador e o outro exemplar para a pessoa que consente ou seu representante)

**APÊNDICE II - Formulário de Identificação, caracterização sociodemográfica e
condição sociodemográfica e condição de saúde doença**

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



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

Adaptado de Fonseca (2013)

Data da Avaliação: ____/____/2021

Indique com um X:

Pessoa Cuidada	<input type="checkbox"/>
Código	<input type="text"/>

Cuidador Informal	<input type="checkbox"/>
Código	<input type="text"/>

Zona de residência:	<input type="text"/>
Idade:	<input type="text"/>
Género:	<input type="text"/>
Estado Civil:	<ul style="list-style-type: none"> • Solteiro • Casado/união de facto • Viúvo • Divorciado/Separado
Nível de Escolaridade:	<ul style="list-style-type: none"> • Não sabe ler nem escrever • Não frequentou a escola, mas sabe ler nem escrever • Frequentou a escola, mas não frequentou o ensino superior <ul style="list-style-type: none"> ○ Se sim, quantos anos andou na escola? ____ • Ensino Superior
Peso:	<input type="text"/>
Altura:	<input type="text"/>
Patologias:	<ul style="list-style-type: none"> • Neoplasias (tumores) • Doenças do sangue e desordens do sangue • Doenças do sistema nervoso • Doenças do sistema circulatório • Doenças do trato respiratório • Doenças do trato digestivo • Afeções dos tecidos capilares e subcutâneos • Malformações congênicas, deformidades e anomalias cromossômicas • Doenças do sistema musculoesquelético • Doenças do aparelho geniturinário • Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas • Transtornos mentais e comportamento • Sem qualquer patologia
Cirurgias anteriores	<input type="text"/>

<p>Patologias na família direta e respetivo grau de parentesco:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Neoplasias (tumores) – Grau de Parentesco: • Doenças do sangue e desordens do sangue – Grau de Parentesco: • Doenças do sistema nervoso – Grau de Parentesco: • Doenças do sistema circulatório – Grau de Parentesco: • Doenças do trato respiratório – Grau de Parentesco: • Doenças do trato digestivo – Grau de Parentesco: • Afeções dos tecidos capilares e subcutâneos – Grau de Parentesco: • Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas – Grau de Parentesco: • Doenças do sistema musculoesquelético – Grau de Parentesco: • Doenças do aparelho geniturinário – Grau de Parentesco: • Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas – Grau de Parentesco: • Transtornos mentais e comportamento – Grau de Parentesco: • Sem qualquer patologia – Grau de Parentesco:
---	--

Apenas para o Cuidador Informal:

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

APÊNDICE III - Estudo de Caso 1

DESCRIÇÃO DO ESTUDO DE CASO 1

A pessoa cuidada 1.1, tem 72 anos, género masculino, orientado no tempo espaço e pessoa.

No dia 27/9/2021 recorreu ao serviço de urgência por queixas de lombalgia com irradiação para o membro inferior esquerdo, provocando impotência funcional, conseguindo apenas realizar marcha com apoio. Na admissão, referida história de queda há 2 meses, com múltiplos esfacelos no membro inferior esquerdo e mão esquerda. Realizou TAC lombar e abdómen-pélvica que revelou abscesso no músculo psoas-ilíaco esquerdo.

Teve indicação para internamento para cumprimento de esquema antibiótico e início de programa de reabilitação motora. Pela estabilidade, necessidade de manutenção de antibioterapia endovenosa e cumprimento de todos os requisitos, no dia 20/10/2021 foi transferido para a Unidade de Hospitalização Domiciliária (UHD).

Durante o internamento na UHD manteve evolução favorável com melhoria das queixas álgicas e manutenção do programa de reabilitação motora. Atribuída alta clínica no dia 29/10/2021.

Previamente ao episódio de internamento, a pessoa cuidada 1.1 era independente para todos os autocuidados, situação laboral como dono de uma empresa de construção civil. Reside com a esposa em prédio, na cave do mesmo, com acesso por elevador. Previamente ao internamento a pessoa realizava todas as compras e atividades burocráticas relacionadas com a casa e a empresa.

No momento da avaliação inicial no dia 21/10/2021, a pessoa cuidada 1.1 e a sua esposa (CI 1), apresentavam grande ansiedade associada alguns fatores, tais como: transição hospital-domicílio; transição desenvolvimental por situação de dependência para alguns autocuidados pela pessoa cuidada 1.1; adaptação do domicílio à nova condição da pessoa cuidada 1.1; levantamento de necessidades de aprendizagem da CI 1.1 relacionados com a satisfação dos autocuidados da pessoa cuidada 1.1; transição situacional relacionada com o encerramento da empresa de construção que são proprietários, por impossibilidade de a manter, decorrente da situação de saúde atual. Desde a primeira avaliação que o CI 1 indicou ter algumas patologias base que iriam comprometer alguns cuidados informais a serem prestados à pessoa cuidada 1.1, sendo que iria recorrer ao apoio diário das duas filhas em dois momentos do dia, à hora de almoço e na prestação de cuidados de higiene ao fim do dia.

Desta forma, durante todas as sessões aplicadas ao longo do internamento em UHD, houve a necessidade de motivar e encontrar estratégias para facilitar as transições apresentadas e que eram alvo de preocupação por parte desta díade.

1. Caracterização da Pessoa Cuidada

A caracterização da pessoa cuidada 1.1 foi realizada na avaliação inicial no dia 21/10/2021, na manhã seguinte à transferência para a UHD. Esta caracterização passa pela identificação, caracterização sociodemográfica e condição de saúde doença da pessoa cuidada, assim como pela utilização dos seguintes instrumentos de colheita de dados:

- Mini Mental State Examination
- Blessed Dementia Scale
- Escala de Solidão
- Medida de Independência Funcional
- Escala de Lawton & Brody
- Escala de Quedas de Morse
- Escala de Braden
- Elderly Nursing Core Set

1.1. Identificação, caracterização sociodemográfica e condição de saúde doença

Tabela 1 - Identificação, caracterização sociodemográfica e condição de saúde doença

Zona de residência	Aqualva		
Idade	72 anos		
Género	Masculino		
Estado Civil	união de facto		
Nível de escolaridade	Frequentou a escola, mas não frequentou o ensino superior	Quantos anos?	9
Peso (kg)	90		
Altura (m)	1,68		
Patologias	Doenças do sangue e desordens do sangue (Dislipidemia) Doenças do sistema nervoso (Demência Corpus Lewi) Doenças do sistema circulatório (Hipertensão Arterial) Doenças do trato digestivo (Apendicectomia aos 20 anos) Doenças do sistema musculoesquelético (Abscesso do músculo Psoas; Queimaduras de 3 ^o grau da mão direita aos 7 anos, com consequente limitação na flexão, adução e abdução dos dedos, sujeito a múltiplas intervenções por parte da Cirurgia Plástica) Doenças do aparelho geniturinário (Hiperplasia benigna da próstata) Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (Diabetes <i>Mellitus</i> tipo		

II, (Obesidade)
Transtornos mentais e comportamento (Ansiedade)

Cirurgias anteriores Apendicectomia aos 20 anos
Queimaduras de 3º grau da mão direita aos 7 anos, sujeito a múltiplas intervenções por parte da Cirurgia Plástica

Patologias na família direta e respetivo grau de parentesco: Neoplasias (tumores) – Grau de Parentesco: Neoplasia da Próstata (irmão)

1.2. Mini Mental State Examination

Tabela 2 - Mini Mental State Examination

	Pontuação
Orientação	9
Retenção	3
Atenção e Cálculo	3
Evocação	3
	2
	1
Linguagem	1
	1
	1
Habilidade Construtiva	1
Total	25
Interpretação	Com declínio cognitivo

Interpretação Mini Mental State Examination: A pessoa cuidada 1.1 nas questões de orientação respondeu corretamente a todas exceto o dia do mês. Relativamente às questões de retenção, evocação, linguagem e habilidade construtiva não apresentou nenhuma alteração. Na questão da dimensão do atenção e cálculo respondeu corretamente aos primeiros três números, não conseguindo completar a sequência. O score final corresponde a um **total de 25**, indicando que a pessoa cuidada 1.1 se apresenta **com declínio cognitivo**.

1.3. Blessed Dementia Scale

Tabela 3 - Blessed Dementia Scale

Atividade	Pontos	
Dificuldade em desempenhar tarefas domésticas	Total	1
Dificuldade em manusear pequenas quantias de dinheiro	Parcial	0,5
Dificuldade de lembrar-se de pequenas listagens (por exemplo, compras)	Total	1
Dificuldade de localizar-se dentro de casa	Nenhuma	0
A Dificuldade de localizar-se em ruas conhecidas	Nenhuma	0
Dificuldade de reconhecer o meio (hospital, residência, diferenciar médicos, enfermeiras, pacientes e visitantes)	Nenhuma	0
Dificuldade de lembrar-se de acontecimentos recentes (passeios, visitas de parentes e amigos, etc...)	Parcial	0,5
Tendência para remoer sobre o passado	Nenhuma	0
Alimentação	de forma desleixada	1
B Vestuário	Incapaz de vestir-se	3
Controle de esfíncteres	Normal	0
Flexibilidade diminuída	Ausente	0
Egocentrismo aumentado	Ausente	0
Diminuição da atenção pelos sentimentos dos outros	Ausente	0
Aplanamento dos afetos	Presente	1
Diminuição do controlo emocional	Ausente	0
C Hilaridade em situações inapropriadas	Ausente	0
Embotamento das respostas emocionais	Ausente	0
Comportamento sexual bizarro	Ausente	0
Abandono dos interesses	Presente	1
Diminuição da iniciativa	Ausente	0
Hiperatividade (sem finalidade)	Ausente	0
Total		9

Interpretação

deterioração
intelectual e de
personalidade leve

Interpretação Blessed Dementia Scale: A pessoa cuidada 1.1 apresenta **deterioração intelectual e de personalidade leve**, que equivale a um score final de **9**.

Não apresenta nenhuma dificuldade de localizar-se dentro de casa, de localizar-se em ruas conhecidas, de reconhecer o meio (hospital, residência, diferenciar médicos, enfermeiras, pacientes e visitantes). Não apresenta tendência para remoer sobre o passado, o controle de esfínteres encontra-se normal. Os itens relativos à flexibilidade diminuída, ao egocentrismo aumentado, à diminuição da atenção pelos sentimentos dos outros, à diminuição do controlo emocional, à hilaridade em situações inapropriadas, ao embotamento das respostas emocionais, ao comportamento sexual bizarro, à diminuição da iniciativa e à hiperatividade (sem finalidade) encontram-se ausentes.

A pessoa cuidada 1.1 indica dificuldade total em desempenhar tarefas domésticas, sendo as mesmas garantidas na íntegra pela sua esposa CI 1. Neste momento justifica esta impossibilidade pela situação de saúde em que se encontra. Indica ainda dificuldade total para se lembrar de pequenas listagens (por exemplo, compras). Em termos do manuseamento de pequenas quantias de dinheiro e na lembrança de acontecimentos recentes (passeios, visitas de parentes e amigos, etc...), pessoa cuidada 1.1 apresenta dificuldade parcial. De acordo com CI 1, pessoa cuidada 1.1 alimenta-se de forma desleixada, e é incapaz de se vestir sozinho. Desde o regresso a casa o CI 1 indica que se encontra presente um aplanamento dos afetos (durante o dia está sempre com o mesmo humor, não mostra reação diferente perante acontecimentos tristes ou alegres), assim como o abandono de alguns interesses, também associado à situação de saúde atual.

1.4. Escala de Solidão

Tabela 4 - Escala de Solidão

Afirmações	Frequência	Pontuação
Sente-se infeliz por fazer muitas coisas sozinho	Nunca	1
Sente que não tem alguém com quem falar	Nunca	1
Sente que tem falta de companhia	Nunca	1
Sente-se como se realmente ninguém o compreendesse	Nunca	1
Sente que não tem ninguém a quem possa recorrer	Nunca	1
Não se sente íntimo de qualquer pessoa	Nunca	1
Sente que os que o rodeiam já não compartilham dos seus interesses	Nunca	1
Sente-se abandonado	Nunca	1
Sente-se completamente só	Nunca	1
É incapaz de estabelecer contactos e comunicar com os que o rodeiam	Nunca	1
As suas relações sociais são superficiais	Nunca	1
Considera que na realidade ninguém o conhece bem	Nunca	1
Sente-se isolado das outras pessoas	Nunca	1
Sente-se infeliz de estar tão afastado dos outros	Nunca	1
É-lhe difícil fazer amigos	Nunca	1
Sente-se posta à margem e excluída das outras pessoas	Nunca	1
Total		16
Interpretação	não apresenta sentimentos negativos de solidão	

Interpretação Escala de Solidão: A pessoa cuidada 1.1 **não apresenta sentimentos negativos de solidão**, que equivale a um score final de **16**. Respondeu negativamente a todas as afirmações.

1.5. Medida de Independência Funcional

Tabela 5 - Medida de Independência Funcional (21/10/2021)

		Pontos	Pontuação
Autocuidados	A – Alimentação	3	Ajuda moderada realiza mais de 50% da tarefa
	B – Higiene Pessoal	3	Ajuda moderada realiza mais de 50% da tarefa
	C – Banho (lavar o corpo)	4	Ajuda mínima realiza mais de 75% da tarefa
	D – Vestir metade superior	2	Ajuda máxima realiza mais de 25% da tarefa
	E – Vestir metade inferior	1	Ajuda total tem que ser substituído em toda a tarefa
	F – Utilização da sanita	3	Ajuda moderada realiza mais de 50% da tarefa
Controlo de Esfínteres	G - Bexiga	7	Independência completa
	H - Intestinal	7	Independência completa
Mobilidade/ Transferências	I – Leito, Cadeira, cadeira de rodas	5	Necessidade de supervisão durante a realização da tarefa
	J - Sanita	3	Ajuda moderada realiza mais de 50% da tarefa
	K – Duche / banheira	3	Ajuda moderada realiza mais de 50% da tarefa
Locomoção	L – Marcha / cadeira de rodas	6	Independência Modificada
	M – Escadas	2	Ajuda máxima realiza mais de 25% da tarefa
Comunicação	N – Compreensão (auditiva / visual)	7	Independência completa
	O – Expressão (vocal / não vocal)	7	Independência completa
Cognição Social	P – Interação Social	7	Independência completa
	Q – Resolução de problemas	7	Independência completa
	R - Memória	7	Independência completa

Total	84
Interpretação	Dependência modificada com assistência até 25% da tarefa

Interpretação Medida de Independência Funcional (21/10/2021): A pessoa cuidada 1.1 apresenta uma **dependência modificada com assistência até 25% da tarefa**, que equivale a um score final de **84**.

As atividades em que a pessoa cuidada 1.1 tem uma independência completa são: Controlo de Esfíncteres; Compreensão (auditiva / visual); Expressão (vocal / não vocal); Interação Social; Resolução de problemas; Memória.

A atividade em que a pessoa cuidada 1.1 tem uma independência modificada é a marcha com andarilho.

A atividade em que a pessoa cuidada 1.1 tem necessidade de supervisão durante a realização da tarefa é na mobilização no leito e na transferência para a cadeira.

A atividade em que a pessoa cuidada 1.1 tem necessidade de ajuda mínima, pois realiza mais de 75% da tarefa corresponde ao banho (lavar o corpo). Pela patologia de base do CI 1, que a impossibilita de realizar esforços, o autocuidado higiene é satisfeito por uma das suas filhas que diariamente presta apoio.

As atividades em que a pessoa cuidada 1.1 tem necessidade de ajuda moderada, pois realiza mais de 50% da tarefa correspondem às seguintes atividades: Alimentação; Higiene Pessoal; Utilização da sanita; Transferência para sanita e para banheira.

As atividades em que a pessoa cuidada 1.1 tem necessidade de ajuda máxima, pois realiza mais de 25% da tarefa correspondem às seguintes atividades: Vestir metade superior e na Locomoção nas escadas.

Por último, a pessoa cuidada 1.1 tem necessidade de ajuda total, tendo que ser substituída em toda a tarefa no autocuidado vestuário, nomeadamente em vestir metade inferior.

Tabela 6 - Medida de Independência Funcional (30/10/2021)

		Pontos	Pontuação
Autocuidados	A – Alimentação	3	Ajuda moderada realiza mais de 50% da tarefa
	B – Higiene Pessoal	3	Ajuda moderada realiza mais de 50% da tarefa
	C – Banho (lavar o corpo)	4	Ajuda mínima realiza mais de 75% da tarefa
	D – Vestir metade superior	7	Independência completa
	E – Vestir metade inferior	6	Independência Modificada
	F – Utilização da sanita	5	Necessidade de supervisão durante a realização da tarefa
Controlo de Esfíncteres	G - Bexiga	7	Independência completa
	H - Intestinal	7	Independência completa
Mobilidade/ Transferências	I – Leito, Cadeira, cadeira de rodas	5	Necessidade de supervisão durante a realização da tarefa
	J - Sanita	5	Necessidade de supervisão durante a realização da tarefa
	K – Duche / banheira	3	Ajuda moderada realiza mais de 50% da tarefa
Locomoção	L – Marcha / cadeira de rodas	6	Independência Modificada
	M – Escadas	2	Ajuda máxima realiza mais de 25% da tarefa
Comunicação	N – Compreensão (auditiva / visual)	7	Independência completa
	O – Expressão (vocal / não vocal)	7	Independência completa
Cognição Social	P – Interação Social	7	Independência completa
	Q – Resolução de problemas	7	Independência completa
	R - Memória	7	Independência completa
Total		98	

Interpretação	Dependência modificada com assistência até 25% da tarefa
----------------------	--

Interpretação Medida de Independência Funcional (30/10/2021): A pessoa cuidada 1.1 apresenta uma **dependência modificada com assistência até 25% da tarefa**, que equivale a um score final de **98**.

As atividades em que a pessoa cuidada 1.1 tem uma independência completa são: Vestir a metade superior; Controlo de Esfíncteres; Compreensão (auditiva / visual); Expressão (vocal / não vocal); Interação Social; Resolução de problemas; Memória.

As atividades em que a pessoa cuidada 1.1 tem uma independência modificada são: Vestir a metade inferior, marcha com andarilho.

As atividades em que a pessoa cuidada 1.1 tem necessidade de supervisão durante a realização da tarefa são: transferência e utilização da sanita, mobilização no leito e na transferência para a cadeira.

A atividade em que a pessoa cuidada 1.1 tem necessidade de ajuda mínima, pois realiza mais de 75% da tarefa corresponde ao banho (lavar o corpo).

As atividades em que a pessoa cuidada 1.1 tem necessidade de ajuda moderada, pois realiza mais de 50% da tarefa correspondem às seguintes atividades: Alimentação; Higiene Pessoal; Transferência para banheira.

Por último, a atividade em que a pessoa cuidada 1.1 tem necessidade de ajuda máxima, pois realiza mais de 25% da tarefa corresponde à locomoção nas escadas.

1.6. Escala de Lawton & Brody

Tabela 7 - Escala de Lawton & Brody

Item	Avaliação	Pontuação
Cuidar da casa	Incapaz de fazer qualquer tarefa	5
Lavar a roupa	É incapaz de lavar a roupa	3
Preparar comida	Incapaz de preparar refeições	4
Ir às compras	É incapaz de ir às compras	4
Uso do telefone	Usa-o sem dificuldade	1
Uso de transporte	Incapaz de usar o transporte	4
Uso do dinheiro	Incapaz de utilizar o dinheiro	3

Responsável pelos medicamentos	Incapaz de se responsabilizar pela medicação	3
Total		27
Interpretação	Severamente dependente, necessita de muita ajuda	

Interpretação Escala de Lawton & Brody: A pessoa cuidada 1.1 apresenta-se **severamente dependente, necessita de muita ajuda**, que equivale a um score final de **27**. O único item que executa sem nenhum tipo de dificuldade é a de utilização do telefone.

1.7. Escala de Quedas de Morse

Tabela 8 - Escala de Quedas de Morse

Item	Avaliação	Pontuação
Historial de quedas; neste internamento urgência/ ou nos últimos três meses	Sim	25
Diagnóstico(s) secundário(s)	Sim	15
Ajuda para caminhar	Muletas/canadianas/bengala/andarilho	15
Terapia intravenosa	Sim	15
Postura no andar e na transferência	Dependente de ajuda	20
Estado mental	Consciente das suas capacidades	0
Total		90
Interpretação		Alto risco

Interpretação Escala de Quedas de Morse: A pessoa cuidada 1.1 apresenta um **alto risco de queda**, que equivale a um score final de **90**. Este resultado corresponde à história de queda relatada no episódio de urgência que motivou o internamento, diagnóstico secundário presente, está ainda relacionado com o facto de necessitar de ajuda de andarilho para caminhar, por ter antibioterapia intravenosa 24h por dia, através de Bomba de Infusão e por se apresentar dependente de ajuda na postura no andar e na transferência.

1.8. Escala de Braden

Tabela 9 - Escala de Braden

Item	Avaliação	Pontuação
Percepção sensorial	Ligeiramente limitada	3
Humidade	Pele ocasionalmente húmida	3
atividade física	Anda ocasionalmente	3
Mobilidade	Ligeiramente limitado	3
Nutrição	Adequada	3
Fricção e forças de deslizamento	Nenhum problema	3
Total		18

Interpretação

baixo risco

Interpretação Escala de Braden: A pessoa cuidada 1.1 apresenta **baixo risco para o desenvolvimento de úlceras por pressão**, que equivale a um score final de **18**.

1.9. Elderly Nursing Core Set

Tabela 10 - Elderly Nursing Core Set (21/10/2021)

Secção	Item	Pontuação	Interpretação
II	1. Funções da Consciência	0-5%	nenhuma deficiência
	2. Funções da orientação	5-25%	deficiência ligeira
	3. Funções da atenção	0-5%	nenhuma deficiência
	4. Funções da memória	0-5%	nenhuma deficiência
	5. Funções emocionais	5-25%	deficiência ligeira
	6. Funções Cognitivas de nível superior	0-5%	nenhuma deficiência
	7. Sensação de dor	25-50%	3-4
	8. Funções da PA	5-25%	PA Sistólica entre 120 e 139 mmHg ou Diastólica entre 80 e 89mmHg
	9. Funções da respiração	0-5%	nenhuma deficiência
	10. Funções da defecação	0-5%	nenhuma deficiência
III	11. Estrutura das áreas da pele	0-5%	nenhuma deficiência
	12. Realizar a rotina diária	50-95%	dificuldades graves
	13. Comunicar e receber mensagens orais	0-5%	sem dificuldades
	14. Falar	0-5%	sem dificuldades
	15. conversação	5-25%	dificuldades ligeiras para iniciar uma conversa
	16. Mudar a posição básica do corpo	50-95%	dificuldades graves em três ou mais das dimensões referidas
	17. Manter a posição do corpo	25-50%	dificuldades moderadas
	18. Utilização da mão e do braço	50-95%	dificuldades graves
	19. Andar	50-95%	dificuldades graves
	20. Deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento	50-95%	dificuldades graves
	21. Lavar-se	50-95%	dificuldades graves
	22. Cuidar de partes do corpo	25-50%	dificuldades moderadas
	23. Cuidados relacionados com os processos de excreção	5-25%	dificuldades ligeiras

	24. Vestir-se	50-95%	dificuldades graves
	25. Comer	5-25%	dificuldades ligeiras
	26. Beber	0-5%	sem dificuldades
	27. Relacionamentos familiares	0-5%	sem dificuldades
	28. Família próxima	0-5%	família próxima oferece total suporte
	29. Amigos	50-95%	os meus amigos oferecem apoio pontual
IV	30. Prestadores de cuidados pessoais e assistentes pessoais	95-100%	Prestadores de cuidados pessoais e assistentes pessoais não oferecem qualquer apoio
	31. Profissionais de saúde	25-50%	profissionais de saúde oferecem apoio de suplemento
	Score geral da funcionalidade	45,25%	deficiência moderada
	Auto cuidado	63%	deficiência severa
SCORE	Aprendizagem e funções da memória	13%	deficiência ligeira
	Comunicação	25%	deficiência moderada
	Relação com os amigos e cuidadores	80%	deficiência severa

Interpretação Elderly Nursing Core Set (21/10/2021): A pessoa cuidada 1.1 apresenta um score geral da funcionalidade de **45,25%** que corresponde a uma **deficiência moderada**. Revela-se uma deficiência severa nas atividades relacionadas com o autocuidado, e na relação com os amigos e cuidadores, com um score de 63% e 80% respetivamente. Nas atividades relacionadas com a comunicação a pessoa cuidada 1.1 apresenta uma deficiência moderada, com um score de 25% e por último, no âmbito da aprendizagem e funções da memória a pessoa cuidada 1.1 apresenta deficiência ligeira, num score total de 13%.

Tabela 11 - Elderly Nursing Core Set (30/10/2021)

Secção	Item	Pontuação	Interpretação
II	1. Funções da Consciência	0-5%	nenhuma deficiência
	2. Funções da orientação	5-25%	deficiência ligeira
	3. Funções da atenção	0-5%	nenhuma deficiência
	4. Funções da memória	0-5%	nenhuma deficiência
	5. Funções emocionais	5-25%	deficiência ligeira
	6. Funções Cognitivas de nível superior	0-5%	nenhuma deficiência
	7. Sensação de dor	5-25%	1-2
	8. Funções da PA	5-25%	PA Sistólica entre 120 e 139 mmHg ou Diastólica entre 80 e 89mmHg
	9. Funções da respiração	0-5%	nenhuma deficiência
	10. Funções da defecação	0-5%	nenhuma deficiência
III	11. Estrutura das áreas da pele	0-5%	nenhuma deficiência
	12. Realizar a rotina diária	25-50%	dificuldades moderadas
	13. Comunicar e receber mensagens orais	0-5%	sem dificuldades
	14. Falar	0-5%	sem dificuldades
	15. conversação	5-25%	dificuldades ligeiras para iniciar uma conversa
	16. Mudar a posição básica do corpo	50-95%	dificuldades graves em três ou mais das dimensões referidas
	17. Manter a posição do corpo	25-50%	dificuldades moderadas
	18. Utilização da mão e do braço	50-95%	dificuldades graves
	19. Andar	50-95%	dificuldades graves
	20. Deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento	50-95%	dificuldades graves
	21. Lavar-se	25-50%	dificuldades moderadas
	22. Cuidar de partes do corpo	25-50%	dificuldades moderadas
	23. Cuidados relacionados com os processos de excreção	5-25%	dificuldades ligeiras
	24. Vestir-se	25-50%	dificuldades moderadas

	25. Comer	5-25%	dificuldades ligeiras
	26. Beber	0-5%	sem dificuldades
	27. Relacionamentos familiares	0-5%	sem dificuldades
	28. Família próxima	0-5%	família próxima oferece total suporte
	29. Amigos	50-95%	os meus amigos oferecem apoio pontual
IV	30. Prestadores de cuidados pessoais e assistentes pessoais	95-100%	Prestadores de cuidados pessoais e assistentes pessoais não oferecem qualquer apoio
	31. Profissionais de saúde	50-95%	profissionais de saúde pouco apoio
	Score geral da funcionalidade	45,75%	deficiência moderada
	Autocuidado	58%	deficiência severa
SCORE	Aprendizagem e funções da memória	13%	deficiência ligeira
	Comunicação	25%	deficiência moderada
	Relação com os amigos e cuidadores	87%	deficiência severa

Interpretação Elderly Nursing Core Set (30/10/2021): A pessoa cuidada 1.1 apresenta um score geral da funcionalidade de **45,75%** que corresponde a uma **deficiência moderada**. Revela-se uma deficiência severa nas atividades relacionadas com o autocuidado, e na relação com os amigos e cuidadores, com um score de 58% e 87% respetivamente. Nas atividades relacionadas com a comunicação a pessoa cuidada 1.1 apresenta uma deficiência moderada, com um score de 25% e por último, no âmbito da aprendizagem e funções da memória a pessoa cuidada 1.1 apresenta deficiência ligeira, num score total de 13%.

2. Caracterização do Cuidador Informal

A caracterização do CI 1 foi realizada na avaliação inicial no dia 21/10/2021, no mesmo momento em que foi realizada à pessoa cuidada 1.1. O segundo momento de avaliação, realizado a 30/10, portanto no dia seguinte à alta clínica, corresponde à avaliação final e validação da aquisição de conhecimentos e competências. Esta caracterização passa pela identificação, caracterização sociodemográfica e condição de saúde doença do CI, assim como pela utilização dos seguintes instrumentos de colheita de dados:

- Indicadores das Necessidades de Aprendizagem do Cuidador Informal

- Escala de Sobrecarga do Cuidador Informal
- CSQ-8 Questionário de Satisfação do Cliente

2.1. Identificação, caracterização sociodemográfica e condição de saúde doença

Tabela 12 – Identificação, caracterização sociodemográfica e condição de saúde doença

Zona de residência	Aigualva
Idade (anos)	62
Género	Feminino
Estado Civil	união de facto
Grau de Parentesco com a Pessoa Cuidada	Companheira
Nível de escolaridade	Frequentou a escola, mas não frequentou o ensino superior
Quantos anos?	6
Peso (kg)	95
Altura (m)	1,6
Patologias	Doenças do sistema circulatório (Hipertensão Arterial; Arritmia) Doenças do trato digestivo (Colecistectomia 2011) Afeções dos tecidos capilares e subcutâneos (Psoríase) Doenças do sistema musculoesquelético (Fibromialgia) Outras (Síndrome de Ménière) Doenças do sistema circulatório (Hipertensão Arterial; Arritmia) Doenças do trato digestivo (Colecistectomia 2011) Afeções dos tecidos capilares e subcutâneos (Psoríase) Doenças do sistema musculoesquelético (Fibromialgia) Outras (Síndrome de Ménière)
Cirurgias anteriores	Colecistectomia 2011
Patologias na família direta e respetivo grau de parentesco:	Neoplasias (tumores) – Grau de Parentesco: Neoplasia do Pulmão (Mãe – Falecimento com 64 anos); Neoplasia Renal (Pai – Falecimento com 42 anos) Doenças do sistema musculoesquelético – Grau de Parentesco: Fibromialgia (Irmão) Outras – Grau de Parentesco: Síndrome de Ménière (Irmão)
Conhece o Estatuto de Cuidador Informal?	SIM
Já solicitou o estatuto de Cuidador Informal?	NÃO
Já foi reconhecido/a como Cuidador/a Informal?	NÃO

Está em condições de ser NÃO
reconhecido/a como Cuidador
Informal?

Está fora do enquadramento SIM
legal e dos apoios ao cuidador
Informal?

2.2. Indicadores das Necessidades de Aprendizagem do Cuidador Informal

Interpretação Indicadores das Necessidades de Aprendizagem do Cuidador Informal (21/10/2021): O CI 1 demonstrou necessidades de aprendizagem nos seguintes indicadores: **Levante/ Transferência** (Problema Completo); **Higiene** (Problema Completo); **Vestuário** (Problema Ligeiro); **Posicionamento** (Problema Grave); **Controlo da Dor** (Problema Moderado); **Produtos de Apoio**, nomeadamente na utilização da cadeira giratória de banheira (Problema Completo); e **Prevenção de Quedas** (Problema Ligeiro).

Interpretação Indicadores das Necessidades de Aprendizagem do Cuidador Informal (30/10/2021): O CI 1 demonstrou ter ultrapassado as necessidades de aprendizagem nos seguintes indicadores: **Posicionamento**; **Controlo da Dor**; **Produtos de Apoio**; e **Prevenção de Quedas**. Porém, nos indicadores **Levante/ Transferência** (Passou de Problema Completo para Problema Ligeiro); **Higiene** (Manteve o Problema Completo); e **Vestuário** (Manteve o Problema Ligeiro).

No indicador **Levante/Transferência e Higiene**, apesar do CI 1 reconhecer a importância do levantar/ transferência e dos cuidados de higiene, a capacidade para assistir a pessoa cuidada 1.1 é diminuída pela sua patologia de base, Fibromialgia. No caso da higiene e por ser necessário a transferência da pessoa cuidada 1.1 para a cadeira giratória e um esforço físico adicional, o CI 1 recusou-se a ser capacitado para a satisfação deste autocuidado, remetendo sempre estes ensinamentos e capacitação para a sua filha, que apesar de não residir com a díade, visitava diariamente. Relativamente ao vestuário, no que toca ao **Vestuário**, a bomba de infusão estava ligada por via endovenosa 24h por dia à pessoa cuidada 1.1. Apesar dos ensinamentos realizados e do treino, o CI 1 não se encontrava totalmente capacitado para satisfazer este autocuidado, por medo de manipular a bomba de infusão.

2.3. Escala de Sobrecarga do Cuidador Informal

Tabela 13- Escala de Sobrecarga do Cuidador Informal (21/10/2021)

Item	Escala	Pontuação
Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?	Muitas vezes	4
Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?	Quase sempre	5
Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?	Muitas vezes	4
Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?	Nunca	1
Sente-se irritado/a quando está junto do seu familiar?	Nunca	1
Considera que a situação atual afeta de forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares?	Nunca	1
Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?	Quase sempre	5
Considera que o seu familiar está depende de si?	Quase sempre	5
Sente-se esgotado quando tem que estar junto do seu familiar?	Às vezes	3
Vê a sua saúde ser afetada por ter que cuidar do seu familiar?	Muitas vezes	4
Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?	Quase sempre	5
Pensa que as suas relações sociais são afetadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?	Nunca	1
Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o (a) visitarem devido ao seu familiar?	Nunca	1
Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?	Quase sempre	5
Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?	Muitas vezes	4
Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?	Nunca	1
Considera que perdeu o controle da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?	Muitas vezes	4
Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?	Às vezes	3
Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?	Quase sempre	5
Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?	Às vezes	3
Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?	Nunca	1
Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?	Muitas vezes	4
Total		70
Interpretação	Sobrecarga intensa	

Interpretação Escala de Sobrecarga do Cuidador Informal (21/10/2021): O CI 1 apresenta uma **sobrecarga intensa** associada aos cuidados informais, num score total de **70**.

Tabela 14- Escala de Sobrecarga do Cuidador Informal (30/10/2021)

Item	Escala	Pontuação
Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?	Muitas vezes	4
Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?	Quase sempre	5
Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?	Às vezes	3
Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?	Nunca	1
Sente-se irritado/a quando está junto do seu familiar?	Nunca	1
Considera que a situação atual afeta de forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares?	Nunca	1
Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?	Quase sempre	5
Considera que o seu familiar está depende de si?	Quase sempre	5
Sente-se esgotado quando tem que estar junto do seu familiar?	Muitas vezes	4
Vê a sua saúde ser afetada por ter que cuidar do seu familiar?	Muitas vezes	4
Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?	Nunca	1
Pensa que as suas relações sociais são afetadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?	Nunca	1
Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o (a) visitarem devido ao seu familiar?	Nunca	1
Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?	Quase sempre	5
Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?	Muitas vezes	4
Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?	Às vezes	3
Considera que perdeu o controle da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?	Às vezes	3
Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?	Nunca	1
Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?	Muitas vezes	4
Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?	Nunca	1
Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?	Nunca	1
Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?	Quase sempre	5
Total		63
Interpretação	Sobrecarga intensa	

Interpretação Escala de Sobrecarga do Cuidador Informal (30/10/2021): O CI 1 apresenta uma **sobrecarga intensa** associada aos cuidados informais, num score total de **63**. A redução do score total revela uma melhoria na intensidade da sobrecarga, apesar da mesma se manter intensa.

2.4. CSQ-8 Questionário de Satisfação do Cliente

Tabela 15- CSQ-8 Questionário de Satisfação do Cliente (30/10/2021)

Item	Escala
1. Como qualificaria o tratamento que recebeu?	4 Excelente
2. Obteve o tipo de tratamento que pretendia?	4 Definitivamente sim
3. Até que ponto, o nosso tratamento correspondeu às suas necessidades?	4 Quase todas as minhas necessidades foram correspondidas
4. Se um/a amigo/a precisasse de ajuda semelhante, recomendar-lhe-ia o nosso tratamento?	4 Sim, definitivamente sim
5. Quão satisfeito/a está com a quantidade de ajuda que recebeu?	4 Muito satisfeito/a
6. O tratamento que recebeu ajudou-o/a a lidar mais eficazmente com os seus problemas?	4 Sim, ajudou muito
7. De uma forma geral, quão satisfeito/a está com o tratamento que recebeu?	4 Muito satisfeito/a
8. Se precisasse de procurar novamente ajuda, voltaria a recorrer aos nossos serviços?	4 Sim, definitivamente sim

Interpretação CSQ-8 Questionário de Satisfação do Cliente (30/10/2021): O CI 1 apresenta -se **totalmente satisfeito** relativamente às intervenções realizadas no âmbito do projeto de intervenção, atribuindo sempre a cotação máxima em cada uma das questões.

3. Plano de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

O plano de cuidados de Enfermagem de Reabilitação do CI 1 foi aplicado em todas as visitas domiciliárias realizadas no contexto do estágio final, num total de quatro sessões. A primeira sessão corresponde à avaliação inicial no dia 21/10/2021, seguidas de sessões nos dias 25/10, 27/10 e 28/10, por fim foi realizada a avaliação final no dia 30/10/2021, no dia seguinte à alta clínica.

Verificou-se a necessidade de ajuste do plano de cuidados em algumas sessões, decorrente do tempo disponível para a visita domiciliária.

Tabela 16 – Enunciado de Diagnóstico de Enfermagem, Resultado de Enfermagem e Intervenções de Enfermagem

Enunciado de Diagnóstico de Enfermagem/ Resultado de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
<p>Capacidade do cuidador informal para tomar conta</p> <p>Enunciado de Diagnóstico: Potencial para melhorar capacidade do cuidador informal para tomar conta</p> <p>Resultado de Enfermagem: Capacidade do cuidador informal para tomar conta, demonstrado</p>	<p>Apoiar o CI</p> <p>Assistir o CI a adequar o tomar conta</p> <p>Dar instruções ao CI</p> <p>Avaliar capacidade para tomar conta</p> <p>Instruir/ Treinar o CI para tomar conta</p> <p>Estabelecer a confiança</p> <p>Facilitar capacidade do CI para desempenhar o papel</p> <p>Orientar o CI para o serviço social/ recursos da comunidade</p> <p>Planejar a alta com o CI</p>
<p>Conhecimento do cuidador informal para assistir no transferir-se/ levantar-se</p> <p>Enunciado de Diagnóstico: Potencial para melhorar conhecimento do cuidador informal para assistir no transferir-se/ levantar-se</p> <p>Resultado de Enfermagem: Conhecimento do cuidador informal para assistir no transferir-se/ levantar-se demonstrado</p>	<p>Avaliar o conhecimento do CI sobre assistir no transferir-se/ levantar-se; com recurso à Escala das Necessidades de Aprendizagem do Cuidador Informal</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 no CI sobre prevenção de lesões musculoesqueléticas no uso da técnica de transferência</p>

Enunciado de Diagnóstico de Enfermagem/ Resultado de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
<p>Capacidade do cuidador informal para assistir no transferir-se/ levantar-se</p> <p>Enunciado de Diagnóstico: Potencial para melhorar capacidade do cuidador informal para assistir no transferir-se/ levantar-se</p> <p>Resultado de Enfermagem: Capacidade do cuidador informal para assistir no transferir-se/ levantar-se, melhorado</p>	<p>Avaliar capacidade do CI para assistir no transferir-se/ levantar-se, com recurso à Escala das Necessidades de Aprendizagem do Cuidador Informal</p> <p>Instruir/ Treinar o CI sobre assistir no levante/ transferência</p> <p>Treinar técnicas de assistir no levante/ transferência</p> <p>Apoiar o CI durante treino da técnica de transferência</p>
<p>Conhecimento do cuidador informal sobre adaptação do domicílio para autocuidado: higiene</p> <p>Enunciado de Diagnóstico: Potencial para melhorar conhecimento do cuidador informal sobre adaptação do domicílio para autocuidado: higiene</p> <p>Resultado de Enfermagem: Conhecimento do cuidador informal sobre adaptação do domicílio para autocuidado: higiene, demonstrado</p>	<p>Avaliar conhecimento do cuidador informal sobre adaptação do domicílio para autocuidado: higiene; com recurso à Escala das Necessidades de Aprendizagem do Cuidador Informal</p> <p>Ensinar o CI sobre adaptação do domicílio para autocuidado</p>

Enunciado de Diagnóstico de Enfermagem/ Resultado de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
<p>Conhecimento do cuidador informal sobre dispositivo auxiliar para autocuidado: higiene [cadeira giratória de banheira]</p> <p>Enunciado de Diagnóstico: Potencial para melhorar conhecimento do cuidador informal sobre dispositivo auxiliar para autocuidado: higiene [cadeira giratória de banheira]</p> <p>Resultado de Enfermagem: Conhecimento do cuidador informal sobre dispositivo auxiliar para autocuidado: higiene [cadeira giratória de banheira], demonstrado</p>	<p>Avaliar o conhecimento do CI sobre dispositivo auxiliar para autocuidado: higiene (cadeira giratória de banheira); com recurso à Escala das Necessidades de Aprendizagem do Cuidador Informal</p> <p>Ensinar o CI sobre dispositivo auxiliar para autocuidado: higiene (cadeira giratória de banheira)</p>
<p>Capacidade do cuidador informal para usar dispositivo auxiliar para autocuidado: higiene [cadeira giratória de banheira]</p> <p>Enunciado de Diagnóstico: Potencial para melhorar capacidade do cuidador informal para utilizar dispositivo auxiliar para autocuidado: higiene [cadeira giratória de banheira]</p> <p>Resultado de Enfermagem: Capacidade do cuidador informal para utilizar dispositivo auxiliar para autocuidado: higiene [cadeira giratória de banheira], não demonstrado</p>	<p>Avaliar capacidade do CI para usar dispositivo auxiliar para autocuidado: higiene (cadeira giratória de banheira); com recurso à Escala das Necessidades de Aprendizagem do Cuidador Informal</p> <p>Instruir/ Treinar para o uso de dispositivo auxiliar para autocuidado: higiene (cadeira giratória de banheira)</p> <p>Apoiar o CI na utilização do dispositivo auxiliar para autocuidado: higiene (cadeira giratória de banheira)</p> <p>Assistir o CI na utilização do dispositivo auxiliar para autocuidado: higiene (cadeira giratória de banheira)</p>

Enunciado de Diagnóstico de Enfermagem/ Resultado de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
<p>Conhecimento do cuidador informal para assistir no autocuidado: higiene</p> <p>Enunciado de Diagnóstico: Potencial para melhorar conhecimento do cuidador informal para assistir no autocuidado: higiene</p> <p>Resultado de Enfermagem: Conhecimento do cuidador informal para assistir no autocuidado: higiene, não demonstrado</p>	<p>Avaliar o conhecimento do CI sobre assistir no autocuidado: higiene; com recurso à Escala das Necessidades de Aprendizagem do Cuidador Informal</p> <p>Ensinar o CI sobre assistir no autocuidado: higiene</p>
<p>Capacidade do cuidador informal para assistir no autocuidado: higiene</p> <p>Enunciado de Diagnóstico: Potencial para melhorar capacidade do cuidador informal para assistir no autocuidado: higiene</p> <p>Resultado de Enfermagem: Capacidade do cuidador informal para assistir no autocuidado: higiene, não demonstrado</p>	<p>Avaliar capacidade do CI para assistir no autocuidado: higiene; com recurso à Escala das Necessidades de Aprendizagem do Cuidador Informal</p> <p>Instruir/ Treinar o CI para assistir no autocuidado: higiene, no que respeita ao lavar e secar todas as partes do corpo utilizando água e produtos ou métodos de limpeza e secagem adequados</p> <p>Instruir/ Treinar o CI para assistir no autocuidado: higiene, nomeadamente em cuidar das partes do corpo (exemplo: unhas, genitais, couro cabeludo, cara, entre outras)</p> <p>Apoiar o CI durante o treino para assistir no autocuidado: higiene</p> <p>Assistir o CI para assistir no autocuidado: higiene</p>

Enunciado de Diagnóstico de Enfermagem/ Resultado de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
<p>Conhecimento do cuidador informal para assistir no autocuidado: vestuário</p> <p>Enunciado de Diagnóstico: Potencial para melhorar conhecimento do cuidador informal para assistir no autocuidado: vestuário</p> <p>Resultado de Enfermagem: Conhecimento do cuidador informal para assistir no autocuidado: vestuário, demonstrado</p>	<p>Avaliar o conhecimento do CI sobre assistir no autocuidado: vestuário; com recurso à Escala das Necessidades de Aprendizagem do Cuidador Informal</p> <p>Ensinar o CI sobre assistir no autocuidado: vestuário</p>
<p>Capacidade do cuidador informal para assistir no autocuidado: vestuário</p> <p>Enunciado de Diagnóstico: Potencial para melhorar capacidade do cuidador informal para assistir no autocuidado: vestuário</p> <p>Resultado de Enfermagem: Capacidade do cuidador informal para assistir no autocuidado: vestuário, melhorado</p>	<p>Avaliar capacidade do CI para assistir no autocuidado: vestuário; com recurso à Escala das Necessidades de Aprendizagem do Cuidador Informal</p> <p>Instruir/ Treinar o CI para assistir no autocuidado: vestuário</p> <p>Apoiar o CI durante o treino para assistir no autocuidado: vestuário</p>

Enunciado de Diagnóstico de Enfermagem/ Resultado de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
<p>Conhecimento do cuidador informal para assistir no posicionamento</p> <p>Enunciado de Diagnóstico: Potencial para melhorar conhecimento do cuidador informal para assistir no posicionamento</p> <p>Resultado de Enfermagem: Conhecimento do cuidador informal para assistir no posicionamento, demonstrado</p>	<p>Avaliar o conhecimento do CI sobre assistir no posicionamento; com recurso à Escala das Necessidades de Aprendizagem do Cuidador Informal</p> <p>Ensinar o CI sobre a técnica para assistir no posicionamento</p> <p>Ensinar o CI sobre a importância do posicionamento para prevenção de complicações resultantes da imobilidade</p> <p>Ensinar o CI sobre prevenção de lesões musculoesqueléticas no uso da técnica de posicionamento</p> <p>Ensinar o CI sobre o uso de princípios de mecânica corporal para técnica de posicionamento</p>
<p>Capacidade do cuidador informal para assistir no posicionamento</p> <p>Enunciado de Diagnóstico: Potencial para melhorar capacidade do cuidador informal para assistir no posicionamento</p> <p>Resultado de Enfermagem: Capacidade do cuidador informal para assistir no posicionamento, demonstrado</p>	<p>Avaliar capacidade do CI para assistir no posicionamento; com recurso à Escala das Necessidades de Aprendizagem do Cuidador Informal</p> <p>Instruir/ Treinar o CI para uso da técnica de posicionamento</p> <p>Instruir/ Treinar o CI para o uso de princípios de mecânica corporal, para técnica de posicionamento</p> <p>Apoiar o CI durante o treino da técnica de posicionamento</p> <p>Assistir o CI a posicionar</p>

Enunciado de Diagnóstico de Enfermagem/ Resultado de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
<p>Conhecimento do cuidador informal para gerir regime medicamentoso [para assistir no controlo da dor]</p>	<p>Avaliar o conhecimento do CI sobre gerir regime medicamentoso, para assistir no controlo da dor, com recurso à Escala das Necessidades de Aprendizagem do Cuidador Informal</p>
<p>Enunciado de Diagnóstico: Potencial para melhorar conhecimento do cuidador informal para gerir regime medicamentoso [para assistir no controlo da dor]</p>	<p>Ensinar o CI sobre identificação da intensidade da dor da pessoa cuidada, através da avaliação das queixas ou aplicando uma escala numérica</p> <p>Ensinar o CI sobre identificação de estratégias para alívio da dor, podendo ser através de terapêutica farmacológica ou não farmacológica (exemplo: massagem ou posição de conforto)</p>
<p>Resultado de Enfermagem: Conhecimento do cuidador informal para gerir regime medicamentoso [para assistir no controlo da dor, demonstrado]</p>	<p>Ensinar o CI sobre gerir regime medicamentoso, para assistir no controlo da dor</p>
	<p>Ensinar o CI sobre interações medicamentosas</p> <p>Ensinar o CI sobre efeitos desejados e secundários do regime medicamentoso</p> <p>Ensinar o CI sobre regras de armazenamento da medicação</p> <p>Ensinar o CI sobre vias de administração de medicação</p>

Enunciado de Diagnóstico de Enfermagem/ Resultado de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
<p>Capacidade do cuidador informal para gerir regime medicamentoso [para assistir no controlo da dor]</p> <p>Enunciado de Diagnóstico: Potencial para melhorar capacidade do cuidador informal para gerir regime medicamentoso [para assistir no controlo da dor]</p> <p>Resultado de Enfermagem: Capacidade do cuidador informal para gerir regime medicamentoso [para assistir no controlo da dor, demonstrado]</p>	<p>Avaliar capacidade do CI para gerir regime medicamentoso, para assistir no controlo da dor, com recurso à Escala das Necessidades de Aprendizagem do Cuidador Informal</p> <p>Instruir/ Treinar o CI na administração de medicação analgésica</p> <p>Apoiar o CI durante a gestão do regime medicamentoso, para assistir no controlo da dor</p> <p>Assistir o CI na gestão do regime medicamentoso, para assistir no controlo da dor</p> <p>Assistir o CI na supervisão do regime medicamentoso, para assistir no controlo da dor</p>
<p>Conhecimento do cuidador informal sobre a prevenção de quedas</p> <p>Enunciado de Diagnóstico: Potencial para melhorar conhecimento do cuidador informal sobre a prevenção de quedas</p> <p>Resultado de Enfermagem: Conhecimento do cuidador informal sobre a prevenção de quedas, demonstrado</p>	<p>Avaliar o conhecimento do CI sobre a adaptação do domicílio para a prevenção de quedas</p> <p>Avaliar o conhecimento do CI sobre a prevenção de quedas com recurso à Escala das Necessidades de Aprendizagem do Cuidador Informal</p> <p>Ensinar o CI sobre a implementação medidas para prevenção de quedas</p> <p>Ensinar o CI sobre complicações que podem advir de uma queda</p>

Enunciado de Diagnóstico de Enfermagem/ Resultado de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
Conhecimento do cuidador informal sobre coping do cuidador [estratégias de gestão da sobrecarga e apoio emocional]	Avaliar a sobrecarga do CI através da Escala de Sobrecarga do Cuidador Informal (Zarit)
Enunciado de Diagnóstico: Potencial para melhorar conhecimento do cuidador informal sobre coping do cuidador [estratégias de gestão da sobrecarga e apoio emocional]	Avaliar conhecimento sobre coping do cuidador, estratégias de gestão da sobrecarga e apoio emocional
Resultado de Enfermagem: Conhecimento do cuidador informal sobre coping do cuidador [estratégias de gestão da sobrecarga e apoio emocional]	Ensinar sobre estratégias de gestão da sobrecarga e apoio emocional
	Promover a autoestima
	Promover a esperança
	Promover o apoio da família
	Promover apoio social (rede de suporte informal)
	Promover o coping efetivo
	Promover o papel do CI
	Promover relacionamento positivo
	Promover status psicológico positivo

Tabela 17- Avaliação das dimensões de conhecimento e aprendizagem do CI 1

	Avaliação	
	Inicial	Final
Data	21/10	30/10
Diagnóstico de Enfermagem		
Capacidade do cuidador informal para tomar conta	ND	D
Conhecimento do cuidador informal para assistir no transferir-se/ levantar-se	ND	D
Capacidade do cuidador informal para assistir no transferir-se/ levantar-se	ND	M
Conhecimento do cuidador informal sobre adaptação do domicílio para autocuidado: higiene	ND	D
Conhecimento do cuidador informal sobre dispositivo auxiliar para autocuidado: higiene [cadeira giratória de banheira]	ND	D
Capacidade do cuidador informal para utilizar dispositivo auxiliar para autocuidado: higiene [cadeira giratória de banheira]	ND	ND
Conhecimento do cuidador informal para assistir no autocuidado: higiene	ND	ND
Capacidade do cuidador informal para assistir no autocuidado: higiene	ND	ND
Conhecimento do cuidador informal para assistir no autocuidado: vestuário	ND	D
Capacidade do cuidador informal para assistir no autocuidado: vestuário	ND	M
Conhecimento do cuidador informal para assistir no posicionamento	ND	D
Capacidade do cuidador informal para assistir no posicionamento	ND	D
Conhecimento do cuidador informal para gerir regime medicamentoso [para assistir no controlo da dor]	ND	D
Capacidade do cuidador informal para gerir regime medicamentoso [para assistir no controlo da dor]	ND	D

Conhecimento do cuidador informal sobre a prevenção de quedas	ND	D
Conhecimento do cuidador informal sobre coping do cuidador [estratégias de gestão da sobrecarga e apoio emocional]	ND	D

Legenda: ND – Não Demonstrado; M – Melhorado; D– Demonstrado

Diagrama de Fluxo Cuidador Informal 1

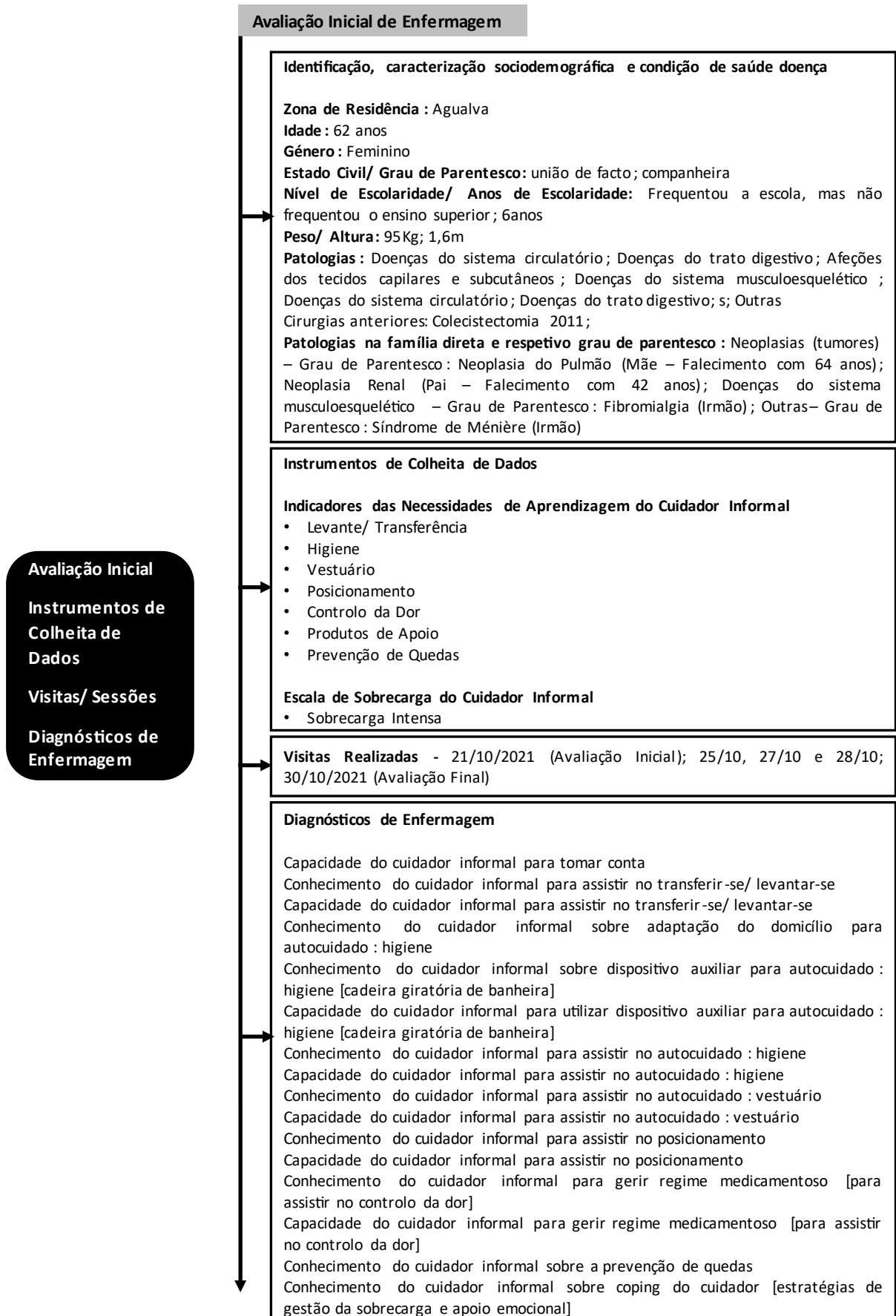


Diagrama de Fluxo Cuidador Informal 1

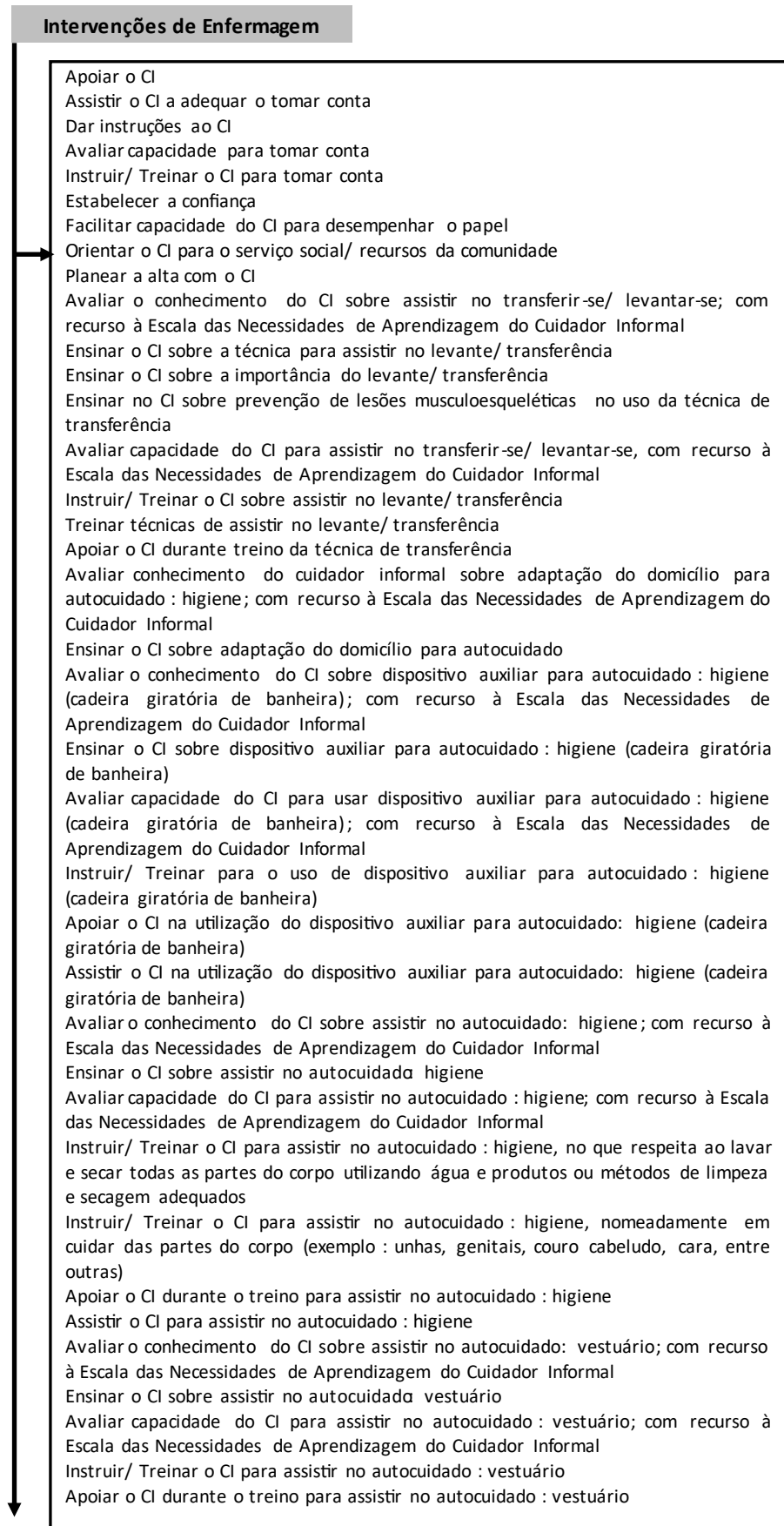


Diagrama de Fluxo Cuidador Informal 1

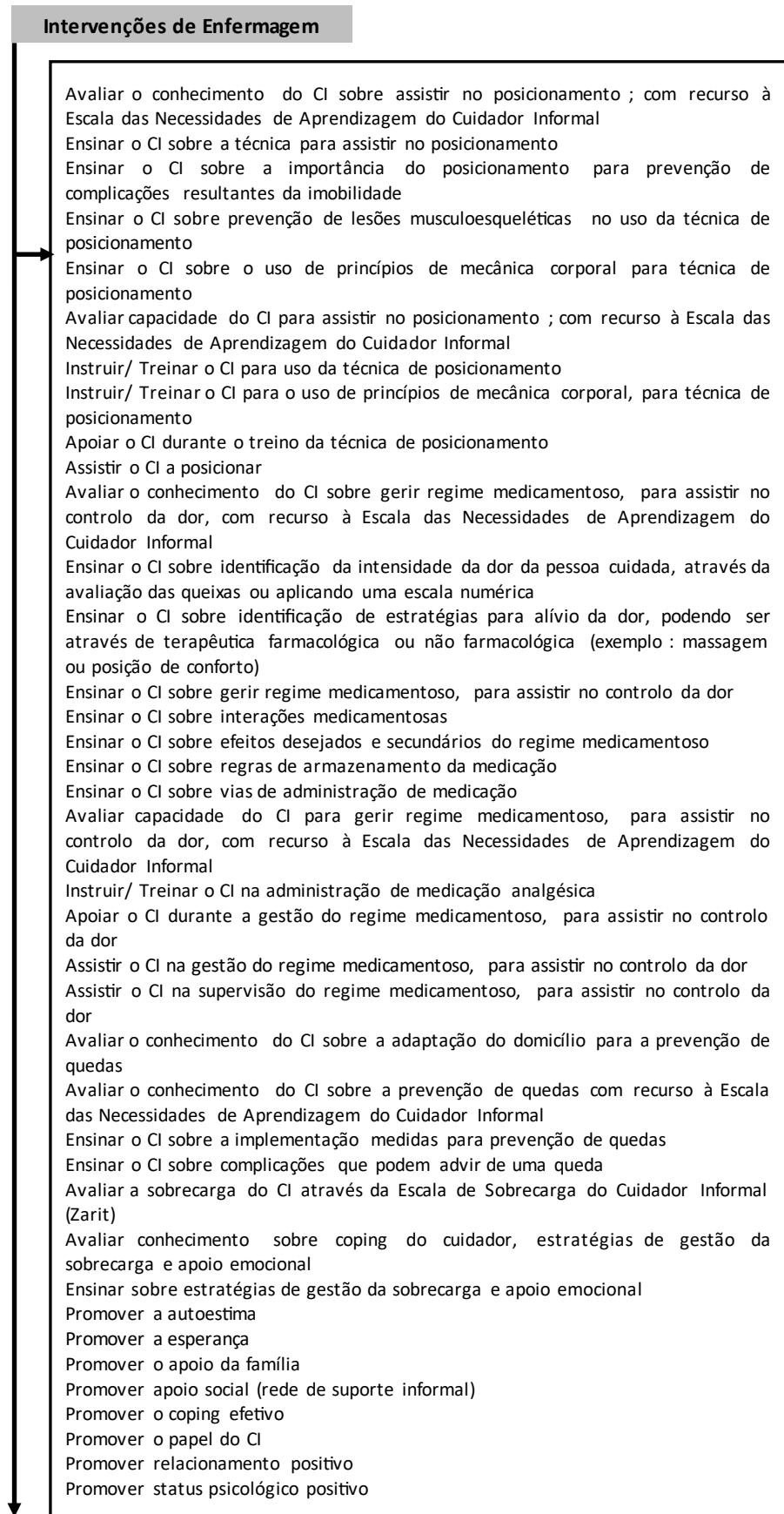
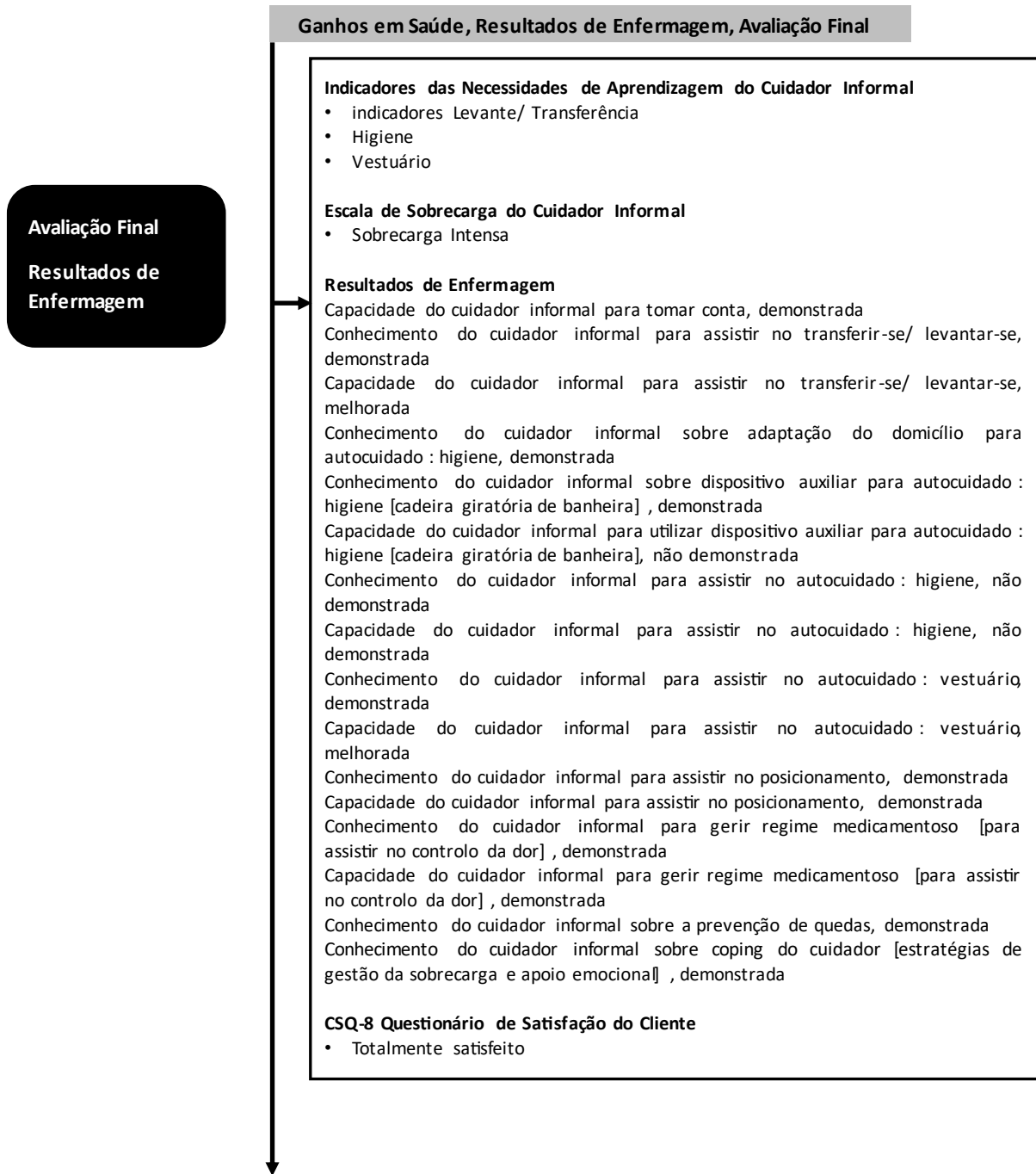


Diagrama de Fluxo Cuidador Informal 1



Adaptado de Diagrama de Fluxo CARE (The CARE Guidelines: Consensus-based Clinical Case Reporting Guideline Development, 2019)

APÊNDICE IV - Estudo de Caso 2

DESCRIÇÃO DO ESTUDO DE CASO 2

A pessoa cuidada 2.2, tem 94 anos, género feminino, orientada no tempo espaço e pessoa.

No dia 24/10/2021 recorreu ao serviço de urgência por quadro de dispneia, tendo sido diagnosticada com pneumonia associada a cuidados de saúde, com insuficiência respiratória parcial. Na admissão, referido internamento recente no Instituto Português de Oncologia de Lisboa, com alta clínica a 20/10/2021, por cistite aguda com isolamento de pseudomonas aeruginosa.

Teve indicação para internamento para cumprimento de esquema antibiótico e início de programa de reabilitação respiratória. Pela estabilidade, necessidade de manutenção de antibioterapia endovenosa e cumprimento de todos os requisitos, no dia 27/10/2021 foi transferida para a Unidade de Hospitalização Domiciliária (UHD).

Durante o internamento na UHD manteve evolução clínica desfavorável, com elevação dos parâmetros inflamatórios e incremento da necessidade de aporte de oxigénio (Máscara de Venturi 28%). No dia 4/11/2021, por episódio de toracalgia anterior, episódio de diarreia e de fibrilhação auricular com resposta ventricular rápida, foi realizada nova transferência para o serviço de urgência.

Previamente ao episódio de internamento, a pessoa cuidada 2.2 era dependente para a maioria dos autocuidados. Reside com a filha, principal cuidadora e neto, em prédio no quinto andar, com acesso por elevador.

No momento da avaliação inicial no dia 28/10/2021, a pessoa cuidada 2.2 e a sua filha (CI 2), apresentavam grande ansiedade associada alguns fatores, tais como: transição hospital-domicílio; transição desenvolvimental por situação de maior dependência para alguns autocuidados pela pessoa cuidada 2.2; adaptação do domicílio à nova condição da pessoa cuidada 2.2 (nomeadamente a aquisição de uma cama articulada); levantamento de necessidades de aprendizagem do CI 2 relacionados com a satisfação dos autocuidados da pessoa cuidada 2.2. Desde a primeira avaliação que o CI 2 indicou ter apoio para a satisfação do autocuidado higiene, através de empresa privada, apenas uma vez por dia no período da manhã.

Desta forma, durante todas as sessões aplicadas ao longo do internamento em UHD, houve a necessidade de motivar e encontrar estratégias para facilitar as transições apresentadas e que eram alvo de preocupação por parte desta díade.

1. Caracterização da Pessoa Cuidada

A caracterização da pessoa cuidada 2.1 foi realizada na avaliação inicial no dia 28/10/2021, na manhã seguinte à transferência para a UHD. Esta caracterização passa pela identificação, caracterização sociodemográfica e condição de saúde doença da pessoa cuidada, assim como pela utilização dos seguintes instrumentos de colheita de dados:

- Mini Mental State Examination
- Blessed Dementia Scale
- Escala de Solidão
- Medida de Independência Funcional
- Escala de Lawton & Brody
- Escala de Quedas de Morse
- Escala de Braden
- Elderly Nursing Core Set

1.1. Identificação, caracterização sociodemográfica e condição de saúde doença

Tabela 1 – Identificação, caracterização sociodemográfica e condição de saúde doença

Zona de residência	Cacém		
Idade (anos)	94		
Género	Feminino		
Estado Civil	viúvo		
Nível de escolaridade	Frequentou a escola, mas não frequentou o ensino superior	Quantos anos?	4
Peso (kg)	30		
Altura (m)	1,52		
Patologias	<p>Neoplasias (tumores): Carcinoma folicular da tiroide (2006), com metastização óssea (sacro-ilíaca direita e grelha costal), massa axilar direita metastática; metastização pulmonar e pleural</p> <p>Doenças do sistema circulatório: Fibrilhação auricular paroxística, cardiopatia isquémica (NSTEMI Dez/2020)</p> <p>Doenças do trato respiratório: traqueobronquite aguda (internamento em julho 2021); pneumonia bacteriana e metastização pulmonar e pleural com derrame pleural à esquerda (diagnósticos que motivam o episódio atual de internamento)</p> <p>Doenças do sistema musculoesquelético: metastização óssea sacro-ilíaca direita e grelha costal, massa axilar direita metastática; fratura</p>		

patológica da tibia esquerda (2015)

Doenças do aparelho geniturinário: cistite aguda (internamento em outubro 2021, com alta a 20/10/2021 e diagnóstico que motiva o internamento atual)

Cirurgias anteriores

Patologias na família direta e respetivo grau de parentesco Neoplasias (tumores) – Grau de Parentesco: Neoplasia do Pulmão (Filho), Neoplasia da Mama (Irmã), Neoplasia do Pâncreas (Irmã)
Doenças do sistema nervoso – Grau de Parentesco: Alzheimer (Irmã)

1.2. Mini Mental State Examination

Tabela 2 – Mini Mental State Examination

	Pontuação
Orientação	7
Retenção	3
Atenção e Cálculo	1
Evocação	0
	1
	1
Linguagem	0
	1
	0
Habilidade Construtiva	0
Total	14
Interpretação	com declínio cognitivo

Interpretação Mini Mental State Examination: A pessoa cuidada 2.1 nas questões de orientação respondeu corretamente a todas exceto o dia do mês, à estação do ano e em que distrito vive. Relativamente às questões de retenção não apresentou nenhuma alteração. Na questão da dimensão do atenção e cálculo respondeu corretamente ao primeiro número, não conseguindo completar a sequência. Na dimensão da evocação não conseguiu reproduzir nenhuma das palavras. Na linguagem identificou o relógio e não identificou o lápis, não realizou a dinâmica relativa à folha de papel e não escrever uma frase completa. Na habilidade construtiva, por incapacidade de realização do desenho, foi atribuída a pontuação nula. O score final corresponde a um **total de 14**, indicando que a pessoa cuidada 2.1 se apresenta **com declínio cognitivo**.

1.3. Blessed Dementia Scale

Tabela 3 - Blessed Dementia Scale

Atividade	Pontos
Dificuldade em desempenhar tarefas domésticas	Total 1
Dificuldade em manusear pequenas quantias de dinheiro	Total 1
Dificuldade de lembrar-se de pequenas listagens (por exemplo, compras)	Total 1
Dificuldade de localizar-se dentro de casa	Nenhuma 0
A Dificuldade de localizar-se em ruas conhecidas	Parcial 0,5
Dificuldade de reconhecer o meio (hospital, residência, diferenciar médicos, enfermeiras, pacientes e visitantes)	Nenhuma 0
Dificuldade de lembrar-se de acontecimentos recentes (passeios, visitas de parentes e amigos, etc...)	Nenhuma 0
Tendência para remoer sobre o passado	Parcial 0,5
Alimentação	precisa ser alimentado 3
B Vestuário	Incapaz de vestir-se 3
Controle de esfíncteres	Normal 0
Flexibilidade diminuída	Ausente 0
Egocentrismo aumentado	Presente 1
Diminuição da atenção pelos sentimentos dos outros	Ausente 0
Aplanamento dos afetos	Ausente 0
Diminuição do controlo emocional	Ausente 0
C Hilaridade em situações inapropriadas	Ausente 0
Embotamento das respostas emocionais	Ausente 0
Comportamento sexual bizarro	Ausente 0
Abandono dos interesses	Presente 1
Diminuição da iniciativa	Ausente 0
Hiperatividade (sem finalidade)	Ausente 0
Total	12
Interpretação	deterioração intelectual e de

personalidade

moderada

Interpretação Blessed Dementia Scale: A pessoa cuidada 2.1 apresenta **deterioração intelectual e de personalidade moderada**, que equivale a um score final de **12**.

Não apresenta nenhuma dificuldade de localizar-se dentro de casa, de reconhecer o meio (hospital, residência, diferenciar médicos, enfermeiras, pacientes e visitantes) e de lembrar-se de acontecimentos recentes. Os itens relativos à flexibilidade diminuída, à diminuição da atenção pelos sentimentos dos outros, aplanamento dos afetos, à diminuição do controlo emocional, à hilaridade em situações inapropriadas, ao embotamento das respostas emocionais, ao comportamento sexual bizarro, à diminuição da iniciativa e à hiperatividade (sem finalidade) encontram-se ausentes. O controle de esfíncteres encontra-se normal.

A pessoa cuidada 2.1 indica dificuldade total em desempenhar tarefas domésticas, sendo as mesmas garantidas na íntegra pela sua filha CI 2, justificando esta impossibilidade pela sua situação de saúde e pela idade. Indica ainda dificuldade total para o manuseamento de pequenas quantias de dinheiro e de se lembrar de pequenas listagens (por exemplo, compras). Apresenta dificuldade parcial para localizar-se em ruas conhecidas e tendência parcial para remoer sobre o passado.

De acordo com a CI, a pessoa cuidada 2.1 precisa de ser alimentada e é incapaz de se vestir sozinha. Desde o último internamento do IPO de Lisboa, o CI 2 indica que se encontra presente um egocentrismo aumentado (comportamento de chamada de atenção sobre si, querer saber sempre onde está a filha, manipular constantemente a atenção das outras pessoas para si), assim como o abandono de alguns interesses.

1.4. Escala de Solidão

Tabela 4 - Escala de Solidão

Afirmações	Frequência	Pontuação
Sente-se infeliz por fazer muitas coisas sozinho	Algumas vezes	3
Sente que não tem alguém com quem falar	Algumas vezes	3
Sente que tem falta de companhia	Algumas vezes	3
Sente-se como se realmente ninguém o compreendesse	Nunca	1
Sente que não tem ninguém a quem possa recorrer	Nunca	1
Não se sente íntimo de qualquer pessoa	Nunca	1
Sente que os que o rodeiam já não compartilham dos seus interesses	Nunca	1
Sente-se abandonado	Nunca	1
Sente-se completamente só	Nunca	1
É incapaz de estabelecer contactos e comunicar com os que o rodeiam	Nunca	1
As suas relações sociais são superficiais	Nunca	1
Considera que na realidade ninguém o conhece bem	Nunca	1
Sente-se isolado das outras pessoas	Raramente	2
Sente-se infeliz de estar tão afastado dos outros	Algumas vezes	3
É-lhe difícil fazer amigos	Nunca	1
Sente-se posta à margem e excluída das outras pessoas	Nunca	1
Total		25
Interpretação	não apresenta sentimentos negativos de solidão	

Interpretação Escala de Solidão: A pessoa cuidada 2.1 **não apresenta sentimentos negativos de solidão**, que equivale a um score final de **25**. Respondeu negativamente à maioria das questões, sendo que respondeu que raramente se sentia isolada das outras pessoas e que algumas vezes de sentia: infeliz por fazer muitas coisas sozinha, que não tem alguém com quem falar, que tem falta de companhia e infeliz de estar tão afastada dos outros.

1.5. Medida de Independência Funcional

Tabela 5 - Medida de Independência Funcional (28/10/2021)

		Pontos	Pontuação
Autocuidados	A – Alimentação	1	Ajuda total tem que ser substituído em toda a tarefa
	B – Higiene Pessoal	1	Ajuda total tem que ser substituído em toda a tarefa
	C – Banho (lavar o corpo)	1	Ajuda total tem que ser substituído em toda a tarefa
	D – Vestir metade superior	1	Ajuda total tem que ser substituído em toda a tarefa
	E – Vestir metade inferior	1	Ajuda total tem que ser substituído em toda a tarefa
	F – Utilização da sanita	1	Ajuda total tem que ser substituído em toda a tarefa
Controlo de Esfíncteres	G - Bexiga	7	Independência completa
	H - Intestinal	7	Independência completa
Mobilidade/ Transferências	I – Leito, Cadeira, cadeira de rodas	1	Ajuda total tem que ser substituído em toda a tarefa
	J - Sanita	1	Ajuda total tem que ser substituído em toda a tarefa
	K – Duche / banheira	1	Ajuda total tem que ser substituído em toda a tarefa
Locomoção	L – Marcha / cadeira de rodas	1	Ajuda total tem que ser substituído em toda a tarefa
	M – Escadas	1	Ajuda total tem que ser substituído em toda a tarefa
Comunicação	N – Compreensão (auditiva / visual)	7	Independência completa
	O – Expressão (vocal / não vocal)	7	Independência completa
Cognição Social	P – Interação Social	7	Independência completa

Q – Resolução de problemas	7	Independência completa
R - Memória	2	Ajuda máxima realiza mais de 25% da tarefa
Total	55	
Interpretação	Dependência modificada com assistência até 50% da tarefa	

Interpretação Medida de Independência Funcional (28/10/2021): A pessoa cuidada 2.1 apresenta uma **dependência modificada com assistência até 50% da tarefa**, que equivale a um score final de **55**.

As atividades em que a pessoa cuidada 2.1 tem uma independência completa são: Controlo de Esfíncteres; Compreensão (auditiva / visual); Expressão (vocal / não vocal); Interação Social; e Resolução de problemas.

A atividade em que a pessoa cuidada 2.1 tem necessidade de ajuda máxima, realiza mais de 25% da tarefa corresponde à memória.

Nas restantes atividades relacionadas com os autocuidados, mobilidade/ transferências e locomoção, a pessoa cuidada 2.1 necessita de ajuda total tendo que ser substituída em toda a tarefa. A satisfação de todas estas atividades é garantida pelo CI 2, com o apoio para a satisfação do autocuidado higiene, através de empresa privada, apenas uma vez por dia no período da manhã.

Tabela 6 - Medida de Independência Funcional (27/11/2021)

	Pontos	Pontuação
A – Alimentação	1	Ajuda total tem que ser substituído em toda a tarefa
B – Higiene Pessoal	1	Ajuda total tem que ser substituído em toda a tarefa
Autocuidados C – Banho (lavar o corpo)	1	Ajuda total tem que ser substituído em toda a tarefa
D – Vestir metade superior	1	Ajuda total tem que ser substituído em toda a tarefa
E – Vestir metade inferior	1	Ajuda total tem que ser substituído em toda a tarefa

	F – Utilização da sanita	1	Ajuda total tem que ser substituído em toda a tarefa
Controlo de Esfíncteres	G - Bexiga	1	Ajuda total tem que ser substituído em toda a tarefa
	H - Intestinal	1	Ajuda total tem que ser substituído em toda a tarefa
Mobilidade/ Transferências	I – Leito, Cadeira, cadeira de rodas	1	Ajuda total tem que ser substituído em toda a tarefa
	J - Sanita	1	Ajuda total tem que ser substituído em toda a tarefa
	K – Duche / banheira	1	Ajuda total tem que ser substituído em toda a tarefa
Locomoção	L – Marcha / cadeira de rodas	1	Ajuda total tem que ser substituído em toda a tarefa
	M – Escadas	1	Ajuda total tem que ser substituído em toda a tarefa
Comunicação	N – Compreensão (auditiva / visual)	7	Independência completa
	O – Expressão (vocal / não vocal)	7	Independência completa
Cognição Social	P – Interação Social	7	Independência completa
	Q – Resolução de problemas	1	Ajuda total tem que ser substituído em toda a tarefa
	R - Memória	2	Ajuda máxima realiza mais de 25% da tarefa
Total		37	
Interpretação			Dependência modificada com assistência até 50% da tarefa

Interpretação Medida de Independência Funcional (27/11/2021): Devido ao agravamento da situação clínica da pessoa cuidada 2.1, a mesma regressou ao serviço de urgência e à data desta avaliação encontra-se ainda internada. A pessoa cuidada 2.1 apresenta uma **dependência modificada com assistência até 50% da tarefa**, que equivale a um score final de **37**.

A pessoa cuidada 2.1 necessita de ajuda total, tendo que ser substituída em toda a tarefa, em todos os itens exceto na compreensão e expressão (independência completa) e na memória (necessidade de ajuda máxima, realiza mais de 25% da tarefa).

1.6. Escala de Lawton & Brody

Tabela 7 - Escala de Lawton & Brody

Item	Avaliação	Pontuação
Cuidar da casa	Incapaz de fazer qualquer tarefa	5
Lavar a roupa	É incapaz de lavar a roupa	3
Preparar comida	Incapaz de preparar refeições	4
Ir às compras	É incapaz de ir às compras	4
Uso do telefone	Necessita de ajuda para o usar	3
Uso de transporte	Incapaz de usar o transporte	4
Uso do dinheiro	Incapaz de utilizar o dinheiro	3
Responsável pelos medicamentos	Incapaz de se responsabilizar pela medicação	3
Total		29
Interpretação		Severamente dependente, necessita de muita ajuda

Interpretação Escala de Lawton & Brody: A pessoa cuidada 2.1 apresenta-se **severamente dependente, necessita de muita ajuda**, que equivale a um score final de **29**. O único item que executa com ajuda é o de utilização do telefone.

1.7. Escala de Quedas de Morse

Tabela 8 - Escala de Quedas de Morse

Item	Avaliação	Pontuação
Historial de quedas; neste internamento urgência/ ou nos últimos três meses	Não	0
Diagnóstico(s) secundário(s)	Sim	15
Ajuda para caminhar	Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira rodas	de 0
Terapia intravenosa	Sim	15
Postura no andar e na transferência	Normal/acamado/imóvel	0
Estado mental	Consciente das suas capacidades	0
Total		30
Interpretação		Baixo risco

Interpretação Escala de Quedas de Morse: A pessoa cuidada 2.1 apresenta-se com **baixo risco de queda**, que equivale a um score final de **30**, por diagnóstico secundário e terapia intravenosa.

1.8. Escala de Braden

Tabela 9 - Escala de Braden

Item	Avaliação	Pontuação
Perceção sensorial	Ligeiramente limitada	3
Humidade	Pele ocasionalmente húmida	3
atividade física	Acamado	1
Mobilidade	Completamente imobilizado	1
Nutrição	Provavelmente inadequada	2
Fricção e forças de deslizamento	Problema	1
Total		11
Interpretação		alto risco

Interpretação Escala de Braden: A pessoa cuidada 2.1 apresenta **alto risco para o desenvolvimento de úlceras por pressão**, que equivale a um score final de **11**. A perceção sensorial encontra-se ligeiramente limitada, a pele encontra-se ocasionalmente húmida, desde o último internamento no IPO de Lisboa que a pessoa cuidada 2.1 se encontra acamada, anteriormente realizava levante para cadeirão. No que toca à mobilidade, a pessoa cuidada 2.1

está completamente imobilizada, este facto relaciona-se com a Neoplasia da tiroide e a metastização óssea (sacro-ílica direita e grelha costal), massa axilar direita metastática e metastização pulmonar e pleural, que limita a mobilidade e potencia as queixas álgicas. Considera-se a nutrição provavelmente inadequada pela descrição realizada pelo CI 2. Por último a fricção e forças de deslizamento são um problema, apesar da aquisição de um colchão de pressão alternada (apresenta úlcera por pressão de grau II na região sagrada).

1.9. Elderly Nursing Core Set

Tabela 10 - Elderly Nursing Core Set (28/10/2021)

Secção	Item	Pontuação	Interpretação
II	1. Funções da Consciência	0-5%	nenhuma deficiência
	2. Funções da orientação	25-50%	deficiência moderada
	3. Funções da atenção	0-5%	nenhuma deficiência
	4. Funções da memória	95-100%	deficiência completa
	5. Funções emocionais	5-25%	deficiência ligeira
	6. Funções Cognitivas de nível superior	0-5%	nenhuma deficiência
	7. Sensação de dor	25-50%	3-4
	8. Funções da PA	25-50%	PA Sistólica entre 140 e 159 mmHg ou Diastólica entre 90 e 99mmHg
	9. Funções da respiração	95-100%	deficiência completa
	10. Funções da defecação	0-5%	nenhuma deficiência
III	11. Estrutura das áreas da pele	50-95%	deficiência grave
	12. Realizar a rotina diária	95-100%	dificuldade completa
	13. Comunicar e receber mensagens orais	0-5%	sem dificuldades
	14. Falar	0-5%	sem dificuldades
	15. conversação	0-5%	sem dificuldades
	16. Mudar a posição básica do corpo	95-100%	dificuldade completa
	17. Manter a posição do corpo	95-100%	dificuldade completa
	18. Utilização da mão e do braço	50-95%	dificuldades graves
	19. Andar	95-100%	dificuldade completa
	20. Deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento	95-100%	dificuldade completa
	21. Lavar-se	95-100%	dificuldade completa

	22. Cuidar de partes do corpo	95-100%	dificuldade completa
	23. Cuidados relacionados com os processos de excreção	25-50%	dificuldades moderadas
	24. Vestir-se	95-100%	dificuldade completa
	25. Comer	95-100%	dificuldade completa
	26. Beber	95-100%	dificuldade completa
	27. Relacionamentos familiares	0-5%	sem dificuldades
	28. Família próxima	0-5%	família próxima oferece total suporte
	29. Amigos	50-95%	os meus amigos oferecem apoio pontual
IV	30. Prestadores de cuidados pessoais e assistentes pessoais	25-50%	Prestadores de cuidados pessoais e assistentes pessoais oferecem apoio de suplemento à família (50/50)
	31. Profissionais de saúde	25-50%	profissionais de saúde oferecem apoio de suplemento
	Score geral da funcionalidade	51%	deficiência moderada
	Autocuidado	95%	deficiência completa
SCORE	Aprendizagem e funções da memória	22%	deficiência ligeira
	Comunicação	20%	deficiência ligeira
	Relação com os amigos e cuidadores	67%	deficiência severa

Interpretação Elderly Nursing Core Set (28/10/2021): A pessoa cuidada 2.1 apresenta um score geral da funcionalidade de **51%** que corresponde a uma **deficiência moderada**. Nas atividades relacionadas com o autocuidado a pessoa cuidada 2.1 apresenta deficiência completa, com um score de 95%. Revela-se uma deficiência severa nas atividades relacionadas com a relação com os amigos e cuidadores, com um score de 67%. Nas atividades relacionadas com a aprendizagem e funções da memória e a comunicação a pessoa cuidada 2.1 apresenta uma deficiência ligeira, com um score de 22% e 20% respetivamente.

Tabela 11 - Elderly Nursing Core Set (27/11/2021)

Secção	Item	Pontuação	Interpretação
II	1. Funções da Consciência	0-5%	nenhuma deficiência
	2. Funções da orientação	25-50%	deficiência moderada
	3. Funções da atenção	0-5%	nenhuma deficiência
	4. Funções da memória	95-100%	deficiência completa
	5. Funções emocionais	5-25%	deficiência ligeira
	6. Funções Cognitivas de nível superior	0-5%	nenhuma deficiência
	7. Sensação de dor	25-50%	3-4
	8. Funções da PA	25-50%	PA Sistólica entre 140 e 159 mmHg ou Diastólica entre 90 e 99mmHg
	9. Funções da respiração	95-100%	deficiência completa
	10. Funções da defecação	5-25%	deficiência ligeira
III	11. Estrutura das áreas da pele	50-95%	deficiência grave
	12. Realizar a rotina diária	95-100%	dificuldade completa
	13. Comunicar e receber mensagens orais	0-5%	sem dificuldades
	14. Falar	0-5%	sem dificuldades
	15. conversação	0-5%	sem dificuldades
	16. Mudar a posição básica do corpo	95-100%	dificuldade completa
	17. Manter a posição do corpo	95-100%	dificuldade completa
	18. Utilização da mão e do braço	50-95%	dificuldades graves
	19. Andar	95-100%	dificuldade completa
	20. Deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento	95-100%	dificuldade completa
	21. Lavar-se	95-100%	dificuldade completa
	22. Cuidar de partes do corpo	95-100%	dificuldade completa
	23. Cuidados relacionados com os processos de excreção	95-100%	dificuldade completa
	24. Vestir-se	95-100%	dificuldade completa
	25. Comer	95-100%	dificuldade completa
	26. Beber	95-100%	dificuldade completa
	27. Relacionamentos familiares	0-5%	sem dificuldades

IV	28. Família próxima	95-100%	família próxima não oferece qualquer suporte
	29. Amigos	95-100%	os meus amigos não oferecem qualquer apoio
	30. Prestadores de cuidados pessoais e assistentes pessoais	95-100%	Prestadores de cuidados pessoais e assistentes pessoais não oferecem qualquer apoio
	31. Profissionais de saúde	0-5%	profissionais de saúde oferecem todo o apoio necessário
SCORE	Score geral da funcionalidade	53,25%	deficiência moderada
	Autocuidado	98%	deficiência completa
	Aprendizagem e funções da memória	22%	deficiência ligeira
	Comunicação	20%	deficiência ligeira
	Relação com os amigos e cuidadores	73%	deficiência severa

Interpretação Elderly Nursing Core Set (27/11/2021): A pessoa cuidada 2.1 apresenta um score geral da funcionalidade de **53,25%** que corresponde a uma **deficiência moderada**. Nas atividades relacionadas com o autocuidado a pessoa cuidada 2.1 apresenta deficiência completa, com um score de 98%. Revela-se uma deficiência severa nas atividades relacionadas com a relação com os amigos e cuidadores, com um score de 73%. Nas atividades relacionadas com a aprendizagem e funções da memória e a comunicação a pessoa cuidada 2.1 apresenta uma deficiência ligeira, com um score de 22% e 20% respetivamente.

2. Caracterização do Cuidador Informal

A caracterização do CI 2 foi realizada na avaliação inicial no dia 28/10/2021, no mesmo momento em que foi realizada à pessoa cuidada 2.1. O segundo momento de avaliação, realizado a 27/11, portanto 23 dias após o regresso ao serviço de urgência, corresponde à avaliação final e validação da aquisição de conhecimentos e competências. Só foi possível agilizar este segundo momento de avaliação tão tardiamente, devido à situação de internamento da pessoa cuidada 2.1, após o regresso ao serviço de urgência no dia 4/11 e aos constrangimentos impostos pela pandemia COVID-19 que limita as visitas nos serviços hospitalares.

Esta caracterização passa pela identificação, caracterização sociodemográfica e condição de saúde doença do CI, assim como pela utilização dos seguintes instrumentos de colheita de dados:

- Indicadores das Necessidades de Aprendizagem do Cuidador Informal
- Escala de Sobrecarga do Cuidador Informal
- CSQ-8 Questionário de Satisfação do Cliente

2.1. Identificação, caracterização sociodemográfica e condição de saúde doença

Tabela 12 – Identificação, caracterização sociodemográfica e condição de saúde doença

Zona de residência	Cacém	
Idade (anos)	66	
Género	Feminino	
Estado Civil	viúvo	
Grau de Parentesco com a Pessoa Cuidada	Filha	
Nível de escolaridade	Frequentou a escola, mas não frequentou o ensino superior	Quantos anos? 11
Peso (kg)	53	
Altura (m)	1,52	
Patologias	Doenças do sistema circulatório (Hipertensão Arterial, Dislipidemia)	
Cirurgias anteriores	Tiroidectomia (1984) Ooforectomia, Salpingectomia à direita, Apendicectomia (1974) Histerectomia (Ano?)	
Patologias na família direta e respetivo grau de parentesco:	Neoplasias (tumores) – Grau de Parentesco: Neoplasia da Tireoide (Filha) Transtornos mentais e comportamento – Grau de Parentesco: Hábitos etanólicos e suicídio (Pai)	
Conhece o Estatuto de Cuidador Informal?	SIM	
Já solicitou o estatuto de Cuidador Informal?	NÃO	
Já foi reconhecido/a como Cuidador/a Informal?	NÃO	
Está em condições de ser reconhecido/a como Cuidador Informal?	NÃO	
Está fora do enquadramento legal e dos apoios ao cuidador Informal?	SIM	

2.2. Indicadores das Necessidades de Aprendizagem do Cuidador Informal

Interpretação Indicadores das Necessidades de Aprendizagem do Cuidador Informal (28/10/2021): O CI 2 demonstrou necessidades de aprendizagem nos seguintes indicadores: **Levante/ Transferência** (Problema Completo); **Higiene** (Problema Completo); **Vestuário** (Problema Ligeiro); **Posicionamento** (Problema Grave); **Produtos de Apoio**, nomeadamente na utilização da cama articulada e no colchão de pressão alternada (Problema Completo); e **Prevenção de úlceras por pressão** (Problema Ligeiro).

Interpretação Indicadores das Necessidades de Aprendizagem do Cuidador Informal (27/11/2021): O CI 2 demonstrou ter ultrapassado as necessidades de aprendizagem nos seguintes indicadores: **Vestuário**, **Produtos de Apoio**; e **Prevenção de úlceras por pressão**. Porém, nos indicadores **Levante/ Transferência** (Passou de Problema Completo para Problema Ligeiro); **Higiene** (Passou de Problema Completo para Problema Ligeiro); e **Posicionamento** (Passou de Problema Moderado para Problema Ligeiro).

Nos indicadores **Levante/Transferência**, **Higiene e Posicionamento**, apesar do CI 2 reconhecer a importância dos mesmos, mantém o receio constante de em alguma destas intervenções imputar alguma lesão à pessoa cuidada 2.1, fundamentando este receio na patologia neoplásica e na ocorrência espontânea de uma fratura patológica da tíbia esquerda em 2015. Apesar do apoio de uma empresa privada para os cuidados de higiene durante os dias de semana, ao fim de semana e nas restantes horas do dia este autocuidado é satisfeito pelo CI 2.

2.3. Escala de Sobrecarga do Cuidador Informal

Tabela 13- Escala de Sobrecarga do Cuidador Informal (28/10/2021)

Item	Escala	Pontuação
Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?	Nunca	1
Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?	Às vezes	3
Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?	Nunca	1
Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?	Nunca	1
Sente-se irritado/a quando está junto do seu familiar?	Nunca	1
Considera que a situação atual afeta de forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares?	Nunca	1
Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?	Muitas vezes	4
Considera que o seu familiar está depende de si?	Quase sempre	5
Sente-se esgotado quando tem que estar junto do seu familiar?	Nunca	1
Vê a sua saúde ser afetada por ter que cuidar do seu familiar?	Às vezes	3
Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?	Às vezes	3
Pensa que as suas relações sociais são afetadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?	Nunca	1
Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o (a) visitarem devido ao seu familiar?	Nunca	1
Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?	Quase sempre	5
Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?	Nunca	1
Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?	Nunca	1
Considera que perdeu o controle da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?	Nunca	1
Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?	Nunca	1

Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?	Nunca	1
Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?	Nunca	1
Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?	Nunca	1
Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?	Nunca	1
Total		39
Interpretação	Sem sobrecarga	

Interpretação Escala de Sobrecarga do Cuidador Informal (28/10/2021): O CI 2 apresenta-se **sem sobrecarga** associada aos cuidados informais, num score total de **39**.

Tabela 14- Escala de Sobrecarga do Cuidador Informal (27/11/2021)

Item	Escala	Pontuação
Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?	Quase Nunca	2
Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?	Às vezes	3
Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?	Quase Nunca	2
Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?	Nunca	1
Sente-se irritado/a quando está junto do seu familiar?	Nunca	1
Considera que a situação atual afeta de forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares?	Nunca	1
Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?	Quase sempre	5
Considera que o seu familiar está depende de si?	Quase sempre	5
Sente-se esgotado quando tem que estar junto do seu familiar?	Nunca	1
Vê a sua saúde ser afetada por ter que cuidar do seu familiar?	Às vezes	3
Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?	Quase Nunca	2
Pensa que as suas relações sociais são afetadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?	Nunca	1
Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o (a) visitarem devido ao seu familiar?	Nunca	1
Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?	Quase sempre	5
Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?	Nunca	1
Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?	Nunca	1
Considera que perdeu o controle da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?	Quase Nunca	2
Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?	Nunca	1

Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?	Quase Nunca	2
Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?	Nunca	1
Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?	Nunca	1
Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?	Nunca	1
Total		43
Interpretação	Sem sobrecarga	

Interpretação Escala de Sobrecarga do Cuidador Informal (27/11/2021): O CI 2 apresenta-se **sem sobrecarga** associada aos cuidados informais, num score total de **43**. Apesar do aumento ligeiro no score total, considera-se que o nível de sobrecarga se manteve.

2.4. CSQ-8 Questionário de Satisfação do Cliente

Tabela 15- CSQ-8 Questionário de Satisfação do Cliente (27/11/2021)

Item	Escala
1. Como qualificaria o tratamento que recebeu?	4 Excelente
2. Obteve o tipo de tratamento que pretendia?	4 Definitivamente sim
3. Até que ponto, o nosso tratamento correspondeu às suas necessidades?	4 Quase todas as minhas necessidades foram correspondidas
4. Se um/a amigo/a precisasse de ajuda semelhante, recomendar-lhe-ia o nosso tratamento?	4 Sim, definitivamente sim
5. Quão satisfeito/a está com a quantidade de ajuda que recebeu?	4 Muito satisfeito/a
6. O tratamento que recebeu ajudou-o/a a lidar mais eficazmente com os seus problemas?	4 Sim, ajudou muito
7. De uma forma geral, quão satisfeito/a está com o tratamento que recebeu?	4 Muito satisfeito/a
8. Se precisasse de procurar novamente ajuda, voltaria a recorrer aos nossos serviços?	4 Sim, definitivamente sim

Interpretação CSQ-8 Questionário de Satisfação do Cliente (27/11/2021): O CI 2 apresenta -se **totalmente satisfeito** relativamente às intervenções realizadas no âmbito do projeto de intervenção, atribuindo sempre a cotação máxima em cada uma das questões.

3. Plano de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

O plano de cuidados de Enfermagem de Reabilitação do CI 2 foi aplicado em todas as visitas domiciliárias realizadas no contexto do estágio final, num total de quatro sessões. A primeira sessão corresponde à avaliação inicial no dia 28/10/2021, seguidas de sessões nos dias 29/10, 30/10 e 2/11, por fim foi realizada a avaliação final no dia 27/11/2021.

Verificou-se a necessidade de ajuste do plano de cuidados em algumas sessões, decorrente do tempo disponível para a visita domiciliária.

Tabela 16 – Enunciado de Diagnóstico de Enfermagem, Resultado de Enfermagem e Intervenções de Enfermagem

Enunciado de Diagnóstico de Enfermagem/ Resultado de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
<p>Capacidade do cuidador informal para tomar conta</p> <p>Enunciado de Diagnóstico: Potencial para melhorar capacidade do cuidador informal para tomar conta</p> <p>Resultado de Enfermagem: Capacidade do cuidador informal para tomar conta, demonstrado</p>	<p>Apoiar o CI</p> <p>Assistir o CI a adequar o tomar conta</p> <p>Dar instruções ao CI</p> <p>Avaliar capacidade para tomar conta</p> <p>Instruir/ Treinar o CI para tomar conta</p> <p>Estabelecer a confiança</p> <p>Facilitar capacidade do CI para desempenhar o papel</p> <p>Orientar o CI para o serviço social/ recursos da comunidade</p> <p>Planear a alta com o CI</p>
<p>Conhecimento do cuidador informal para assistir no transferir-se/ levantar-se</p> <p>Enunciado de Diagnóstico: Potencial para melhorar conhecimento do cuidador informal para assistir no transferir-se/ levantar-se</p> <p>Resultado de Enfermagem: Conhecimento do cuidador informal para assistir no transferir-se/ levantar-se, demonstrado</p>	<p>Avaliar o conhecimento do CI sobre assistir no transferir-se/ levantar-se; com recurso à Escala das Necessidades de Aprendizagem do Cuidador Informal</p> <p>Ensinar o CI sobre a técnica para assistir no transferir-se/ levantar-se</p> <p>Ensinar o CI sobre a importância do transferir-se/ levantar-se</p> <p>Ensinar no CI sobre prevenção de lesões musculoesqueléticas no uso da técnica de transferência</p>

Enunciado de Diagnóstico de Enfermagem/ Resultado de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
<p>Capacidade do cuidador informal para assistir no transferir-se/ levantar-se</p> <p>Enunciado de Diagnóstico: Potencial para melhorar capacidade do cuidador informal para assistir no transferir-se/ levantar-se</p> <p>Resultado de Enfermagem: Capacidade do cuidador informal para assistir no transferir-se/ levantar-se, melhorado</p>	<p>Avaliar capacidade do CI para assistir no transferir-se/ levantar-se, com recurso à Escala das Necessidades de Aprendizagem do Cuidador Informal</p> <p>Instruir/ Treinar o CI sobre assistir no transferir-se/ levantar-se</p> <p>Treinar técnicas de assistir no transferir-se/ levantar-se</p> <p>Apoiar o CI durante treino da técnica de transferência</p>
<p>Conhecimento do cuidador informal sobre adaptação do domicílio para autocuidado: higiene</p> <p>Enunciado de Diagnóstico: Potencial para melhorar conhecimento do cuidador informal sobre adaptação do domicílio para autocuidado: higiene</p> <p>Resultado de Enfermagem: Conhecimento do cuidador informal sobre adaptação do domicílio para autocuidado: higiene, demonstrado</p>	<p>Avaliar conhecimento do cuidador informal sobre adaptação do domicílio para autocuidado: higiene; com recurso à Escala das Necessidades de Aprendizagem do Cuidador Informal</p> <p>Ensinar o CI sobre adaptação do domicílio para autocuidado</p>

Enunciado de Diagnóstico de Enfermagem/ Resultado de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
<p>Conhecimento do cuidador informal para assistir no autocuidado: higiene</p> <p>Enunciado de Diagnóstico: Potencial para melhorar conhecimento do cuidador informal para assistir no autocuidado: higiene</p> <p>Resultado de Enfermagem: Conhecimento do cuidador informal para assistir no autocuidado: higiene, demonstrado</p>	<p>Avaliar o conhecimento do CI sobre assistir no autocuidado: higiene; com recurso à Escala das Necessidades de Aprendizagem do Cuidador Informal</p> <p>Ensinar o CI sobre assistir no autocuidado: higiene</p>
<p>Capacidade do cuidador informal para assistir no autocuidado: higiene</p> <p>Enunciado de Diagnóstico: Potencial para melhorar capacidade do cuidador informal para assistir no autocuidado: higiene</p> <p>Resultado de Enfermagem: Capacidade do cuidador informal para assistir no autocuidado: higiene, melhorado</p>	<p>Avaliar capacidade do CI para assistir no autocuidado: higiene; com recurso à Escala das Necessidades de Aprendizagem do Cuidador Informal</p> <p>Instruir/ Treinar o CI para assistir no autocuidado: higiene, no que respeita ao lavar e secar todas as partes do corpo utilizando água e produtos ou métodos de limpeza e secagem adequados</p> <p>Instruir/ Treinar o CI para assistir no autocuidado: higiene, nomeadamente em cuidar das partes do corpo (exemplo: unhas, genitais, couro cabeludo, cara, entre outras)</p> <p>Apoiar o CI durante o treino para assistir no autocuidado: higiene</p> <p>Assistir o CI para assistir no autocuidado: higiene</p>

Enunciado de Diagnóstico de Enfermagem/ Resultado de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
<p>Conhecimento do cuidador informal sobre dispositivo auxiliar [cama articulada e colchão de pressão alternada]</p> <p>Enunciado de Diagnóstico: Potencial para melhorar conhecimento do cuidador informal sobre dispositivo auxiliar [cama articulada e colchão de pressão alternada]</p> <p>Resultado de Enfermagem: Conhecimento do cuidador informal sobre dispositivo auxiliar [cama articulada e colchão de pressão alternada], demonstrado</p>	<p>Avaliar o conhecimento do CI sobre dispositivo auxiliar (cama articulada e colchão de pressão alternada); com recurso à Escala das Necessidades de Aprendizagem do Cuidador Informal</p> <p>Ensinar o CI sobre dispositivo auxiliar (cama articulada e colchão de pressão alternada)</p>
<p>Capacidade do cuidador informal para utilizar dispositivo auxiliar [cama articulada e colchão de pressão alternada]</p> <p>Enunciado de Diagnóstico: Potencial para melhorar capacidade do cuidador informal para utilizar dispositivo auxiliar [cama articulada e colchão de pressão alternada]</p> <p>Resultado de Enfermagem: Capacidade do cuidador informal para utilizar dispositivo auxiliar para [cama articulada e colchão de pressão alternada], demonstrado</p>	<p>Avaliar capacidade do CI para utilizar dispositivo auxiliar (cama articulada e colchão de pressão alternada); com recurso à Escala das Necessidades de Aprendizagem do Cuidador Informal</p> <p>Instruir/ Treinar para o uso de dispositivo auxiliar (cama articulada e colchão de pressão alternada)</p> <p>Apoiar o CI na utilização do dispositivo auxiliar (cama articulada e colchão de pressão alternada)</p> <p>Assistir o CI na utilização do dispositivo auxiliar (cama articulada e colchão de pressão alternada)</p>

Enunciado de Diagnóstico de Enfermagem/ Resultado de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
<p>Conhecimento do cuidador informal para assistir no autocuidado: vestuário</p> <p>Enunciado de Diagnóstico: Potencial para melhorar conhecimento do cuidador informal para assistir no autocuidado: vestuário</p> <p>Resultado de Enfermagem: Conhecimento do cuidador informal para assistir no autocuidado: vestuário, demonstrado</p>	<p>Avaliar o conhecimento do CI sobre assistir no autocuidado: vestuário; com recurso à Escala das Necessidades de Aprendizagem do Cuidador Informal</p> <p>Ensinar o CI sobre assistir no autocuidado: vestuário</p>
<p>Capacidade do cuidador informal para assistir no autocuidado: vestuário</p> <p>Enunciado de Diagnóstico: Potencial para melhorar capacidade do cuidador informal para assistir no autocuidado: vestuário</p> <p>Resultado de Enfermagem: Capacidade do cuidador informal para assistir no autocuidado: vestuário, demonstrado</p>	<p>Avaliar capacidade do CI para assistir no autocuidado: vestuário; com recurso à Escala das Necessidades de Aprendizagem do Cuidador Informal</p> <p>Instruir/ Treinar o CI para assistir no autocuidado: vestuário</p> <p>Apoiar o CI durante o treino para assistir no autocuidado: vestuário</p>

Enunciado de Diagnóstico de Enfermagem/ Resultado de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
<p>Conhecimento do cuidador informal para assistir no posicionamento</p> <p>Enunciado de Diagnóstico: Potencial para melhorar conhecimento do cuidador informal para assistir no posicionamento</p> <p>Resultado de Enfermagem: Conhecimento do cuidador informal para assistir no posicionamento, melhorado</p>	<p>Avaliar o conhecimento do CI sobre assistir no posicionamento; com recurso à Escala das Necessidades de Aprendizagem do Cuidador Informal</p> <p>Ensinar o CI sobre a técnica para assistir no posicionamento</p> <p>Ensinar o CI sobre a importância do posicionamento para prevenção de complicações resultantes da imobilidade</p> <p>Ensinar o CI sobre prevenção de lesões musculoesqueléticas no uso da técnica de posicionamento</p> <p>Ensinar o CI sobre o uso de princípios de mecânica corporal para técnica de posicionamento</p>
<p>Capacidade do cuidador informal para assistir no posicionamento</p> <p>Enunciado de Diagnóstico: Potencial para melhorar capacidade do cuidador informal para assistir no posicionamento</p> <p>Resultado de Enfermagem: Capacidade do cuidador informal para assistir no posicionamento, melhorado</p>	<p>Avaliar capacidade do CI para assistir no posicionamento; com recurso à Escala das Necessidades de Aprendizagem do Cuidador Informal</p> <p>Instruir/ Treinar o CI para uso da técnica de posicionamento</p> <p>Instruir/ Treinar o CI para o uso de princípios de mecânica corporal, para técnica de posicionamento</p> <p>Apoiar o CI durante o treino da técnica de posicionamento</p> <p>Assistir o CI a posicionar</p>

Enunciado de Diagnóstico de Enfermagem/ Resultado de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
<p>Conhecimento do cuidador informal sobre a prevenção de úlceras por pressão</p> <p>Enunciado de Diagnóstico: Potencial para melhorar conhecimento do cuidador informal sobre a prevenção de úlceras por pressão</p> <p>Resultado de Enfermagem: Conhecimento do cuidador informal sobre a prevenção de úlceras por pressão, demonstrado</p>	<p>Avaliar o conhecimento do CI sobre a prevenção de úlceras por pressão com recurso à Escala das Necessidades de Aprendizagem do Cuidador Informal</p> <p>Ensinar o CI sobre o reconhecimento de possíveis alterações na pele da pessoa cuidada</p> <p>Ensinar o CI sobre implementação de medidas para prevenção de úlceras por pressão (Exemplo: promoção da mobilidade, hidratação da pele, utilização de produtos de apoio, nutrição, hidratação, entre outros)</p> <p>Ensinar o CI sobre complicações que podem advir do desenvolvimento de úlceras por pressão</p>

Enunciado de Diagnóstico de Enfermagem/ Resultado de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
<p>Conhecimento do cuidador informal sobre coping do cuidador [estratégias de gestão da sobrecarga e apoio emocional]</p>	<p>Avaliar a sobrecarga do CI através da Escala de Sobrecarga do Cuidador Informal (Zarit)</p> <p>Avaliar conhecimento sobre sobre coping do cuidador, estratégias de gestão da sobrecarga e apoio emocional</p> <p>Ensinar sobre sobre coping do cuidador, estratégias de gestão da sobrecarga e apoio emocional</p> <p>Promover a autoestima</p> <p>Promover a esperança</p> <p>Promover o apoio da família</p> <p>Promover apoio social (rede de suporte informal)</p> <p>Promover o coping efetivo</p> <p>Promover o papel do CI</p> <p>Promover relacionamento positivo</p> <p>Promover status psicológico positivo</p>
<p>Enunciado de Diagnóstico: Potencial para melhorar conhecimento do cuidador informal sobre coping do cuidador [estratégias de gestão da sobrecarga e apoio emocional]</p>	
<p>Resultado de Enfermagem: Conhecimento do cuidador informal sobre coping do cuidador [estratégias de gestão da sobrecarga e apoio emocional]</p>	

Tabela 17- Avaliação das dimensões de conhecimento e aprendizagem do CI 2

	Avaliação Inicial	Avaliação Final
Data	28/10	27/11
Diagnóstico de Enfermagem		
Capacidade do cuidador informal para tomar conta	ND	D
Conhecimento do cuidador informal para assistir no transferir-se/ levantar-se	ND	D
Capacidade do cuidador informal para assistir no transferir-se/ levantar-se	ND	M
Conhecimento do cuidador informal sobre adaptação do domicílio para autocuidado: higiene	ND	D
Conhecimento do cuidador informal para assistir no autocuidado: higiene	ND	D
Capacidade do cuidador informal para assistir no autocuidado: higiene	ND	M
Conhecimento do cuidador informal sobre dispositivo auxiliar [cama articulada e colchão de pressão alternada]	ND	D
Capacidade do cuidador informal para utilizar dispositivo auxiliar [cama articulada e colchão de pressão alternada]	ND	D
Conhecimento do cuidador informal para assistir no autocuidado: vestuário	ND	D
Capacidade do cuidador informal para assistir no autocuidado: vestuário	ND	D
Conhecimento do cuidador informal para assistir no posicionamento	ND	M
Capacidade do cuidador informal para assistir no posicionamento	ND	M
Conhecimento do cuidador informal sobre a prevenção de úlceras por pressão	ND	D
Conhecimento do cuidador informal sobre coping do cuidador [estratégias de gestão da sobrecarga e apoio emocional]	ND	D

Legenda: ND – Não Demonstrado; M– Melhorado; D – Demonstrado

Diagrama de Fluxo Cuidador Informal 2

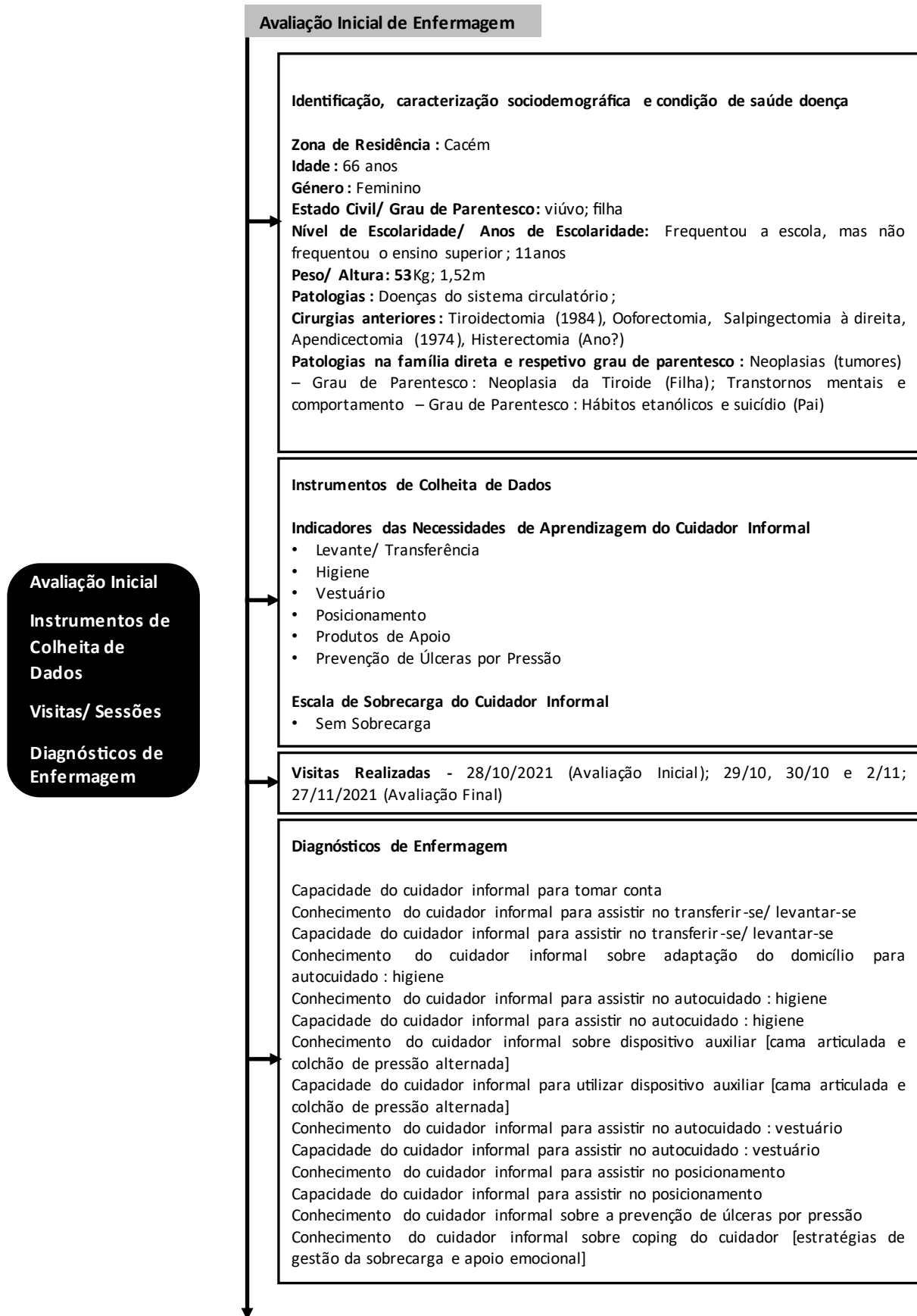


Diagrama de Fluxo Cuidador Informal

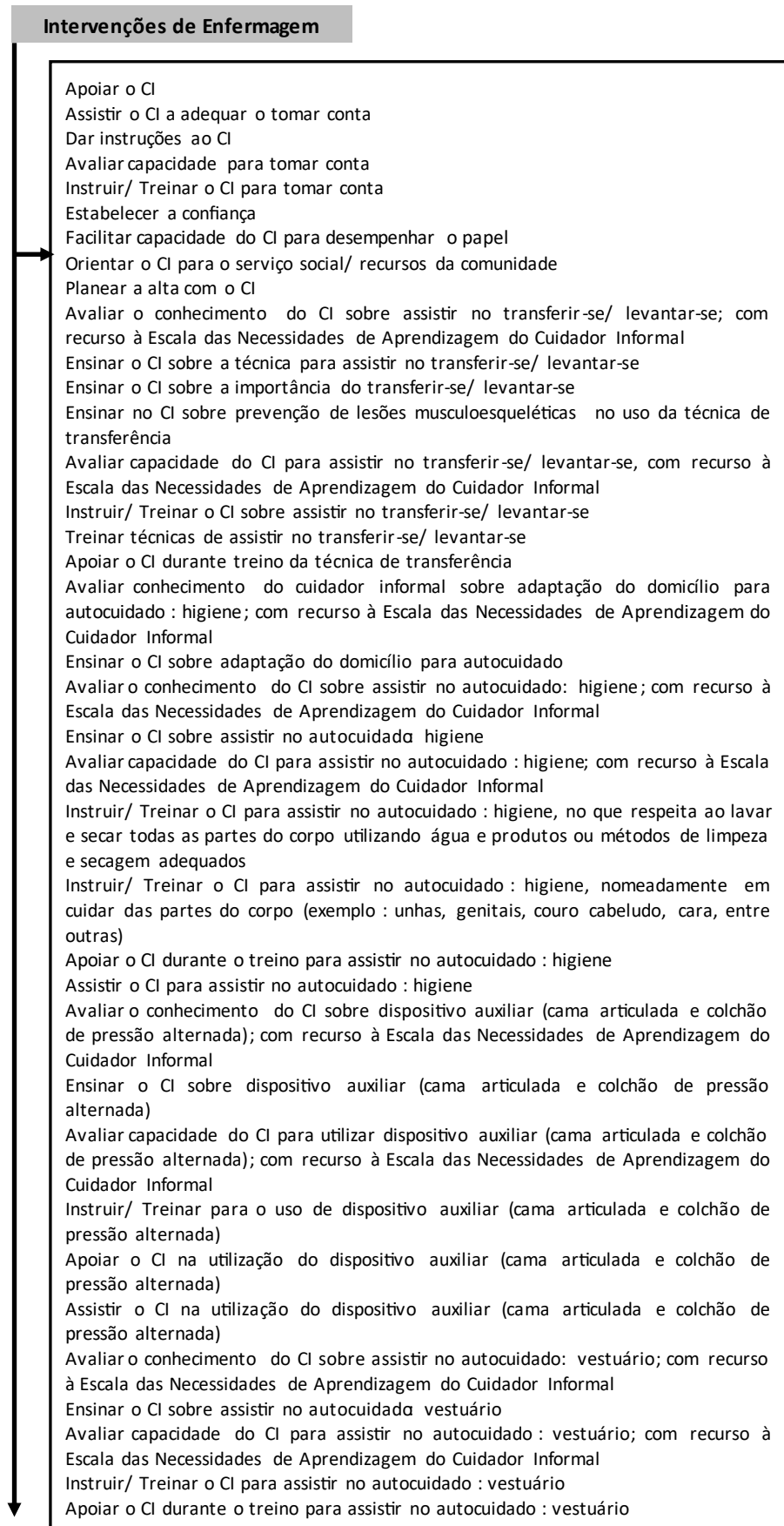


Diagrama de Fluxo Cuidador Informal

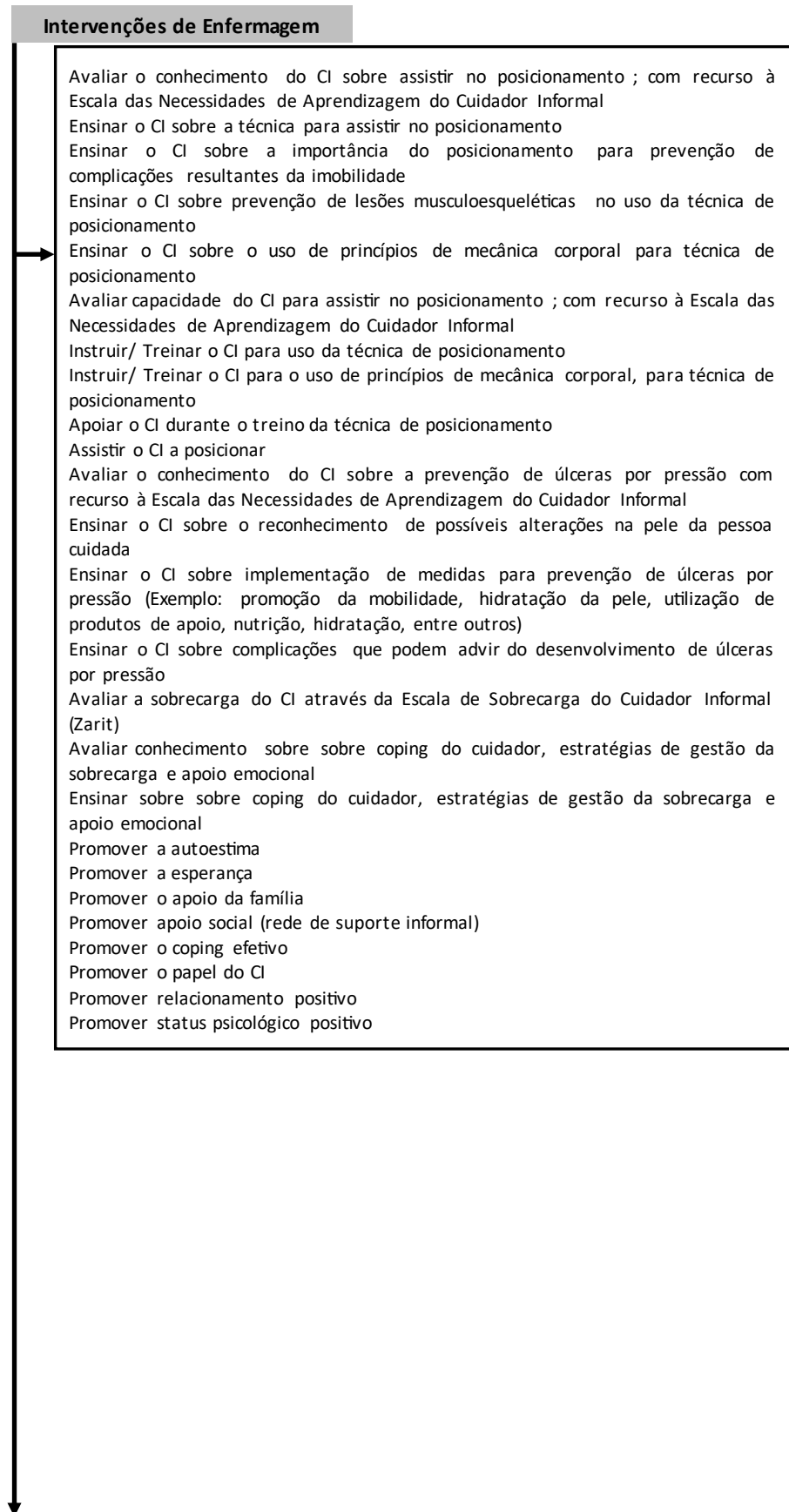
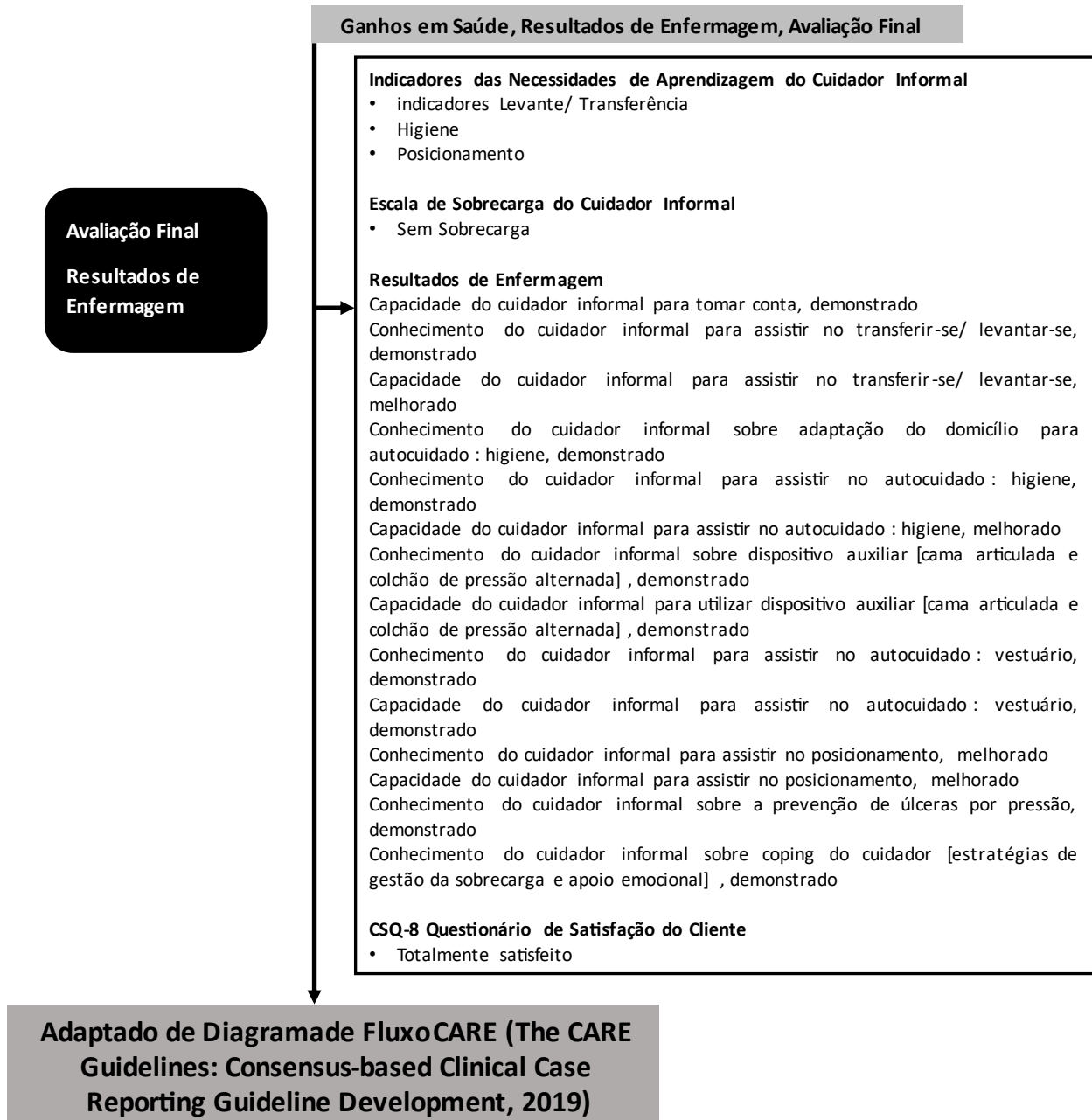


Diagrama de Fluxo Cuidador Informal



APÊNDICE V - Estudo de Caso 3

DESCRIÇÃO DO ESTUDO DE CASO 3

A pessoa cuidada 3.1, tem 82 anos, género feminino, orientada no tempo espaço e pessoa.

No dia 11/10/2021 recorreu ao serviço de urgência por um quadro de vômitos com início há duas semanas, tendo realizados vários exames complementares de diagnóstico que revelaram litíase vesicular, com indicação para internamento no serviço de Cirurgia Geral para cumprimento de antibioterapia. Proposta colecistectomia laparoscópica, porém convertida para laparotomia subcostal direita tendo sido realizada a 20/10/2021. Por apresentar complicação por fístula biliar, foi colocado dreno que se manteve sempre funcionante de conteúdo bilioso. Atribuída alta clínica para domicílio a 9/11/2021.

No dia 26/11/2021, na consulta de reavaliação em Cirurgia Geral, foi dada indicação para internamento em Unidade de Hospitalização Domiciliária (UHD) para cumprimento de esquema antibiótico (isolamento de *Klebsiella pneumoniae* e *Pseudomonas aeruginosa* multirresistente no conteúdo drenado) e manutenção de reabilitação motora.

Durante o internamento na UHD manteve evolução favorável, tendo sido atribuída alta clínica no dia 7/12/2021, mantendo o dreno com drenagem de conteúdo amarelo.

Previamente ao episódio de internamento de outubro de 2021, a pessoa cuidada 3.1 era independente para todos os autocuidados, realizava todas as compras e atividades burocráticas relacionadas com a casa e residia com o seu marido em prédio no rés do chão, com acesso através de um lance de escadas. Após a alta a 9/11, por apresentar uma maior necessidade de apoio para a satisfação de alguns autocuidados, a pessoa cuidada 3.1 e o seu marido mudaram-se temporariamente para casa da sua filha (CI 3). Visto que a área de residência da filha se encontrava fora da área de abrangência da UHD, a díade optou por regressar à casa da pessoa cuidada 3.1 e do seu marido durante o período de tempo de internamento.

No momento da avaliação inicial no dia 27/11/2021, a pessoa cuidada 3.1 e a sua filha, CI 3, apresentavam grande ansiedade associada alguns fatores, tais como: transição saúde-doença; transição desenvolvimental por situação de dependência para alguns autocuidados pela pessoa cuidada 3.1; adaptação do domicílio à nova condição da pessoa cuidada 3.1; e o levantamento de necessidades de aprendizagem do CI 3 relacionados com a satisfação dos autocuidados da pessoa cuidada 3.1.

Desta forma, durante todas as sessões aplicadas ao longo do internamento em UHD, houve a necessidade de motivar e encontrar estratégias para facilitar as transições apresentadas e que eram alvo de preocupação por parte desta díade.

1. Caracterização da Pessoa Cuidada

A caracterização da Pessoa Cuidada 3.1 foi realizada na avaliação inicial no dia 27/11/2021, na manhã seguinte à transferência para a UHD. Esta caracterização passa pela identificação, caracterização sociodemográfica e condição de saúde doença da pessoa cuidada, assim como pela utilização dos seguintes instrumentos de colheita de dados:

- Mini Mental State Examination
- Blessed Dementia Scale
- Escala de Solidão
- Medida de Independência Funcional
- Escala de Lawton & Brody
- Escala de Quedas de Morse
- Escala de Braden
- Elderly Nursing Core Set

1.1. Identificação, caracterização sociodemográfica e condição de saúde doença

Tabela 1 - Identificação, caracterização sociodemográfica e condição de saúde doença

Zona de residência	Rio de Mouro		
Idade (anos)	82		
Género	Feminino		
Estado Civil	Casado		
Nível de escolaridade	Frequentou a escola, mas não frequentou o ensino superior	Quantos anos?	4
Peso (kg)	60		
Altura (m)	1,63		
Patologias	Doenças do sistema circulatório (Hipertensão Arterial, Cirurgia Vascular membro inferior direito) Doenças do trato digestivo (Fístula via biliar) Doenças do sistema musculoesquelético (Cirurgia joelho Esquerdo, Cirurgia joelho Direito, # colo do fémur com colocação de prótese total da anca) Doenças do aparelho geniturinário (Histerectomia total)		
Cirurgias anteriores	Cirurgia joelho Esquerdo	(há 40 anos)	
	Cirurgia joelho Direito		
	Histerectomia		total

	Cirurgia	Vascular	membro	inferior	direito
	# colo do fémur com colocação de prótese total da anca (OUT 2017)				
Patologias na família direta e respetivo grau de parentesco:	Neoplasias (tumores) – Grau de Parentesco: Neoplasia do útero (Mãe);				
	Melanoma		(Filha	e	sobrinho)
	Doença do trato respiratório – Grau de Parentesco: Tuberculose				
	Pulmonar				(Pai)
	Malformações congénitas deformidades e anomalias cromossómicas –				
	Grau de Parentesco: Síndrome Werdnig-Hoffmann (Filho)				
	Outros – Grau de Parentesco – Acidente Vascular Cerebral (Irmã)				

1.2. Mini Mental State Examination

Tabela 2 - Mini Mental State Examination

	Pontuação
Orientação	9
Retenção	3
Atenção e Cálculo	3
Evocação	0
	2
	1
Linguagem	3
	1
	1
Habilidade Construtiva	1
Total	24
Interpretação	sem declínio cognitivo

Interpretação Mini Mental State Examination: A pessoa cuidada 3.1 nas questões de orientação respondeu corretamente a todas exceto mês em que estamos. Relativamente às questões de retenção e, linguagem não apresentou nenhuma alteração. Na questão da dimensão do atenção e cálculo respondeu corretamente aos primeiros três números, não conseguindo completar a sequência. Na dimensão da evocação não conseguiu reproduzir nenhuma das palavras. Na habilidade construtiva a pessoa cuidada 3.1 não conseguiu reproduzir o desenho solicitado. O score final corresponde a um **total de 24**, indicando que pessoa cuidada 3.1 se apresenta **sem declínio cognitivo**.

1.3. Blessed Dementia Scale

Tabela 3 - Blessed Dementia Scale

Atividade	Pontos	
Dificuldade em desempenhar tarefas domésticas	Total	1
Dificuldade em manusear pequenas quantias de dinheiro	Nenhuma	0
Dificuldade de lembrar-se de pequenas listagens (por exemplo, compras)	Parcial	0,5
Dificuldade de localizar-se dentro de casa	Nenhuma	0
A Dificuldade de localizar-se em ruas conhecidas	Nenhuma	0
Dificuldade de reconhecer o meio (hospital, residência, diferenciar médicos, enfermeiras, pacientes e visitantes)	Nenhuma	0
Dificuldade de lembrar-se de acontecimentos recentes (passeios, visitas de parentes e amigos, etc...)	Nenhuma	0
Tendência para remoer sobre o passado	Nenhuma	0
Alimentação	de forma limpa, com talheres adequados	0
B Vestuário	Veste-se sem ajuda	0
Controle de esfíncteres	Normal	0
Flexibilidade diminuída	Ausente	0
Egocentrismo aumentado	Ausente	0
Diminuição da atenção pelos sentimentos dos outros	Ausente	0
Aplanamento dos afetos	Ausente	0
Diminuição do controlo emocional	Ausente	0
C Hilaridade em situações inapropriadas	Ausente	0
Embotamento das respostas emocionais	Ausente	0
Comportamento sexual bizarro	Ausente	0
Abandono dos interesses	Ausente	0
Diminuição da iniciativa	Ausente	0
Hiperatividade (sem finalidade)	Ausente	0
Total		1,5
Interpretação	sem deterioração intelectual e de personalidade	

Interpretação Blessed Dementia Scale: A pessoa cuidada 3.1 apresenta-se **sem deterioração intelectual e de personalidade**, que equivale a um score final de **1,5**.

Das dimensões indicadas a pessoa cuidada 3.1 apresenta dificuldade total em desempenhar tarefas domésticas e dificuldade parcial de lembrar-se de pequenas listagens.

1.4. Escala de Solidão

Tabela 4 - Escala de Solidão

Afirmações	Frequência	Pontuação
Sente-se infeliz por fazer muitas coisas sozinho	Nunca	1
Sente que não tem alguém com quem falar	Nunca	1
Sente que tem falta de companhia	Nunca	1
Sente-se como se realmente ninguém o compreendesse	Nunca	1
Sente que não tem ninguém a quem possa recorrer	Raramente	2
Não se sente íntimo de qualquer pessoa	Nunca	1
Sente que os que o rodeiam já não compartilham dos seus interesses	Nunca	1
Sente-se abandonado	Nunca	1
Sente-se completamente só	Nunca	1
É incapaz de estabelecer contactos e comunicar com os que o rodeiam	Nunca	1
As suas relações sociais são superficiais	Nunca	1
Considera que na realidade ninguém o conhece bem	Nunca	1
Sente-se isolado das outras pessoas	Nunca	1
Sente-se infeliz de estar tão afastado dos outros	Nunca	1
É-lhe difícil fazer amigos	Nunca	1
Sente-se posta à margem e excluída das outras pessoas	Nunca	1
Total		17
Interpretação	não apresenta sentimentos negativos de solidão	

Interpretação Escala de Solidão: A pessoa cuidada 3.1 **não apresenta sentimentos negativos de solidão**, que equivale a um score final de **17**. Respondeu negativamente a todas as afirmações, exceto aquela a que se refere ao raramente sentir que não tem ninguém a quem possa recorrer.

1.5. Medida de Independência Funcional

Tabela 5 - Medida de Independência Funcional (27/11/2021)

		Pontos	Pontuação
Autocuidados	A – Alimentação	7	Independência completa
	B – Higiene Pessoal	3	Ajuda moderada realiza mais de 50% da tarefa
	C – Banho (lavar o corpo)	4	Ajuda mínima realiza mais de 75% da tarefa
	D – Vestir metade superior	4	Ajuda mínima realiza mais de 75% da tarefa
	E – Vestir metade inferior	7	Independência completa
	F – Utilização da sanita	5	Necessidade de supervisão durante a realização da tarefa
Controlo de Esfínteres	G - Bexiga	7	Independência completa
	H - Intestinal	7	Independência completa
Mobilidade/ Transferências	I – Leito, Cadeira, cadeira de rodas	4	Ajuda mínima realiza mais de 75% da tarefa
	J - Sanita	6	Independência Modificada
	K – Duche / banheira	5	Necessidade de supervisão durante a realização da tarefa
Locomoção	L – Marcha / cadeira de rodas	4	Ajuda mínima realiza mais de 75% da tarefa
	M – Escadas	4	Ajuda mínima realiza mais de 75% da tarefa
Comunicação	N – Compreensão (auditiva / visual)	7	Independência completa
	O – Expressão (vocal / não vocal)	7	Independência completa
Cognição Social	P – Interação Social	7	Independência completa
	Q – Resolução de problemas	7	Independência completa
	R - Memória	6	Independência Modificada

Total	101
Interpretação	Dependência modificada com assistência até 25% da tarefa

Interpretação Medida de Independência Funcional (27/11/2021): A pessoa cuidada 3.1 apresenta uma **dependência modificada com assistência até 25% da tarefa**, que equivale a um score final de **101**.

As atividades em que a pessoa cuidada 3.1 tem uma independência completa são: Alimentação; Vestir metade inferior; Controlo de Esfíncteres; Compreensão (auditiva / visual); Expressão (vocal / não vocal); Interação Social; e Resolução de problemas.

A atividade em que a pessoa cuidada 3.1 tem uma independência modificada é na transferência para a sanita.

A pessoa cuidada 3.1 tem uma independência modificada na transferência para a sanita e nas atividades relacionadas com a memória.

A atividade em que a pessoa cuidada 3.1 tem necessidade de ajuda mínima, pois realiza mais de 75% da tarefa corresponde ao banho (lavar o corpo), vestir a parte superior, mobilidade e transferência para o leito/ cadeira e na locomoção nomeadamente na marcha (apenas com apoio unilateral) e nas escadas.

Por último, a atividade em que a pessoa cuidada 3.1 tem necessidade de ajuda moderada, pois realiza mais de 50% da tarefa corresponde aos cuidados de higiene.

Tabela 6 - Medida de Independência Funcional (16/12/2021)

	Pontos	Pontuação
A – Alimentação	7	Independência completa
B – Higiene Pessoal	5	Necessidade de supervisão durante a realização da tarefa
C – Banho (lavar o corpo)	5	Necessidade de supervisão durante a realização da tarefa
Autocuidados D – Vestir metade superior	7	Independência completa
E – Vestir metade inferior	7	Independência completa
F – Utilização da sanita	5	Necessidade de supervisão durante a realização da tarefa

Controlo de	G - Bexiga	7	Independência completa
Esfínteres	H - Intestinal	7	Independência completa
Mobilidade/ Transferências	I – Leito, Cadeira, cadeira de rodas	4	Ajuda mínima realiza mais de 75% da tarefa
	J - Sanita	6	Independência Modificada
	K – Duche / banheira	5	Necessidade de supervisão durante a realização da tarefa
Locomoção	L – Marcha / cadeira de rodas	4	Ajuda mínima realiza mais de 75% da tarefa
	M – Escadas	4	Ajuda mínima realiza mais de 75% da tarefa
Comunicação	N – Compreensão (auditiva / visual)	7	Independência completa
	O – Expressão (vocal / não vocal)	7	Independência completa
Cognição Social	P – Interação Social	7	Independência completa
	Q – Resolução de problemas	7	Independência completa
	R - Memória	6	Independência Modificada
Total		107	
Interpretação			Independência Completa

Interpretação Medida de Independência Funcional (16/12/2021): A pessoa cuidada 3.1 apresenta uma **independência completa**, que equivale a um score final de **107**.

As atividades em que a pessoa cuidada 3.1 tem uma independência completa são: Alimentação; Vestir metade superior e inferior; Controlo de Esfínteres; Compreensão (auditiva / visual); Expressão (vocal / não vocal); Interação Social; e Resolução de problemas.

A pessoa cuidada 3.1 tem uma independência modificada na transferência para a sanita e nas atividades relacionadas com a memória.

As atividades em que a pessoa cuidada 3.1 tem necessidade de supervisão durante a realização da tarefa são: higiene pessoal, banho (lavar o corpo), utilização da sanita e transferência para duche.

Por último, atividade em que a pessoa cuidada 3.1 tem necessidade de ajuda mínima, pois realiza mais de 75% da tarefa corresponde à mobilidade e transferência para o leito/cadeira, na locomoção nomeadamente na marcha (apenas com apoio unilateral) e nas escadas.

1.6. Escala de Lawton & Brody

Tabela 7 - Escala de Lawton & Brody

Item	Avaliação	Cotação
Cuidar da casa	Incapaz de fazer qualquer tarefa	5
Lavar a roupa	É incapaz de lavar a roupa	3
Preparar comida	Prepara se lhe derem os ingredientes	2
Ir às compras	É incapaz de ir às compras	4
Uso do telefone	Usa-o sem dificuldade	1
Uso de transporte	Incapaz de usar o transporte	4
Uso do dinheiro	Paga as contas, vai ao banco, etc	1
Responsável pelos medicamentos	Responsável pela medicação	1
Total		21
Interpretação		severamente dependente, necessita de muita ajuda

Interpretação Escala de Lawton & Brody: A pessoa cuidada 3.1 apresenta-se **severamente dependente, necessita de muita ajuda**, que equivale a um score final de **21**. Os itens que executa sem apoio total são: prepara a comida se lhe derem os ingredientes, usa o telefone sem dificuldade, paga as suas contas e é responsável pela sua medicação.

1.7. Escala de Quedas de Morse

Tabela 8 - Escala de Quedas de Morse

Item	Avaliação	Pontuação
Historial de quedas; neste internamento urgência/ ou nos últimos três meses	Sim	25
Diagnóstico(s) secundário(s)	Sim	15
Ajuda para caminhar	Muletas/canadianas/bengala/andarrilho	15
Terapia intravenosa	Sim	15
Postura no andar e na transferência	Debilidade	10
Estado mental	Consciente das suas capacidades	0
Total		80
Interpretação		Alto risco

Interpretação Escala de Quedas de Morse: A pessoa cuidada 3.1 apresenta um **alto risco de queda**, que equivale a um score final de **80**. Este resultado corresponde a história de quedas recorrentes nos últimos três meses, diagnóstico secundário presente, está ainda relacionado com o facto de necessitar de ajuda de bengala para caminhar, por ter antibioterapia intravenosa 24h por dia, através de Bomba de Infusão e por se apresentar debilitada na postura no andar e na transferência.

1.8. Escala de Braden

Tabela 9 - Escala de Braden

Item	Avaliação	Pontuação
Perceção sensorial	Nenhuma limitação	4
Humidade	Pele raramente húmida	4
atividade física	Anda ocasionalmente	3
Mobilidade	Ligeiramente limitado	3
Nutrição	Adequada	3
Fricção e forças de deslizamento	Nenhum problema	3
Total		20

Interpretação

baixo risco

Interpretação Escala de Braden: A pessoa cuidada 3.1 apresenta **baixo risco para o desenvolvimento de úlceras por pressão**, que equivale a um score final de **20**.

1.9. Elderly Nursing Core Set

Tabela 10 - Elderly Nursing Core Set (27/11/2021)

Secção	Item	Pontuação	
II	1. Funções da Consciência	0-5%	nenhuma deficiência
	2. Funções da orientação	5-25%	deficiência ligeira
	3. Funções da atenção	5-25%	deficiência ligeira
	4. Funções da memória	95-100%	deficiência completa
	5. Funções emocionais	0-5%	nenhuma deficiência
	6. Funções Cognitivas de nível superior	0-5%	nenhuma deficiência
	7. Sensação de dor	0-5%	0
	8. Funções da PA	0-5%	PA Sistólica até 120mmHg e Diastólica até 80mmHg
	9. Funções da respiração	0-5%	nenhuma deficiência
	10. Funções da defecação	0-5%	nenhuma deficiência
III	11. Estrutura das áreas da pele	50-95%	deficiência grave
	12. Realizar a rotina diária	5-25%	dificuldades ligeiras
	13. Comunicar e receber mensagens orais	0-5%	sem dificuldades
	14. Falar	0-5%	sem dificuldades
	15. conversação	0-5%	sem dificuldades
	16. Mudar a posição básica do corpo	25-50%	dificuldades moderadas em pelo menos duas das dimensões referidas
	17. Manter a posição do corpo	25-50%	dificuldades moderadas
	18. Utilização da mão e do braço	0-5%	sem dificuldades
	19. Andar	25-50%	dificuldades moderadas
	20. Deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento	50-95%	dificuldades graves
	21. Lavar-se	5-25%	dificuldades ligeiras
	22. Cuidar de partes do corpo	5-25%	dificuldades ligeiras
	23. Cuidados relacionados com os processos de excreção	0-5%	sem dificuldades

	24. Vestir-se	5-25%	dificuldades ligeiras
	25. Comer	0-5%	sem dificuldades
	26. Beber	0-5%	sem dificuldades
	27. Relacionamentos familiares	0-5%	sem dificuldades
	28. Família próxima	0-5%	família próxima oferece total suporte
	29. Amigos	50-95%	os meus amigos oferecem apoio pontual
IV	30. Prestadores de cuidados pessoais e assistentes pessoais	95-100%	Prestadores de cuidados pessoais e assistentes pessoais não oferecem qualquer apoio
	31. Profissionais de saúde	25-50%	profissionais de saúde oferecem apoio de suplemento
	Score geral da funcionalidade	40,75%	deficiência moderada
	Autocuidado	43%	deficiência moderada
SCORE	Aprendizagem e funções da memória	20%	deficiência ligeira
	Comunicação	20%	deficiência ligeira
	Relação com os amigos e cuidadores	80%	deficiência severa

Interpretação Elderly Nursing Core Set (27/11/2021): A pessoa cuidada 3.1 apresenta um score geral da funcionalidade de **40,75%** que corresponde a uma **deficiência moderada**. Revela-se uma deficiência severa nas atividades relacionadas com a relação com os amigos e cuidadores, com um score de 80%. Nas atividades relacionadas com autocuidado a pessoa cuidada 3.1 apresenta uma deficiência moderada, com um score de 43% e, por último, no âmbito da comunicação e da aprendizagem e funções da memória a pessoa cuidada 3.1 apresenta deficiência ligeira, num score total de 20% em cada uma destas áreas de avaliação.

Tabela 11 - Elderly Nursing Core Set (16/12/2021)

Secção	Item	Pontuação	
II	1. Funções da Consciência	0-5%	nenhuma deficiência
	2. Funções da orientação	5-25%	deficiência ligeira
	3. Funções da atenção	5-25%	deficiência ligeira
	4. Funções da memória	95-100%	deficiência completa
	5. Funções emocionais	0-5%	nenhuma deficiência
	6. Funções Cognitivas de nível superior	0-5%	nenhuma deficiência
	7. Sensação de dor	0-5%	0
	8. Funções da PA	0-5%	PA Sistólica até 120mmHg e Diastólica até 80mmHg
	9. Funções da respiração	0-5%	nenhuma deficiência
	10. Funções da defecação	0-5%	nenhuma deficiência
III	11. Estrutura das áreas da pele	50-95%	deficiência grave
	12. Realizar a rotina diária	5-25%	dificuldades ligeiras
	13. Comunicar e receber mensagens orais	0-5%	sem dificuldades
	14. Falar	0-5%	sem dificuldades
	15. conversação	0-5%	sem dificuldades
	16. Mudar a posição básica do corpo	25-50%	dificuldades moderadas em pelo menos duas das dimensões referidas
	17. Manter a posição do corpo	5-25%	dificuldades ligeiras
	18. Utilização da mão e do braço	0-5%	sem dificuldades
	19. Andar	25-50%	dificuldades moderadas
	20. Deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento	25-50%	dificuldades moderadas
	21. Lavar-se	5-25%	dificuldades ligeiras
	22. Cuidar de partes do corpo	5-25%	dificuldades ligeiras
	23. Cuidados relacionados com os processos de excreção	0-5%	sem dificuldades
	24. Vestir-se	0-5%	sem dificuldades

	25. Comer	0-5%	sem dificuldades
	26. Beber	0-5%	sem dificuldades
	27. Relacionamentos familiares	0-5%	sem dificuldades
	28. Família próxima	0-5%	família próxima oferece total suporte
	29. Amigos	25-50%	os amigos oferecem apoio apenas se solicitados
IV	30. Prestadores de cuidados pessoais e assistentes pessoais	95-100%	Prestadores de cuidados pessoais e assistentes pessoais não oferecem qualquer apoio
	31. Profissionais de saúde	50-95%	profissionais de saúde pouco apoio
	Score geral da funcionalidade	39,25%	deficiência moderada
	Autocuidado	37%	deficiência moderada
SCORE	Aprendizagem e funções da memória	20%	deficiência ligeira
	Comunicação	20%	deficiência ligeira
	Relação com os amigos e cuidadores	80%	deficiência severa

Interpretação Elderly Nursing Core Set (16/12/2021): A pessoa cuidada 3.1 apresenta um score geral da funcionalidade de **39,25%** que corresponde a uma **deficiência moderada**. Revela-se uma deficiência severa nas atividades relacionadas com a relação com os amigos e cuidadores, com um score de 80%. Nas atividades relacionadas com autocuidado a pessoa cuidada 3.1 apresenta uma deficiência moderada, com um score de 37% e, por último, no âmbito da comunicação e da aprendizagem e funções da memória a pessoa cuidada 3.1 apresenta deficiência ligeira, num score total de 20% em cada uma destas áreas de avaliação.

2. Caracterização do Cuidador Informal

A caracterização do CI 3 foi realizada na avaliação inicial no dia 27/11/2021, no mesmo momento em que foi realizada à pessoa cuidada 3.1. O segundo momento de avaliação, realizado a 16/12, portanto nove dias após a alta clínica, corresponde à avaliação final e validação da aquisição de conhecimentos e competências. Esta caracterização passa pela identificação, caracterização sociodemográfica e condição de saúde doença do CI, assim como pela utilização dos seguintes instrumentos de colheita de dados:

- Indicadores das Necessidades de Aprendizagem do Cuidador Informal
- Escala de Sobrecarga do Cuidador Informal
- CSQ-8 Questionário de Satisfação do Cliente

2.1. Identificação, caracterização sociodemográfica e condição de saúde doença

Tabela 12 – Identificação, caracterização sociodemográfica e condição de saúde doença

Zona de residência	Carvoeira - Mafra
Idade (anos)	52
Género	Feminino
Estado Civil	união de facto
Grau de Parentesco com a Pessoa Cuidada	Filha
Nível de escolaridade	Frequentou a escola, mas não frequentou o ensino superior
Quantos anos?	25
Peso (Kg)	85
Altura (m)	1,53
Patologias	
Cirurgias anteriores	
Patologias na família direta e respetivo grau de parentesco:	Neoplasias (tumores) – Grau de Parentesco: Melanoma (Irmã e Primo 1º grau) Malformações congénitas deformidades e anomalias cromossómicas – Grau de Parentesco: Síndrome Werdnig-Hoffmann (Irmão)
Conhece o Estatuto de Cuidador Informal?	NÃO
Já solicitou o estatuto de Cuidador Informal?	NÃO
Já foi reconhecido/a como Cuidador/a Informal?	NÃO
Está em condições de ser reconhecido/a como Cuidador Informal?	NÃO
Está fora do enquadramento legal e dos apoios ao cuidador Informal?	SIM

2.2. Indicadores das Necessidades de Aprendizagem do Cuidador Informal

Interpretação Indicadores das Necessidades de Aprendizagem do Cuidador Informal (27/11/2021): O CI 3 demonstrou necessidades de aprendizagem nos seguintes indicadores: **Produtos de Apoio** (Problema Ligeiro); **Prevenção de Quedas** (Problema Moderado); **Prevenção de úlceras por pressão** (Problema Ligeiro).

Interpretação Indicadores das Necessidades de Aprendizagem do Cuidador Informal (16/12/2021): O CI 3 demonstrou ter ultrapassado as necessidades de aprendizagem em todos os indicadores previamente identificados: **Produtos de Apoio** (Passou de Problema Ligeiro para Não há Problema); **Prevenção de Quedas** (Passou de Problema Moderado para Não há Problema); **Prevenção de úlceras por pressão** (Passou de Problema Ligeiro para Não há Problema).

2.3. Escala de Sobrecarga do Cuidador Informal

Tabela 13- Escala de Sobrecarga do Cuidador Informal (27/11/2021)

Item	Escala	Pontuação
Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?	Quase Nunca	2
Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?	Muitas vezes	4
Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?	Muitas vezes	4
Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?	Nunca	1
Sente-se irritado/a quando está junto do seu familiar?	Nunca	1
Considera que a situação atual afeta de forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares?	Às vezes	3
Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?	Muitas vezes	4
Considera que o seu familiar está depende de si?	Às vezes	3
Sente-se esgotado quando tem que estar junto do seu familiar?	Às vezes	3
Vê a sua saúde ser afetada por ter que cuidar do seu familiar?	Quase Nunca	2
Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?	Muitas vezes	4
Pensa que as suas relações sociais são afetadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?	Muitas vezes	4
Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o (a) visitarem devido ao seu familiar?	Quase Nunca	2
Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?	Às vezes	3
Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?	Nunca	1
Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?	Às vezes	3
Considera que perdeu o controle da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?	Às vezes	3
Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?	Às vezes	3

Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?	Às vezes	3
Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?	Às vezes	3
Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?	Muitas vezes	4
Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?	Muitas vezes	4
Total		64
Interpretação	Sobrecarga intensa	

Interpretação Escala de Sobrecarga do Cuidador Informal (27/11/2021): O CI 3 apresenta uma **sobrecarga intensa** associada aos cuidados informais, num score total de **64**.

Tabela 14- Escala de Sobrecarga do Cuidador Informal (16/12/2021)

Item	Escala	Pontuação
Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?	Quase Nunca	2
Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?	Quase sempre	5
Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?	Quase sempre	5
Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?	Nunca	1
Sente-se irritado/a quando está junto do seu familiar?	Nunca	1
Considera que a situação atual afeta de forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares?	Às vezes	3
Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?	Muitas vezes	4
Considera que o seu familiar está depende de si?	Quase Nunca	2
Sente-se esgotado quando tem que estar junto do seu familiar?	Às vezes	3
Vê a sua saúde ser afetada por ter que cuidar do seu familiar?	Quase Nunca	2
Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?	Nunca	1
Pensa que as suas relações sociais são afetadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?	Às vezes	3
Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o (a) visitarem devido ao seu familiar?	Quase Nunca	2
Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?	Nunca	1
Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?	Nunca	1
Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?	Às vezes	3
Considera que perdeu o controle da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?	Nunca	1
Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?	Nunca	1
Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?	Às vezes	3

Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?	Muitas vezes	4
Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?	Às vezes	3
Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?	Às vezes	3
Total		54
Interpretação	Sobrecarga ligeira	

Interpretação Escala de Sobrecarga do Cuidador Informal (16/12/2021): O CI 3 apresenta uma **sobrecarga ligeira** associada aos cuidados informais, num score total de **54**. A redução do score total revela uma melhoria na intensidade da sobrecarga.

2.4. CSQ-8 Questionário de Satisfação do Cliente

Tabela 15- CSQ-8 Questionário de Satisfação do Cliente (16/12/2021)

Item	Escala
1. Como qualificaria o tratamento que recebeu?	4 Excelente
2. Obteve o tipo de tratamento que pretendia?	4 Definitivamente sim
3. Até que ponto, o nosso tratamento correspondeu às suas necessidades?	4 Quase todas as minhas necessidades foram correspondidas
4. Se um/a amigo/a precisasse de ajuda semelhante, recomendar-lhe-ia o nosso tratamento?	4 Sim, definitivamente sim
5. Quão satisfeito/a está com a quantidade de ajuda que recebeu?	4 Muito satisfeito/a
6. O tratamento que recebeu ajudou-o/a a lidar mais eficazmente com os seus problemas?	4 Sim, ajudou muito
7. De uma forma geral, quão satisfeito/a está com o tratamento que recebeu?	4 Muito satisfeito/a
8. Se precisasse de procurar novamente ajuda, voltaria a recorrer aos nossos serviços?	4 Sim, definitivamente sim

Interpretação CSQ-8 Questionário de Satisfação do Cliente (16/12/2021): O CI 3 apresenta -se **totalmente satisfeito** relativamente às intervenções realizadas no âmbito do projeto de intervenção, atribuindo sempre a cotação máxima em cada uma das questões.

3. Plano de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

O plano de cuidados de Enfermagem de Reabilitação do CI 3 foi aplicado em todas as visitas domiciliárias realizadas no contexto do estágio final, num total de duas sessões. A primeira sessão corresponde à avaliação inicial no dia 27/11/2021, seguida de outra sessão no dia 29/11, por fim foi realizada a avaliação final no dia 16/12/2021.

Verificou-se a necessidade de ajuste do plano de cuidados decorrente do tempo disponível para a visita domiciliária.

Tabela 16 – Enunciado de Diagnóstico de Enfermagem, Resultado de Enfermagem e Intervenções de Enfermagem

Enunciado de Diagnóstico de Enfermagem/ Resultado de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
<p>Capacidade do cuidador informal para tomar conta</p> <p>Enunciado de Diagnóstico: Potencial para melhorar capacidade do cuidador informal para tomar conta</p> <p>Resultado de Enfermagem: Capacidade do cuidador informal para tomar conta, demonstrado</p>	<p>Apoiar o CI</p> <p>Assistir o CI a adequar o tomar conta</p> <p>Dar instruções ao CI</p> <p>Avaliar capacidade para tomar conta</p> <p>Instruir/ Treinar o CI para tomar conta</p> <p>Estabelecer a confiança</p> <p>Facilitar capacidade do CI para desempenhar o papel</p> <p>Orientar o CI para o serviço social/ recursos da comunidade</p> <p>Planear a alta com o CI</p>
<p>Conhecimento do cuidador informal sobre dispositivo auxiliar para autocuidado: uso do sanitário e higiene [barras de apoio]</p> <p>Enunciado de Diagnóstico: Potencial para melhorar conhecimento do cuidador informal sobre dispositivo auxiliar para autocuidado: uso do sanitário e higiene [barras de apoio]</p> <p>Resultado de Enfermagem: Conhecimento do cuidador informal sobre dispositivo auxiliar para autocuidado: uso do sanitário e higiene [barras de apoio], demonstrado</p>	<p>Realizar proposta para colocação de barras de apoio para apoio junto da sanita e na zona de duche</p> <p>Avaliar o conhecimento do CI sobre dispositivo auxiliar para autocuidado: uso do sanitário e higiene (barras de apoio), com recurso à Escala das Necessidades de Aprendizagem do Cuidador Informal</p> <p>Ensinar o CI sobre dispositivo auxiliar para autocuidado: uso do sanitário e higiene (barras de apoio)</p>

Enunciado de Diagnóstico de Enfermagem/ Resultado de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
<p>Capacidade do cuidador informal sobre dispositivo auxiliar para autocuidado: uso do sanitário e higiene [barras de apoio]</p> <p>Enunciado de Diagnóstico: Potencial para melhorar capacidade do cuidador informal para utilizar dispositivo auxiliar para autocuidado: uso do sanitário e higiene [barras de apoio]</p> <p>Resultado de Enfermagem: Capacidade do cuidador informal sobre dispositivo auxiliar para autocuidado: uso do sanitário e higiene [barras de apoio], não demonstrado</p>	<p>Avaliar capacidade do CI para utilizar dispositivo auxiliar para autocuidado: uso do sanitário e higiene (barras de apoio), com recurso à Escala das Necessidades de Aprendizagem do Cuidador Informal</p> <p>Instruir/ Treinar para o uso de dispositivo auxiliar para autocuidado: uso do sanitário e higiene (barras de apoio)</p> <p>Apoiar o CI na utilização do dispositivo auxiliar para autocuidado: uso do sanitário e higiene (barras de apoio)</p> <p>Assistir o CI na utilização do dispositivo auxiliar para autocuidado: uso do sanitário e higiene (barras de apoio)</p> <p>Durante o período de internamento não foi possível a colocação das barras de apoio.</p>
<p>Conhecimento do cuidador informal sobre a prevenção de quedas</p> <p>Enunciado de Diagnóstico: Potencial para melhorar conhecimento do cuidador informal sobre a prevenção de quedas</p> <p>Resultado de Enfermagem: Conhecimento do cuidador informal sobre a prevenção de quedas, demonstrado</p>	<p>Avaliar o conhecimento do CI sobre a adaptação do domicílio para a prevenção de quedas</p> <p>Avaliar o conhecimento do CI sobre a prevenção de quedas com recurso à Escala das Necessidades de Aprendizagem do Cuidador Informal</p> <p>Ensinar o CI sobre a implementação medidas para prevenção de quedas</p> <p>Ensinar o CI sobre complicações que podem advir de uma queda</p>

Enunciado de Diagnóstico de Enfermagem/ Resultado de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
<p>Conhecimento do cuidador informal sobre a prevenção de úlceras por pressão</p> <p>Enunciado de Diagnóstico: Potencial para melhorar conhecimento do cuidador informal sobre a prevenção de úlceras por pressão</p> <p>Resultado de Enfermagem: Conhecimento do cuidador informal sobre a prevenção de úlceras por pressão, demonstrado</p>	<p>Avaliar o conhecimento do CI sobre a prevenção de úlceras por pressão com recurso à Escala das Necessidades de Aprendizagem do Cuidador Informal</p> <p>Ensinar o CI sobre o reconhecimento de possíveis alterações na pele da pessoa cuidada</p> <p>Ensinar o CI sobre implementação de medidas para prevenção de úlceras por pressão (Exemplo: promoção da mobilidade, hidratação da pele, utilização de produtos de apoio, nutrição, hidratação, entre outros)</p> <p>Ensinar o CI sobre complicações que podem advir do desenvolvimento de úlceras por pressão</p>
<p>Conhecimento do cuidador informal sobre coping do cuidador [estratégias de gestão da sobrecarga e apoio emocional]</p> <p>Enunciado de Diagnóstico: Potencial para melhorar conhecimento do cuidador informal sobre coping do cuidador [estratégias de gestão da sobrecarga e apoio emocional]</p> <p>Resultado de Enfermagem: Conhecimento do cuidador informal sobre coping do cuidador [estratégias de gestão da sobrecarga e apoio emocional], demonstrado</p>	<p>Avaliar a sobrecarga do CI através da Escala de Sobrecarga do Cuidador Informal (Zarit)</p> <p>Avaliar conhecimento sobre coping do cuidador, estratégias de gestão da sobrecarga e apoio emocional</p> <p>Ensinar sobre coping do cuidador, estratégias de gestão da sobrecarga e apoio emocional</p> <p>Promover a autoestima</p> <p>Promover a esperança</p> <p>Promover o apoio da família</p> <p>Promover apoio social (rede de suporte informal)</p> <p>Promover o coping efetivo</p> <p>Promover o papel do CI</p> <p>Promover relacionamento positivo</p> <p>Promover status psicológico positivo</p>

Tabela 17- Avaliação das dimensões de conhecimento e aprendizagem do CI 3

	Avaliação Inicial	Avaliação Final
Data	27/11	16/12
Diagnóstico de Enfermagem		
Capacidade do cuidador informal para tomar conta	ND	D
Conhecimento do cuidador informal sobre dispositivo auxiliar para autocuidado: uso do sanitário e higiene [barras de apoio]	ND	D
Capacidade do cuidador informal sobre dispositivo auxiliar para autocuidado: uso do sanitário e higiene [barras de apoio]	ND	ND
Conhecimento do cuidador informal sobre a prevenção de quedas	ND	D
Conhecimento do cuidador informal sobre a prevenção de úlceras por pressão	ND	D
Conhecimento do cuidador informal sobre coping do cuidador [estratégias de gestão da sobrecarga e apoio emocional]	ND	D

Legenda: ND – Não Demonstrado; M – Melhorado; D – Demonstrado

Diagrama de Fluxo Cuidador InformaB

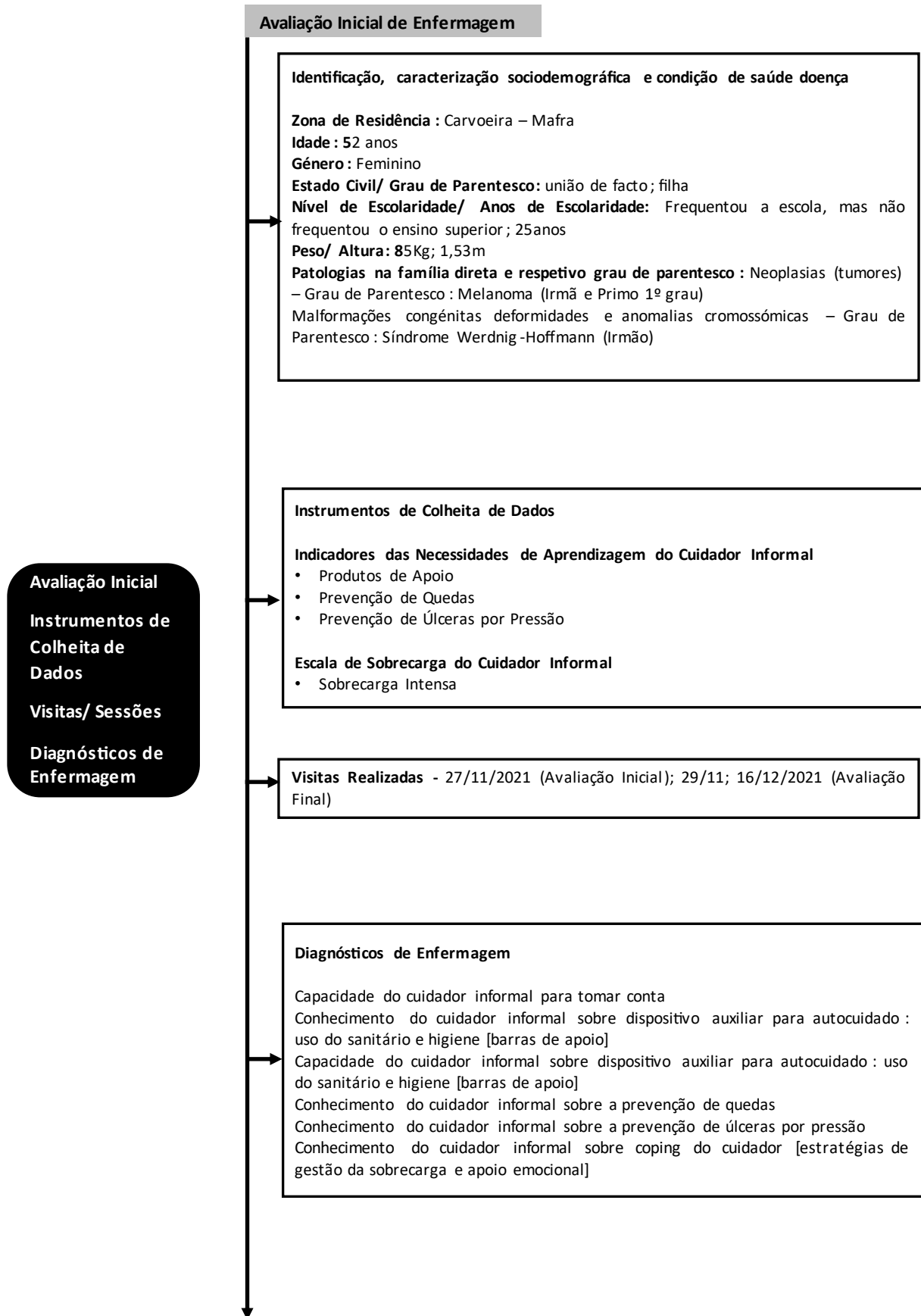


Diagrama de Fluxo Cuidador InformalB

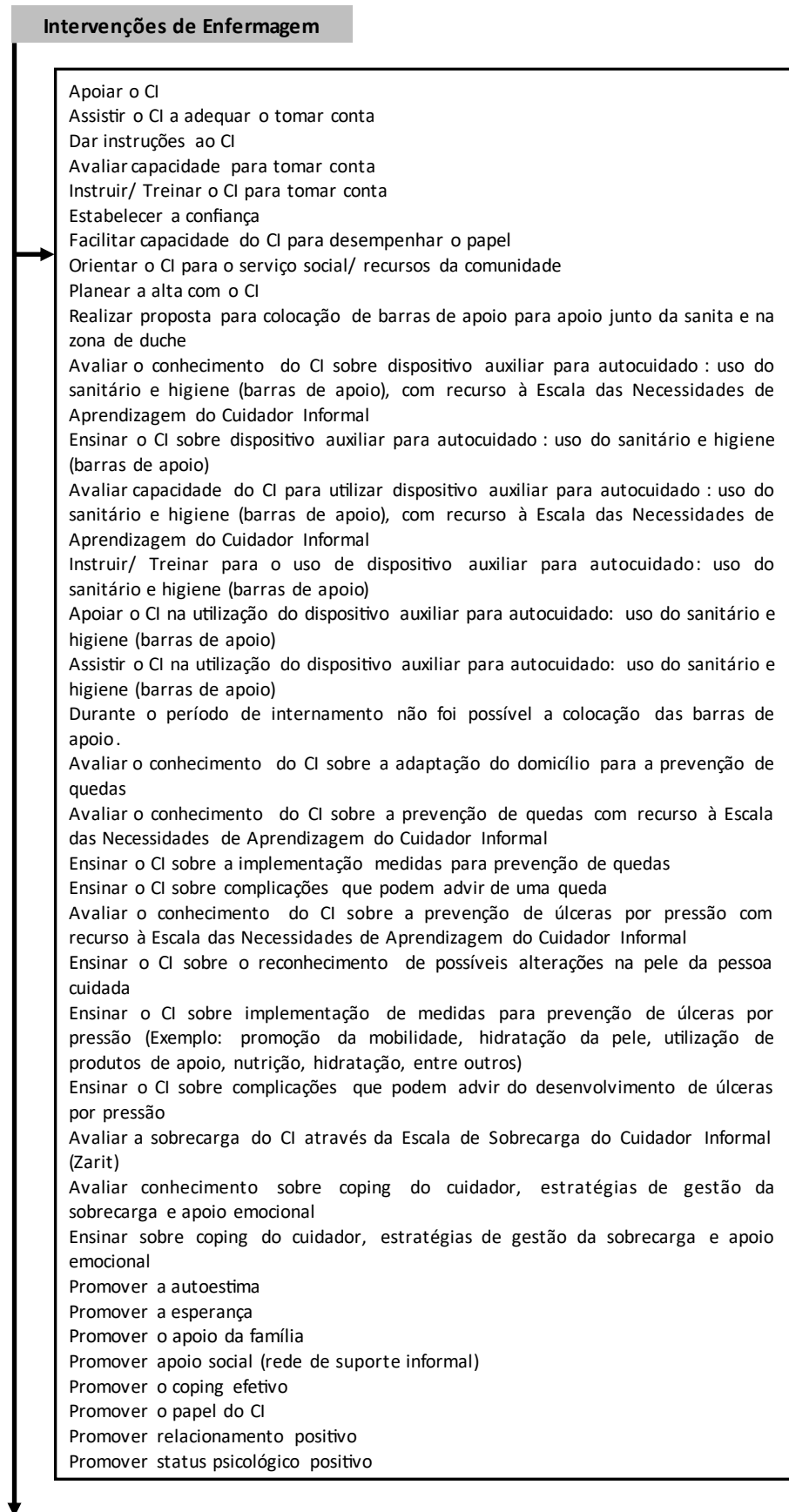
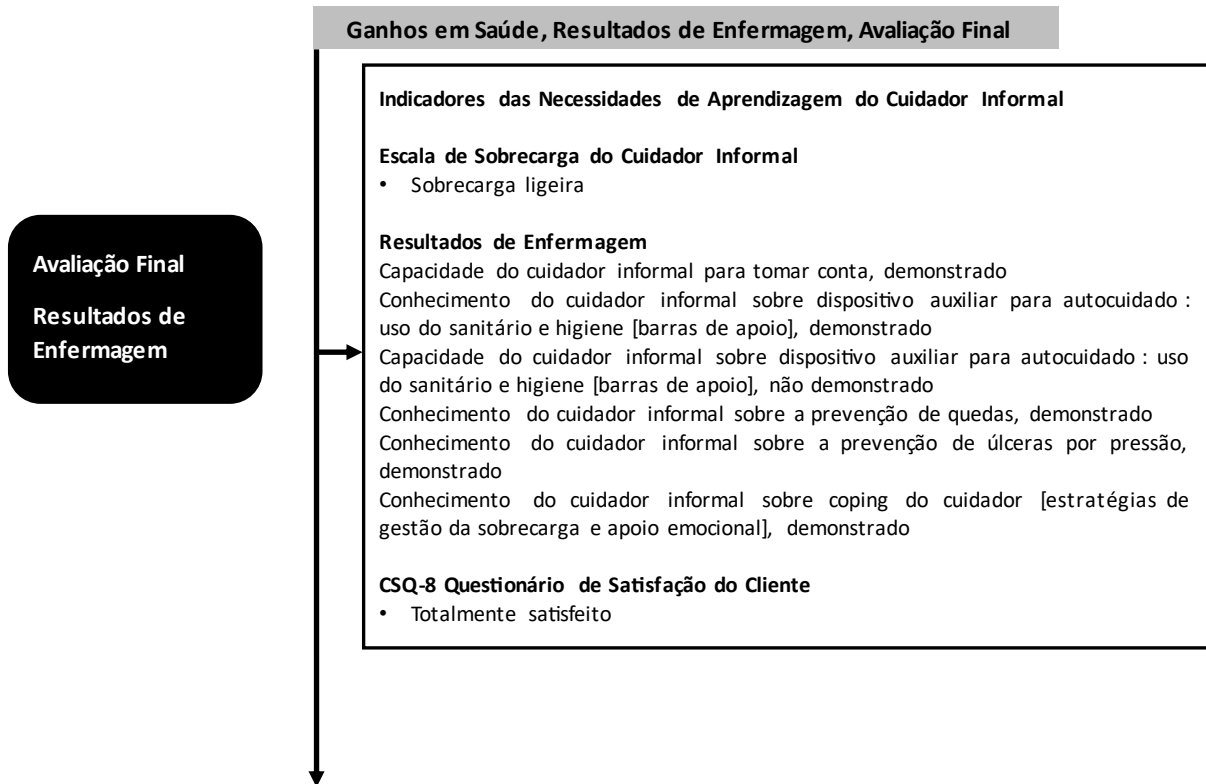


Diagrama de Fluxo Cuidador InformaB



Adaptado de Diagrama de Fluxo CARE (The CARE Guidelines: Consensus-based Clinical Case Reporting Guideline Development, 2019)

**APÊNDICE VI - Folheto Informativo "Guia de Internamento - Cirurgia
Programada"**

O QUE LEVAR PARA O HOSPITAL:

- ⇒ CHINELOS COM SOLA ANTIDERRAPANTE
- ⇒ ARTIGOS DE HIGIENE
- ⇒ MEDICAÇÃO HABITUAL
- ⇒ EXAMES MÉDICOS



O QUE NÃO LEVAR PARA O HOSPITAL:

- ⇒ OBJETOS DE VALOR
- ⇒ DINHEIRO



ORTOPEDIA
GUIA DE
INTERNAMENTO
CIRURGIA
PROGRAMADA

NÃO COMA E NÃO BEBA 6 HORAS ANTES DA CIRURGIA

TOME A SUA MEDICAÇÃO HABITUAL EXCETO ANTICOAGULANTES



GUIA DE INTERNAMENTO

ANTES DO INTERNAMENTO

1. Realização dos exames pré-operatórios (RX Torax, Eletrocardiograma, Análises sanguíneas, Teste COVID-19 24h-72h antes).
2. Programação do regresso a casa (Reabilitação, Apoio domiciliário)

1º DIA DE INTERNAMENTO

1. Ao chegar ao serviço, dirija-se à secretaria do Serviço de Ortopedia;
2. Aguarde na sala de espera pela chamada do Enfermeiro que realizará o acolhimento;
3. Será posteriormente encaminhado à enfermaria e respectiva cama;
4. Será entregue:
 - ⇒ Um envelope para colocar os seus valores;
 - ⇒ Meias de contenção elástica;
 - ⇒ Bata (verde);
 - ⇒ Caixa de prótese dentária;
 - ⇒ Panfleto da Cirurgia a realizar.

SERVIÇO DE ORTOPEDIA

APÓS A CIRURGIA—PRIMEIRAS 24H:

1. Regressará ao serviço, onde poderá necessitar de permanecer na Unidade de Cuidados Intermediários por um período de pelo menos 24 horas;
2. A primeira refeição após cirurgia só com indicação da Equipa de Enfermagem;
3. Será mantido REPOUSO na cama durante as primeiras 24h a 48h após cirurgia;
4. Mesmo em REPOUSO deverá iniciar exercícios de fortalecimento muscular, conforme indicação da Equipa de Reabilitação.

APÓS A CIRURGIA—ATÉ À ALTA:

1. 48 horas após a cirurgia será realizado o penso cirúrgico e retirado o dreno;
2. 24h a 48 horas após a cirurgia realizará o primeiro levante.
3. Inicia Programa de Reabilitação que será mantido durante todo o internamento, com sessões diárias, salvo indicação médica;
4. Será aconselhado a realizar alguns exercícios de forma autónoma durante o internamento, sob a supervisão da Equipa de Reabilitação;

CIRURGIA PROGRAMADA

5. Durante o internamento serão feitos ensinos para a realização das actividades de vida diária (banho, vestir e despir, transferências);
6. A alta está prevista entre o 4º e o 5º dia após cirurgia.

NO MOMENTO DA ALTA:

1. Terá a oportunidade de esclarecer as suas dúvidas com a Equipa de Enfermagem que o acompanhou durante o internamento.

**PARA MAIS INFORMAÇÕES
CONSULTAR O PANFLETO
ESPECÍFICO DA CIRURGIA A
REALIZAR!**

**APÊNDICE VII - Folheto Informativo "Terapêutica Inalatória: Inaladores
Pressurizados Doseáveis"**



- ⇒ Antes da 1ª utilização do inalador desperdiçar 1-4 puffs para o “ar ambiente”;
- ⇒ Garantir que está disponível a dose no inalador (testar pressão do puff);
- ⇒ Lavar a boca sem engolir se usar corticosteroides.

**Alguma dúvida contacte:
Prevenção 9XXXXXXX**

Unidade de Hospitalização Domiciliária



Guia para administração de Inaladores Pressurizados Doseáveis

Guia para administração de Inaladores Pressurizados Doseáveis

1º Passo:

Lavar as mãos



2º Passo:

Retirar o contentor cilíndrico da embalagem
Aquecer a embalagem nas mãos à temperatura corporal



3º Passo:

Retirar a tampa



4º Passo:

Agitar a embalagem na posição vertical (5 segundos)



5º Passo:

Colocar-se de pé, sentado ou semi-sentado

6º Passo:

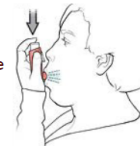
Inclinar a cabeça ligeiramente para trás e efetuar uma expiração lenta



7º Passo:

Colocar o bucal na boca, fechando os lábios e a língua por baixo

Inspirar lentamente e ativar o inalador



8º Passo:

Retirar o inalador da boca e sustentar a respiração durante 10 segundos, de seguida expirar lentamente



Atenção:

Se for prescrito mais do que uma administração aguardar 30 segundos a 1 minuto para uma nova inalação



Higienização do Inalador:

Limpeza com pano húmido na zona do bucal

Ordem de administração dos fármacos:

Salbutamol → Brometo Ipratrópio → Beclometasona (10min após)



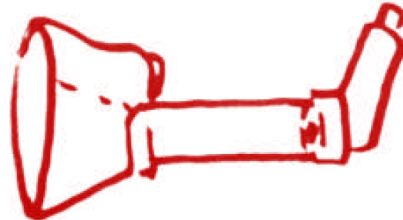


- ⇒ Antes da 1ª utilização do inalador desperdiçar 1-4 puffs para o “ar ambiente”;
 - ⇒ Garantir que está disponível a dose no inalador (testar pressão do puff);
 - ⇒ O intervalo entre a ativação do inalador e a inspiração não deve ser superior a 15 segundos;
 - ⇒ Substituir a câmara expansora se a mesma estiver partida ou estalada;
 - ⇒ A câmara expansora deve ser guardada em local limpo e substituída uma vez por ano;
- Lavar a boca sem engolir e face, se usar corticosteroides.
(Beclometasona, Budesonida, Fluticasona, Mometasona)

**Alguma dúvida contacte:
Prevenção 9XXXXXXX**



Unidade de Hospitalização Domiciliária



Guia para administração de Inaladores Pressurizados com Câmara Expansora



Guia para administração de Inaladores Pressurizados com Câmara Expansora

1º Passo:

Lavar as mãos



2º Passo:

Retirar o contentor cilíndrico da embalagem
Aquecer a embalagem nas mãos à temperatura corporal



3º Passo:

Retirar a tampa



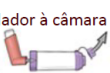
4º Passo:

Agitar a embalagem na posição vertical (5 segundos)



5º Passo:

Adaptar o inalador à câmara expansora



6º Passo:

Colocar-se de pé, sentado ou semi-sentado



7º Passo:

Inclinar a cabeça ligeiramente para trás e efetuar uma expiração lenta



8º Passo:

Colocar o bucal na boca ou adaptar a máscara à face
Inspirar lentamente pela boca e ativar o inalador

8º Passo:

Desadaptar a câmara expansora da boca/face e sustentar a respiração durante 10 segundos, de seguida expirar lentamente



Pode realizar-se uma segunda inalação lenta para aproveitamento completo da dose administrada.

Atenção:

Se for prescrito mais do que uma administração aguardar 30 segundos a 1 minuto para uma nova inalação



Higienização do Inalador:

Limpeza com pano húmido na zona do bucal

Higienização da Câmara Expansora:

Desmontar todas as peças, lavagem uma vez por semana. Colocar em recipiente com água e detergente durante 15 minutos e deixar a secar em ar ambiente, sem limpar.

Higienização da máscara facial:

Após cada utilização lavar com água quente com detergente e posteriormente seca.

Ordem de administração dos fármacos:

Salbutamol → Brometo Ipratrópio → Beclometasona (10min após)



**APÊNDICE VIII - Plano de Sessão de Formação "Administração de Terapêutica
Inalatória - Inaladores Pressurizados Doseáveis"**

<p>Mestrado em Enfermagem em Associação</p> 	<p>Plano de Sessão: Administração de Terapêutica Inalatória – Inaladores Pressurizados Doseáveis</p>	<p>Data: 20/12/2021</p>
---	---	------------------------------------

Público – alvo: Equipa de Enfermagem da Unidade de Hospitalização Domiciliária do [REDACTED]

Objetivo Geral: Sensibilizar para uma correta administração de terapêutica inalatória, aumentando a eficácia da mesma.

Objetivos Específicos: - Identificar as vantagens e desvantagens da terapêutica inalatória;

- Identificar os inaladores pressurizados doseáveis em utilização no [REDACTED]

- Conhecer a técnica correta de administração deste tipo de terapêutica inalatória.

Local de Formação: Sala de Trabalho da Unidade de Hospitalização Domiciliária do [REDACTED]

Vagas disponíveis: 5 lugares

Regime de Formação: Presencial e à distância (através da plataforma Zoom)


Tempo Previsto de Formação: 30 minutos

Formador: Estudante de Especialidade Enfermagem de Reabilitação Enfermeira Joana Xavier Fialho

<p>Mestrado em Enfermagem em Associação</p>	<p>Plano de Sessão: Administração de Terapêutica Inalatória – Inaladores Pressurizados Doseáveis</p>	<p>Data: 20/12/2021</p>
--	---	------------------------------------

	Conteúdos/Atividade	Métodos e Técnicas	Recursos Didáticos	Avaliação	Tempo
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> - Introdução à formação - Definição de objetivo geral e objetivos específicos da formação 	Expositivo	Computador Apresentação de diapositivos	-	5min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> - Vantagens e desvantagens da terapêutica inalatória; - Identificação de fatores que levem à má adesão terapêutica; - Técnica de inalação com inalador pressurizado doseável, com demonstração; - Limpeza e manutenção dos equipamentos; - Intervenção do Enfermeiro na capacitação para a autogestão da terapêutica inalatória. 	Expositivo/ Demonstrativo/ Interrogativo	Exemplares de inaladores pressurizados doseáveis; Exemplares de câmaras expansoras	Observação direta	15 min
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> -Esclarecimento de dúvidas; - Síntese - Avaliação da Formação 	Interrogativo	5 Questionários de Avaliação da Atividade	Questionário de Avaliação da Atividade	10min

APÊNDICE IX - Plano de Sessão de Formação "Apresentação do Folheto Informativo «Guia de Internamento - Cirurgia Programada»"

	<p>Plano de Sessão: Apresentação do Panfleto “Guia de Internamento – Cirurgia Programada”</p>	<p>Data: 22/06/2021 23/06/2021 24/06/2021</p>
---	--	--

Público – alvo: Equipa de Enfermagem do Serviço de Ortopedia do Hospital [REDACTED]

Objetivo Geral: Dar a conhecer o novo Panfleto “Guia de Internamento – Cirurgia Programada”

Objetivos Específicos: - Identificar o momento correto para fornecimento do novo Panfleto “Guia de Internamento – Cirurgia Programada”

- Conhecer a estrutura do novo Panfleto “Guia de Internamento – Cirurgia Programada”

Local de Formação: Sala de Reuniões do Serviço de Ortopedia do [REDACTED]

Vagas disponíveis: 20 lugares

Regime de Formação: Presencial

Tempo Previsto de Formação: 20 minutos

	Conteúdos/Atividade	Métodos e Técnicas	Recursos Didáticos	Avaliação	Tempo
Introdução	- Introdução à formação e apresentação dos formadores - Definição de objetivo geral e objetivos específicos da formação	Expositivo	-	-	5min
Desenvolvimento	- Apresentação das necessidades identificadas no serviço e que levaram à criação do Panfleto “Guia de Internamento – Cirurgia Programada” - Entrega do Panfleto a todos os participantes da formação - Apresentação da estrutura e os conteúdos do Panfleto - Validação da informação prestada, recorrendo a questões de retorno	Expositivo/ Demonstrativo/ Interrogativo	Panfleto “Guia de Internamento – Cirurgia Programada” (22 exemplares)	Observação direta	10 min
Conclusão	-Esclarecimento de dúvidas; - Síntese - Avaliação da Formação	Interrogativo	---	Questionário de Avaliação da Atividade	5min

Formadores: Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação Mara Gonçalves e Estudante de Especialidade Enfermagem de Reabilitação Enfermeira Joana Xavier Fialho

APÊNDICE X - Avaliação da Sessão de Formação: "Apresentação do Folheto Informativo «Guia de Internamento - Cirurgia Programada»"



Formação: Apresentação do Panfleto “Guia de Internamento – Cirurgia Programada”

Avaliação da Formação

Parecer Global da Formação:

- Foram cumpridos os objetivos da formação;
- Foi demonstrada pela Equipa de Enfermagem um elevado interesse e participação na formação.

19 Participantes preencheram o Questionário de Avaliação da formação sendo que os resultados percentuais de cada item foram os seguintes:

Momentos	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Neutro	Satisfeito	Muito Satisfeito
Data escolhida para a formação				4/19 21%	15/19 79%
Hora escolhida para a formação				3/19 16%	16/19 84%
Local onde decorreu a formação				2/19 11%	17/19 89%
Tempo de formação				1/19 5%	18/19 95%
Tema da formação				1/19 5%	18/19 95%
Conteúdos programáticos				1/19 5%	18/19 95%
Métodos e Técnicas utilizadas para a formação				1/19 5%	18/19 95%
Materiais didáticos utilizados				1/19 5%	18/19 95%
Formadores				1/19 5%	18/19 95%

O parecer geral sobre a formação e as sugestões de melhoria foram:

- “Formação bem-sucedida, apenas acrescentar os contactos dos administrativos”
- “Número telefónico da secretária de Unidade”
- “Mudança dos números telefónicos para os números correspondentes da secretária”

Face aos resultados obtidos na avaliação da formação propõe-se que seja colocada a proposta à Direção de Enfermagem a alteração, ou acréscimo, dos contactos telefónicos que correspondem aos Serviços Administrativos do Serviço de Ortopedia.

28 de junho de 2021

Formadoras:

Enf. Mara Coelho Gonçalves

Enf. Joana Xavier Fialho

APÊNDICE XI - Avaliação da Sessão de Formação: "Apresentação do Folheto Informativo «Guia de Internamento - Cirurgia Programada»"



Formação: “Administração de Terapêutica Inalatória – Inaladores Pressurizados Doseáveis”

Avaliação da Formação

Parecer Global da Formação:

- Foram cumpridos os objetivos da formação;
- Foi demonstrada pela Equipa de Enfermagem um elevado interesse e participação na formação.

4 Participantes preencheram o Questionário de Avaliação da formação sendo que os resultados percentuais de cada item foram os seguintes:

Momentos	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Neutro	Satisfeito	Muito Satisfeito
Data escolhida para a formação				1/4 25%	3/4 75%
Hora escolhida para a formação					4/4 100%
Local onde decorreu a formação					4/4 100%
Tempo de formação				1/4 25%	3/4 75%
Tema da formação				1/4 25%	3/4 75%
Conteúdos programáticos				1/4 25%	3/4 75%
Métodos e Técnicas utilizadas para a formação				1/4 25%	3/4 75%
Materiais didáticos utilizados				2/4 50%	2/4 50%
Formador					4/4 100%

O parecer geral sobre a formação e as sugestões de melhoria foram:

- “A manter formação sobre inaloterapia no serviço de origem, para melhorar/ manter boas práticas na utilização destes dispositivos e criar dinâmicas nos profissionais que efetuam ensinamentos aos utentes.”
- “Formação de interesse geral para o serviço, são aplicados e administrados frequentemente este tipo de materiais e estes fármacos. Como tal é necessário realizar atualizações sobre esta temática. Foi sugerido à formadora a realização de um folheto informativo com estas informações para serem realizados os ensinamentos aos utentes e cuidadores/família.”

Face aos resultados obtidos na avaliação da formação propõe-se que seja realizado um folheto informativo para entrega aos utentes/ cuidadores que integrem a Unidade de Hospitalização Domiciliária, durante a realização de ensinamentos referentes à terapêutica inalatória.

20 de dezembro de 2021

Formador: Enf. Joana Xavier Fialho

APÊNDICE XII - Plano de Cuidados Serviço de Ortopedia

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Universidade de Évora

Escola Superior de Enfermagem São João de Deus

Unidade Curricular Estágio em Enfermagem de Reabilitação I

5º Curso de Mestrado em Enfermagem de Associação 2020/2021

Plano de Cuidados

Serviço de Ortopedia B do Hospital [REDACTED]

Docente: Professor Doutor Luis Sousa

Supervisora Clínica: EEER [REDACTED]

Discente: Enf. Joana Xavier Fialho, nº 46993

Évora,
junho 2021

Siglas e Abreviaturas

ATJ – Artroplastia Total do Joelho

AVD's – Atividades de Vida Diária

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

IMC – Índice de Massa Corporal

Meios Complementares de Diagnóstico e Tratamento (MCDT)

PTJ – Prótese Total do Joelho

Índice

Introdução	5
1. Processo de Enfermagem	6
1.1 Avaliação Inicial	6
1.1.1 Dados Gerais	6
1.1.2 História Clínica	6
1.2 Proposta de Tratamento Cirúrgico	7
1.3 Internamento	11
2. Instrumentos de Avaliação	13
2.1 Índice de Massa Corporal	13
2.2 Índice de Barthel	13
2.3 Escala de Quedas de Morse	15
2.4 Escala de Coma de Glasgow	16
2.5 Medida da Independência Funcional	16
2.6 <i>Medical Research Council</i> Modificada	18
2.7 Escala Numérica Visual	19
2.8 Escala de Berg	20
3. Plano de Cuidados	22
Reflexão Crítica	41
Conclusão	43
Referências Bibliográficas	44
Anexos	45
Anexo 1 - Guia de Acolhimento ao Utente/Família	46
Anexo 2 - Prevenção de quedas de idosos no domicílio	49
Anexo 3 - Impresso específico para recolha de dados - protocolo do serviço de Ortopedia	52
Anexo 4 - Flyer Prótese Total do Joelho	55

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Recolha de dados gerais	6
Tabela 2 - Análises Pré-operatórias (19/4/2021)	7
Tabela 3 - Análises Pré-operatórias (19/5/2021)	10
Tabela 4 - Índice de Massa Corporal (20/5/2021)	13
Tabela 5 - Índice de Barthel	14
Tabela 6 - Escala de Quedas de Morse	15
Tabela 7 - Escala de Coma de Glasgow	16
Tabela 8 - Medida de Independência Funcional	17
Tabela 9 - <i>Medical Research Council</i> Modificada	18
Tabela 10 - Escala Numérica Visual	19
Tabela 11 - Escala de Berg	20

Índice de Figuras

Figura 1 - Radiografia Joelho Direito em carga, vista anterior e lateral (23/01/2020)	9
Figura 2 - Radiografia Joelho Esquerdo em carga, vista anterior e lateral (23/01/2020)	9
Figura 3 - Radiografia Tórax, vista anterior (27/4/2021)	10
Figura 4 - Eletrocardiograma (27/4/2021)	10
Figura 5 - Radiografia Joelho Direito, vista anterior e lateral (21/5/2021)	12

Introdução

No âmbito da progressiva aquisição das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) (Regulamento nº 392/2019, Diário da República, II Série, N.º 85 de 2019-05-03), integrado na Unidade Curricular Estágio em Enfermagem de Reabilitação I, inserida no 1º Ano, 2º Semestre do Plano de Estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, a decorrer na Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus em Évora, no ano letivo 2020/2021, foi proposta a elaboração de um Plano de Cuidados que complementar a avaliação da Unidade Curricular.

De acordo com o referido regulamento, o EEER “concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas” (Regulamento nº 392/2019, Diário da República, II Série, N.º 85 de 2019-05-03, p. 13565). Desta forma, os objetivos do presente Plano de Cuidados passam por avaliar a funcionalidade e diagnosticar alterações que determinam limitações da atividade, incapacidades e restrição da participação; implementar programas de treino motor, visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida, capacitar a pessoa com incapacidade, limitação e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício de cidadania; desenvolver programas de treino de Atividade de Vida Diária (AVD’s) e de utilização de ajudas técnicas/produtos de apoio, gerir os cuidados, e projetos, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional, por último, produzir dados que demonstrem resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação.

O Plano de Cuidados apresentado foi delineado com base num caso específico, selecionado em parceria com a Sra Enf. Mara Gonçalves (EEER e Supervisora Clínica do Estágio), sendo que a linguagem utilizada foi a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2016) e os diagnósticos de enfermagem apresentados vão de acordo com o Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

O presente trabalho foi desenvolvido na Ortopedia B do Hospital [redacted] [redacted] cumpre as regras de elaboração de trabalhos APA 6ª edição, tendo-se iniciado pela elaboração de um processo de enfermagem que passa por uma recolha de dados, avaliação inicial com a história de saúde, história atual, consulta do plano cirúrgico proposto, meios complementares de diagnóstico e de tratamento (MCDT), aplicação de instrumentos de avaliação, levantamento de diagnósticos de enfermagem, delineamento e aplicação do Plano de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação, discussão de resultados, reflexão crítica e por fim a conclusão.

Ressalva-se que todas as informações clínicas disponíveis neste documento foram obtidas após consentimento informado, através de entrevista informal à pessoa alvo de cuidados, ao seu cuidador informal, equipa interdisciplinar e por recurso à plataforma de registo clínico utilizada no [redacted] (Soriano® Clinicals), sendo estas informações de carácter sensível e confidenciais.

1. Processo de Enfermagem

1.1 Avaliação Inicial

1.1.1 Dados Gerais

Nome:	Sr. A. C.
Idade:	77 anos
Género:	Masculino
Naturalidade:	Portuguesa
Escolaridade:	Quarto ano
Estado Civil:	Casado
Situação Laboral:	Reformado
Residência	Reside em prédio, rés-do-chão, sem degraus, casa sem desníveis, casa de banho equipada com poliban e cadeira de banho que utiliza desde 2019.
Agregado Familiar:	Esposa (Sra. Dna. E), que é a cuidadora informal. Tem dois filhos que não residem em Portugal.

1.1.2 História Clínica

O Sr. A.C. de 77 anos, deu entrada no Serviço Ortopedia do [redacted] no dia 20 de maio de 2021, proveniente da sua residência onde reside com esposa Sra Dna E. que é a sua cuidadora informal, tem dois filhos, mas não residem em Portugal. O mesmo encontra-se em seguimento na consulta externa de Ortopedia desde 2019 por diagnóstico médico de gonartrose bilateral de grau IV, já com joelho em varo.

O internamento atual vem no seguimento da proposta de tratamento delineada pela equipa médica que acompanha o Sr. A., que indica a necessidade de realização de cirurgia eletiva de Artroplastia Total do Joelho (ATJ) bilateral, sendo que numa primeira etapa está prevista a colocação de prótese total do joelho (PTJ) à direita.

Na entrevista inicial ao Sr. A., realizada em conjunto com a sua esposa, foi desde logo iniciada a preparação da alta com ensinamentos relativos à prevenção de quedas nos idosos (com entrega de *flyer*) e o acompanhamento no domicílio. Quando voltar para a sua residência, o Sr. A.C. indica que a sua esposa manter-se-á a ser a sua cuidadora principal, tal como tem feito nos últimos anos, decorrente das dificuldades que o Sr. A. apresenta a nível da mobilidade, principalmente no apoio na prestação dos cuidados de higiene.

O Sr. A.C. apresenta como antecedentes pessoais hipertensão arterial, fratura da extremidade superior do úmero em 2019 e já se encontra vacinado com a primeira toma da vacina contra a COVID-19, Astrazeneca, segunda toma prevista para dia 23 de junho de 2021, estando atualmente medicado com omeprazol 20mg em jejum, perindopril arginina 10mg em jejum, hidroclorotiazida+amilorida

50mg+5mg em jejum, nega alergias medicamentosas ou alimentares. De acordo com o Sr. A. o mesmo pesa 70kg e mede 163cm. Utiliza óculos no seu dia a dia e, para deambular, recorre ao apoio de marcha unilateral com bengala, sendo que também se apoia em terceiros e ao mobiliário.

A nível de estado de consciência, o Sr. A. apresenta-se calmo, consciente, orientado na pessoa, tempo e espaço, participativo na primeira entrevista informal de recolha de dados gerais. O mesmo compreende a sua situação clínica e sente-se motivado com o tratamento proposto, reconhecendo que existirão várias dificuldades durante o programa de reabilitação no internamento e no regresso a casa.

1.2 Proposta de Tratamento Cirúrgico

Desde 2019 que o Sr. A.C. é acompanhado em consulta externa de Ortopedia no [REDACTED] referenciado pelo Centro de Saúde da área de residência. Os sintomas iniciais estavam relacionados com omalgia decorrente da fratura da extremidade superior do úmero em 7 de junho 2019 e gonalgia bilateral com limitação da mobilidade, nomeadamente em longas distâncias e a subir e descer escadas. A primeira consulta de Ortopedia no [REDACTED] foi em novembro de 2019, momento em que foram solicitados MCDT's.

No decorrer das consultas de Ortopedia o Sr. A.C. realizou vários MCDT's que, em complemento com a observação clínica, demonstraram processos de doença osteoarticular bilateral com o diagnóstico médico de gonartrose de grau IV com joelhos em varo.

No início do ano de 2020 foi realizada a proposta cirúrgica para colocação de PTJ bilateral face ao impacto da doença na sua vida diária, rigidez articular acentuada, diminuição das amplitudes articulares, agravamento da capacidade de se mobilizar e a dor constante.

O tratamento proposto realiza-se no [REDACTED] como cirurgia eletiva, teria sido espectável que a cirurgia do Sr. A.C. tivesse sido realizada no decorrer do ano de 2020, porém, face à situação pandémica vivida mundialmente, em Portugal com especial relevância desde março de 2020, todas as cirurgias eletivas sofreram um atraso no agendamento.

Foram prescritos os exames pré-operatórios determinados por procedimento do [REDACTED] (análises sanguíneas, Radiografia tórax e dos joelhos, eletrocardiograma, Teste PCR SARS-COV-2 negativo nas 48h anteriores à cirurgia), bem como a consulta de anestesia realizada a 26 de abril de 2021.

De seguida são apresentados os MCDT's realizados como procedimento pré-operatório:

Hemograma	
Hemoglobina	11.6 g/L
Eritrócitos	3.66 L
Hematócrito	37.0%
V.G.M.	101.1 fL
H.C.M.	31.7 pg
C.H.C.M.	31.4 g/L

7

RDW (CV)	14.9%
Leucograma	
Leucócitos	5.2 L
Neutrófilos	48.1 (2.5) L
Eosinófilos	3.1 (0.2) %
Basófilos	0.8 (0.0) %
Linfócitos	39.2 (2.0) %
Monócitos	8.8 (0.5) %
Eritroblastos	0.00
Plaquetas	238 L
PDW	13.5 fL
Reticulócitos	1.6 %
Reticulócitos valor absoluto	57.0 L
Reticulócitos RET-He	34.30 pg
Coagulação Geral	
Tempo de Protrombina	11.1 segundos
INR	0.9
Tempo de Tromboplastina Parcial	23.7 segundos
Fibrinogénio	2.8 g/L
Eletrolitos	
Natrémia	139.7 mmol/L
Kaliémia	5.47 mmol/L
Clorémia	110.4 mmol/L
Função Renal	
Creatinina	1.81 mg/dL
Taxa de Filtração Glomerular	39 mL/min
Bioquímica	
Ferro	63 µg/dL
Transferrina	170 mg/dL
Capacidade Total Fixação Ferro	212.50 µg/dL
Saturação de Transferrina	30%
Glicose	91 mg/dL
PCR - Doseamento	0.16 mg/dL
Imunologia - Metabólitos	
Ferritina	175 ng/mL
Acido Fólico	4.01 ng/mL
Serologia Viral - Infeciosa	
Ac Anti HIV 1 e 2/ Ag p24	Não reativo
Hepatite C - AC Anti HCV	Não reativo

8

Hepatite B - AgHBs	Não reativo
Vitaminas e Oligoelementos	
Vitamina B12	331



Figura 1 - Radiografia Joelho Direito em carga, vista anterior e lateral (23/01/2020)



Figura 2 - Radiografia Joelho Esquerdo em carga, vista anterior e lateral (23/01/2020)



Figura 3 - Radiografia Tórax, vista anterior (27/4/2021)



Figura 4 - Eletrocardiograma (27/4/2021)

Tabela 3 - Análises Pré-operatórias (19/5/2021)

Covid-19 - Pesquisa RNA (PCR)	Negativo
-------------------------------	----------

O Sr. A.C. deu entrada no bloco operatório no dia 20 de maio de 2021 pelas 15h40 para procedimento cirúrgico de artroplastia do joelho com osteotomia interna para aumento e osteotomia quádrupla. Induzida anestesia sob bloqueio sequencial que decorreu sem intercorrências. De seguida

deu-se início ao protocolo cirúrgico: Colocado garrote 350mmHg; via parapatelar interna; luxação externa rótula e limpeza de osteófitos; remoção Ligamento Cruzado Anterior e Ligamento Cruzado Posterior, bolsa de Hoffa e meniscos; constata-se perda óssea no planalto interno; osteotomia distal do fêmur com guia endomedular, osteotomia proximal da tibia com guia extramedular, osteotomia interna de 1 cm para aumento, medial gap em extensão estável 9mm com aumento de 1 cm, osteotomia quadrupla 5 do fêmur; provas e testes de estabilidade articular, tibia 5 cimentada com aumento 1 cm + poli PS 9 mm + fêmur 5 cimentado, redução estável com extensão máxima; artroplastia não instrumentada da rótula; colocação de dreno do tipo redivac em drenagem passiva; encerramento por planos; agrafos à pele, realização de penso compressivo e por fim imobilização inguinomaleolar com ligaduras tipo Robert Jones. A cirurgia terminou pelas 17h50 com referência para recobro e posterior regresso ao serviço de internamento.

Não foi registada nenhuma intercorrência durante a cirurgia nem no pós-operatório imediato.

1.3 Internamento

Desde o primeiro momento em que o Sr. A.C. deu entrada no serviço de Ortopedia B do [REDACTED] que o mesmo foi acompanhado pela equipa de enfermagem. Numa primeira abordagem, e tal como já indicado anteriormente, a primeira entrevista informal de recolha de dados juntamente com a sua esposa tornou-se um momento de ensinamentos relativos à preparação do regresso à casa, gestão de expectativas, definição de objetivos para o programa de reabilitação, bem como a prevenção de quedas no domicílio. Neste contexto foram entregues dois *flyers*, o primeiro com o título "Guia de Acolhimento ao Utente/Família" (Anexo 1) e o segundo "Prevenção de quedas de idosos no domicílio" (Anexo 2).

Após a realização da recolha de dados através do impresso específico protocolo do serviço de Ortopedia (Anexo 3), o Sr. A.C. é encaminhado para o seu quarto onde é efetuado o acolhimento ao serviço, fornecida informação relativa à cirurgia, esclarecimento de dúvidas, fornecimento de informação sobre exercícios a serem realizados no período de pós-operatório bem como indicar desde logo quais serão as estratégias para controlo de dor adotadas pela equipa de saúde. Tal como evidenciado pelos autores Sousa & Carvalho (2017) a preparação pré-operatória ajuda na preparação da pessoa para o procedimento cirúrgico e pós-operatório assim como na redução da ansiedade.

A reeducação funcional do Sr. A.C. no período pré-operatório deve ter principal enfoque na reeducação funcional respiratória e motora, explorada com mais detalhe no próximo capítulo.

Durante o próprio dia em que o Sr. A.C. deu entrada no serviço decorreu a cirurgia já explicitada anteriormente, com regresso ao serviço durante a noite, sem registo de qualquer ocorrência, cumprindo a terapêutica protocolada, repouso no leito e crioterapia.

No dia seguinte ao procedimento cirúrgico o Sr. A.C. realizou radiografia ao joelho direito onde é possível a posição em que se encontra a prótese.



Figura 5 - Radiografia Joelho Direito, vista anterior e lateral (21/5/2021)

O programa de reabilitação do Sr. A.C. iniciou-se desde a primeira acolhimento, nos momentos pré-operatórios, no pós-operatório imediato, seguindo-se até à alta clínica. O início precoce do programa de reabilitação "contribui para a redução do tempo de internamento e para o aumento dos ganhos em saúde" (Sousa & Carvalho, 2017, p.409).

De acordo com o procedimento interno com a referência PT.0108/T.DCIR (Anexo 4) adotado no serviço de Ortopedia do [REDACTED] os principais objetivos da reabilitação nas cirurgias de artroplastia total do joelho passam por: evitar atrasos no início da recuperação; promover a otimização dos recursos; reduzir a demora média do internamento; permitir o planeamento precoce da alta dos doentes; melhorar o encaminhamento dos doentes após alta hospitalar. Este procedimento contempla apenas um plano de reabilitação funcional motor que se inicia no dia seguinte à cirurgia até ao quinto dia pós-operatório, momento em que será expectável que a pessoa alvo dos cuidados tenha alta clínica, mantendo o seu programa de reabilitação no domicílio ou num centro de referência indicada pela equipa médica.

Nas primeiras 24h pós-operatório o Sr. A.C. permaneceu em vaga de unidade de cuidados intermédios, monitorizado e sempre hemodinamicamente estável. Às 48h o Sr. A.C. foi transferido para vaga de enfermaria, foi retirado o dreno cirúrgico pelo mesmo apresentar apenas um conteúdo hemático vestigial, tendo sido também realizado o penso cirúrgico.

Durante todo o internamento o Sr. A.C. manteve-se motivado e participativo nos cuidados e no programa de reabilitação aplicado, sendo que no dia 26/5 foi dada alta clínica.

O programa de reabilitação delineado para o Sr. A.C. encontra-se pormenorizadamente explicado no capítulo 3.

2. Instrumentos de Avaliação

Para que a intervenção do EEER seja relevante e ajustada às necessidades da pessoa alvo de cuidados e a sua família, após a recolha de dados deverão ser aplicados instrumentos de avaliação que vão de acordo com a situação em causa. O serviço de Ortopedia B do [redacted] dispõe de alguns instrumentos de avaliação que fazem parte da avaliação inicial de todas as admissões no serviço. Os autores Sousa & Carvalho (2017) fazem algumas propostas de instrumentos de avaliação a ser utilizados em contexto de artroplastia total do joelho, sendo que, de seguida, são aplicados alguns destes instrumentos selecionados para a situação do Sr. A.C.

Os instrumentos de avaliação ajudam a quantificar e a evidenciar os resultados obtidos pela intervenção dos EEER. O documento da Ordem dos Enfermeiros (2016) "Instrumentos de Recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação" foi também norteador para a seleção dos instrumentos mais adequados a serem utilizados.

2.1 Índice de Massa Corporal

O Índice de Massa Corporal (IMC) é o instrumento mais utilizado para validar o estado nutricional (Mahan & Escott-Stump, 2008). Este instrumento é utilizado na admissão de todas as pessoas que integram o internamento de Ortopedia no [redacted]

Fórmula:	$IMC = \text{peso (Kg)} / (\text{altura (m)} \times \text{altura (m)})$
Fórmula aplicada ao Sr. A.C.	$IMC \text{ Sr. A.C.} = 70\text{kg} / (1,63 \times 1,63) = 26,65 \text{ kg/m}^2$
Classificação (Mahan & Escott-Stump, 2008, p.540):	
Abaixo do peso	<18.5 kg/m ²
Peso normal	18.5 a 24.9 kg/m ²
Acima do peso	25 a 29.9 kg/m ²
Obesidade Grau I	30 a 34.9 kg/m ²
Obesidade Grau II	35 a 40 kg/m ²
Obesidade Grau III	≥40 kg/m ²

O IMC do Sr.A.C. considera-se acima do peso normal, sendo que durante o internamento a dieta prescrita para o mesmo é geral sem sal, face aos antecedentes pessoais de hipertensão arterial.

2.2 Índice de Barthel

O Índice de Barthel é o instrumento que "avalia o nível de independência do sujeito para a realização de dez atividades básicas de vida: comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfínteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer

escadas" (Mahoney & Barthel, 1965, citado em Ordem dos Enfermeiros, 2016, p.12). Este instrumento é utilizado na admissão de todas as pessoas que integram o internamento de Ortopedia no [redacted]

Atividades Básicas de Vida		20/5/2021 Pré-operatório	21/5/2021 24h Pós-operatório	26/5/2021 Dia da Alta
Alimentar-se	0 – Dependente	10	10	10
	5 – Necessita de ajuda			
	10 – Independente			
Tomar Banho	0 – Dependente	0	0	5
	5 – Independente			
Higiene Pessoal	0 – Dependente	0	0	5
	5 – Independente			
Vestir-se	0 – Dependente	5	0	5
	5 – Necessita de ajuda			
	10 – Independente			
Evacuar	0 – Incontinente	10	10	10
	5 – Acidente ocasional			
	10 – Contínente			
Urinar	0 – Incontinente ou algaliado	10	10	10
	5 – Acidente ocasional			
	10 – Contínente			
Ir à casa de banho	0 – Dependente	5	0	5
	5 – Necessita de ajuda			
	10 – Independente			
Transferência	0 – Dependente	15	0	10
	5 – Grande ajuda			
	10 – Pequena ajuda			
	15 – Independente			
Mobilidade/ Deslocações	0 – Dependente/ Imóvel/ Acamado	10	0	10
	5 – Move-se em cadeira de rodas sem ajuda			
	10 – Necessita de ajuda			
	15 – Independente			
Subir e descer escadas	0 – Dependente	0	0	0
	5 – Necessita de ajuda			
	10 – Independente			
TOTAL		65	30	70

Interpretação de Resultados: A Escala varia entre 0-100 pontos com intervalos de 5 pontos. A pontuação mínima 0 corresponde a máxima dependência para as AVD's e a máxima de 100 corresponde a total independência.

O Sr. A.C. conforme já descrito anteriormente já apresentava limitação na mobilidade e necessitava de ajuda para a sua higiene pessoal e banho, sendo que a sua esposa o assistia nestas AVD's., sendo que o mesmo apresentava um grau de dependência leve.

Na avaliação nas primeiras 24h após cirurgia é notória a dependência associada ao repouso no leito, à limitação funcional do membro inferior direito e à dor à movimentação no leito.

No dia da alta o Sr. A.C. já se autocuidou no banho e nos cuidados de higiene, mantendo necessidade de apoio em vestir-se e na ida até ao WC. Neste dia o Sr. A.C. realizava marcha com canadianas, porém ainda com supervisão. Não foi testado o subir e descer escadas pelo que se optou por classificar este parâmetro como sendo totalmente dependente para o fazer.

2.3 Escala de Quedas de Morse

A Escala de Quedas de Morse é o instrumento recomendado pela DGS para a prevenção e intervenção na queda do adulto em cuidados hospitalares, Norma 008/2019 de 09/12/2019. Este instrumento é utilizado na admissão de todas as pessoas que integram o internamento de Ortopedia no [REDACTED].

Item	20/5/2021	26/5/2021
1. Historial de quedas; neste internamento urgência/ ou nos últimos três meses	0 - Não 25 - Sim	0 0
2. Diagnóstico(s) secundário(s)	0 - Não 15 - Sim	0 0
3. Ajuda para caminhar	0- Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas 15- Muletas/canadianas/bengala/andarrilho 30 - Apoia-se no mobiliário para andar	15 15
4. Terapia intravenosa	0 - Não 15 - Sim	0 0
5. Postura no andar e na transferência	0 - Normal/acamado/ímóvel 10 - Debitado 20 - Dependente de ajuda	10 10
6. Estado mental	0 - Consciente das suas capacidades 15 - Esquece-se das suas limitações	0 0
TOTAL		25 25
Pontuação:		
Sem risco (0 e ≤ 24 pontos);		
Baixo risco (≥ 25 e ≤ 50 pontos);		
Alto risco (≥ 51 pontos).		

A Escala de Quedas de Morse foi aplicada na admissão e no dia da ala, sendo que o Sr. A.C. apresenta um baixo risco de queda.

2.4 Escala de Coma de Glasgow

A Escala de Coma de Glasgow é o instrumento utilizado para avaliar o estado de consciência. Este instrumento é utilizado na admissão de todas as pessoas que integram o internamento de Ortopedia no [REDACTED].

Teste:	20/5/2021
Abertura Ocular	4
Resposta Verbal	5
Resposta Motora	6
Total do Score:	15
Índice de Gravidade	0

O Sr. A.C. obteve o score total da Escala de Coma de Glasgow pelo que o mesmo apresenta abertura ocular espontânea, resposta verbal orientada e obedece a ordens.

2.5 Medida da Independência Funcional

A Medida de Independência Funcional, recomendada para utilização pelos autores Sousa & Carvalho (2017) em Marques-Vieira & Sousa em situações de artroplastia do joelho, tem como objetivo "diagnosticar o grau de capacidade/incapacidade funcional de adultos e idosos avaliando o desempenho da pessoa e a necessidade de cuidados exigida para a realização de uma série de tarefas motoras e cognitivas de vida diária. Monitorizar a evolução da pessoa durante os programas de reabilitação" (Ordem dos Enfermeiros, 2016, p.26).

Tabela 8 - Medida de Independência Funcional

Itens	20/05/2021	21/05/2021	26/05/2021
Autocuidados			
A – Alimentação	7	7	7
B – Higiene Pessoal	4	2	6
C – Banho (lavar o corpo)	4	2	6
D – Vestir metade superior	7	7	7
E – Vestir metade inferior	3	1	4
F – Utilização da sanita	7	1	6
Controlo de Esfincteres			
G – Bexiga	7	7	7
H – Intestinal	7	7	7
Mobilidade/Transferências			
I – Leito, Cadeira, cadeira de rodas	4	1	6
J - Sanita	6	1	6
K – Duche / banheira	4	1	6
Locomoção			
L – Marcha / cadeira de rodas	5	1	6
M – Escadas	3	1	6
Comunicação			
N – Compreensão (auditiva / visual)	7	7	7
O – Expressão (vocal / não vocal)	7	7	7
Cognição Social			
P – Interação Social	7	7	7
Q – Resolução de problemas	7	7	7
R - Memória	7	7	7
TOTAL	103	74	115
Pontuação:			
Independência completa	7		
Independência modificada	6		
Necessidade de supervisão durante a realização da tarefa	5		
Ajuda mínima (realiza mais de 75% da tarefa)	4		
Ajuda moderada (realiza mais de 50% da tarefa)	3		
Ajuda máxima (realiza mais de 25% da tarefa)	2		

Ajuda total (tem que ser substituído em toda a tarefa)	1
Interpretação:	
Dependência completa	18 pontos
Dependência modificada com assistência até 50% da tarefa	16 – 60 pontos
Dependência modificada com assistência até 25% da tarefa	61 – 103 pontos
Independência completa	104 – 126 pontos

Optou-se pela aplicação deste instrumento no dia da admissão no serviço, no dia após a cirurgia e à data da alta. Pela interpretação dos valores totais verifica-se que na admissão e no dia após a cirurgia o Sr. A.C. dependência modificada com assistência até 25% da tarefa, sendo que à data da alta já apresentava uma independência completa.

Face ao exposto pode-se confirmar que houve um aumento da independência funcional do Sr. A.C. havendo ainda margem para evolução e melhoria no âmbito das áreas de higiene pessoal, banho, vestir a parte inferior, utilização da sanita, na mobilidade/transferência e na locomoção.

No que toca à avaliação da cognição social e comunicação não houve qualquer alteração durante o internamento, mantendo-se por isso este valor inalterado.

2.6 Medical Research Council Modificada

A *Medical Research Council* Modificada é recomendada para utilização pelos autores Sousa & Carvalho (2017) em situações de artropastia do joelho, sendo o instrumento de eleição para a avaliação da força muscular.

Tabela 9 - *Medical Research Council* Modificada

Joelho Direito	20/5/2021	21/05/2021	26/05/2021
Extensão do joelho	3+	3-	4+
Flexão do joelho	3+	3-	4+
Pontuação:			
Grau	Definição		
5	Força normal		
5-	Fraqueza dificilmente detetável		
4+	A mesma que o grau 4, mas o músculo suporta a articulação contra resistência de moderada a máxima		
4	O músculo suporta a articulação contra uma combinação de gravidade e resistência moderada		
4-	A mesma que o grau 4, mas o músculo suporta a articulação apenas contra resistência mínima		

3+	O músculo move a articulação totalmente contra a gravidade e é capaz da resistência transitória, contudo cai abruptamente
3	O músculo não consegue suportar a articulação, mas move a mesma totalmente contra a gravidade
3-	O músculo move a articulação contra a gravidade, mas não realiza todos os movimentos mecânicos
2	O músculo move a articulação, mas não contra a gravidade
1	Observa-se contração muscular, mas não há movimento
0	Não há movimento

Este instrumento foi aplicado no dia da admissão no serviço, no dia após a cirurgia e à data da alta. Pela interpretação dos valores verifica-se um aumento da força muscular tanto a nível da extensão como da flexão do joelho direito, intervencionado cirurgicamente. Nas 24h após a cirurgia é expectável que exista uma diminuição da força, tanto associada à dor/desconforto após a cirurgia, bem como pela limitação do confinamento ao leito.

Face a esta avaliação, e tal como previsto no planeamento de intervenções do EEER, às primeiras 24h após cirurgia foram iniciados exercícios e fortalecimento muscular com contração isométrica do quadríceps e dos glúteos, sendo que na preparação para o ortostatismo, 1º levante e início da marcha com auxiliar de marcha, a força muscular foi aumentando progressivamente já sendo possível a realização à data da alta exercícios ativos resistidos com o objetivo de aumento da força muscular.

2.7 Escala Numérica Visual

Durante todo o plano de reabilitação realizado no internamento do Sr. A.C. foi utilizado a escala numérica visual com o objetivo de avaliar a dor, sendo este um dos principais indicadores da tolerância ao exercício e um sinal de alarme para adequar a intervenção.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nenhuma		Pouca		Razoável			Média		Excessiva	
Data		20/5			21/5			26/5		
Intensidade		3			6			3		
Localização		Joelho direito em carga e na flexão			Joelho direito na flexão			Joelho direito em carga e na flexão		
Intervenção		-			Crioterapia, repouso e terapêutica analgésica em esquema			Terapêutica analgésica em esquema		

2.8 Escala de Berg

A Escala de Berg é recomendada para utilização pelos autores Sousa & Carvalho (2017) em situações de artroplastia do joelho, tem como objetivo avaliar o equilíbrio funcional, estático e dinâmico e prever o risco de queda em adultos e idosos.

Parâmetros de avaliação:	22/05/2021	26/05/2021
Da posição sentado para a posição de pé	2	3
Ficar em pé sem apoio	0	0
Sentado sem apoio	4	4
Da posição de pé para a posição de sentado	4	4
Transferências	3	3
Ficar em pé com os olhos fechados	4	4
Ficar em pé com os pés juntos	0	0
Inclinar-se para a frente com o braço esticado	2	3
Apanhar um objeto do chão	0	0
Virar-se para olhar para trás	4	4
Dar uma volta de 360 graus	0	2
Colocar os pés alternadamente num degrau	0	0
Ficar em pé com um pé à frente do outro	3	3
Ficar me pé sobre uma perna	0	0
TOTAL	26	30
Pontuação:		
Escala ordinal de 5 alternativas que recebem a pontuação de 0 a 4 em função do desempenho do utente, (0 - incapaz de executar, 4 - capaz de executar de forma independente).		
Interpretação:		
0 - 20 - Diminuição do equilíbrio, elevado risco de queda		
21 - 40 - Equilíbrio aceitável, risco de queda médio		
41 - 56 - Bom equilíbrio, baixo risco de queda		

Da interpretação dos resultados é possível observar ganhos no que toca ao equilíbrio, resultante das intervenções do EEER, face ao resultado obtido às 48h após cirurgia e no dia da alta clínica. Ainda existem parâmetros que com a manutenção do plano de reabilitação poderá ser dada a pontuação máxima, tais como da posição sentado para a posição de pé, ficar em pé sem apoio, transferências, ficar em pé com os pés juntos, inclinar-se para a frente com o braço esticado, apanhar um objeto do chão, dar uma volta de 360 graus, colocar os pés alternadamente num degrau, ficar em pé com um pé à frente

do outro e por último ficar me pé sobre uma perna. O facto de à data da alta o Sr.A.C. ainda realizar treino de marcha com auxiliar e de ainda ter alguma limitação na mobilidade impossibilita a pontuação máxima em alguns itens.

3. Plano de Cuidados

<p>Foco: Movimento Muscular Diagnóstico: Movimento muscular diminuído no membro inferior direito Dimensão: Movimento Muscular Resultado de Enfermagem: Movimento Muscular Aumentado</p>		
Datas	Ações de diagnóstico e de intervenção de Enfermagem	Avaliação
20/05/2021 a 26/05/2021	<p>- Monitorizar a força muscular no membro inferior direito através da escala de força <i>Medical Research Council</i> modificada;</p> <p>- Monitorizar a dor percencionada pelo Sr. A.C. antes, durante e após todos os exercicios através da escala numérica visual da dor;</p> <p>- Executar técnica de exercicio muscular e articular ativo-assistido, incorporando todos os segmentos articulares do membro inferior direito, tendo como sinal de alarme a dor percencionada pelo Sr. A.C., sendo esta o limite do movimento. Estes exercicios incluem:</p> <p>1- Exercícios isométricos: contrações isométricas dos glúteos e dos quadríceps (duas séries de oito a dez repetições, três a quatro vezes por dia). As contrações isométricas devem ser realizadas empurrando o membro inferior direito contra o colchão, podendo ser utilizado um rolo ou bola como apoio, posicionando o mesmo na região posterior do joelho direito. Estes exercicios foram iniciados nas primeiras 24h após a cirurgia, tendo sido mantidos até à alta.</p>	<p>20/05/2021 – O Sr. A.C. apresenta limitação do movimento muscular a nível do membro inferior direito e da força muscular. Consultar Tabela nº 9 onde é possível verificar que, nesta data, o Sr. A.C. apresenta 3+ na <i>Medical Research Council</i> Modificada tanto na flexão como na extensão do joelho direito. Em carga e no movimento de flexão do joelho direito o Sr. A.C. refere dor 3 na escala numérica visual.</p> <p>21/05/2021 – Realizada avaliação menos de 24h após cirurgia. O Sr. A.C. ainda se encontra em repouso no leito mas já com indicação para iniciar movimentos ativos do membro inferior direito, conforme tolerância e limiar da dor. O Sr. A.C. apresenta 3- na <i>Medical Research Council</i> Modificada tanto na flexão como na extensão do joelho direito e refere dor 6 na escala numérica visual, sendo</p>

	<p>2- Exercícios isotônicos: mobilização da articulação tibiotársica através da dorsiflexão e flexão plantar (duas séries de oito a dez repetições, três a quatro vezes por dia). Este exercício de mobilização da articulação tibiotársica foi iniciado nas primeiras 24h após cirurgia e prolongou-se até ao dia da alta. Após o levantar foram realizados exercícios com o Sr. A.C. sentado, com mobilização do membro inferior direito, movimento de flexão e extensão (duas séries de oito a dez repetições, três a quatro vezes por dia).</p> <p>3- Incentivar o Sr. A.C. a executar exercícios musculares e articulares ativos dos membros não intervencionados cirurgicamente. Mobilização de todos os segmentos, todos os movimentos articulares possíveis.</p> <p>- Executar técnica de exercício muscular e articular ativo-resistido, incorporando todos os segmentos articulares do membro inferior direito, incluindo: exercícios isotônicos resistidos em pé, junto à cama para segurança, com apoio de andalho para suporte, realizando flexão do joelho direito e da coxofemoral (duas séries de oito a dez repetições, três a quatro vezes por dia), conforme tolerância e limiar da dor;</p> <p>- Supervisionar o movimento muscular.</p>	<p>seja disponibilizada crioterapia, analgesia e mantido o repouso por alguns períodos, sempre que necessário durante os exercícios. A diminuição da força muscular face à avaliação pré-operatória deve-se a ser um período muito imediato após a cirurgia, ao desconforto percebido pelo Sr. A.C. na mobilização do membro inferior direito e também pelo edema associado ao procedimento cirúrgico e à ligadura com a técnica de Robert Jones que também limita o movimento.</p> <p>26/05/2021 – Dia da alta clínica para domicílio e último dia do programa de reabilitação realizado em contexto de internamento de Ortopedia. Conforme indicado na Tabela 9, houve uma melhoria significativa no que toca à força muscular, sendo que a força muscular em flexão e extensão do joelho direito é 4+, existindo também maiores amplitudes articulares do joelho. A dor também está mais controlada, o Sr. A.C. refere dor 3 na escala numérica visual</p>
--	--	---

23

	<p>- Incentivar a pessoa a executar os movimentos musculares e articulares ativos através de auto mobilizações do membro inferior direito, conforme instruído nos movimentos anteriormente explicados, garantindo a segurança da realização dos exercícios pelo Sr. A.C.</p>	<p>principalmente em cara e na flexão do joelho.</p>
<p>Foco: Movimento Muscular Diagnóstico: Potencial para melhorar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular no membro inferior direito Dimensão: Conhecimento Resultado de Enfermagem: Conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular, melhorado</p>		
<p>20/05/2021 a 26/05/2021</p>	<p>- Avaliar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular no membro inferior direito;</p> <p>- Ensinar sobre técnicas de exercícios musculares e articulares no membro inferior direito (contrações isométricas dos glúteos, dos quadríceps, dorsiflexão e flexão plantar da articulação tibiotársica, flexão da articulação coxofemoral);</p> <p>- Providenciar material educativo: "Flyer prótese total do joelho" (Anexo 4).</p>	<p>20/05/2021 – Na admissão foi entregue o <i>Flyer</i> referido onde se encontram algumas indicações referentes às atividades de vida diárias e indicações práticas relativas à marcha com auxiliares, transferência e subir e descer escadas.</p> <p>21/05/2021 – Iniciados os ensinamentos com possibilidade de esclarecimento de dúvidas, e consolidação de conhecimentos. O Sr. A.C. demonstra interesse e apresenta-se participativo nos momentos de ensino e de validação dos conhecimentos adquiridos, já tendo efetuado a leitura do suporte escrito entregue no dia anterior.</p>

24

		26/05/2021 – Validados os ensinamentos e o Sr. A.C. demonstra conhecimentos adquiridos relativamente às técnicas de exercícios musculares e articulares, sendo capaz de os executar, sem dificuldade e com técnica correta. Incentivada a manutenção dos mesmos no domicílio.
<p>Foco: Movimento Muscular</p> <p>Diagnóstico: Potencial para melhorar capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular no membro inferior esquerdo</p> <p>Dimensão: Aprendizagem de Capacidades</p> <p>Resultado de Enfermagem: Capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular, melhorada</p>		
20/05/2021 a 26/05/2021	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular, recorrendo à observação durante a execução das técnicas pelo Sr. A.C.; - Instruir sobre técnicas de exercício muscular e articular, conforme já indicado anteriormente; - Treinar técnicas de exercício muscular e articular, conforme já indicado anteriormente. 	<p>20/05/2021 – As técnicas de exercícios inicialmente foram realizadas com apoio do EEER, sendo que o Sr. A.C. apresenta uma boa capacidade de execução das mesmas, porém precisa de ser incentivado e orientado verbalmente. Nesta data o Sr. A.C. consegue realizar as técnicas previstas para as primeiras 24h de pós-operatório, apenas com alguma limitação pela dor percebida.</p> <p>26/05/2021 – O Sr. A.C. demonstra interesse e motivação na realização das</p>

		técnicas de exercício ensinadas, executa as mesmas de forma autónoma. Esclarecidas dúvidas e incentivada a manutenção da atitude tomada até ao momento.
<p>Foco: Rigidez Articular</p> <p>Diagnóstico: Risco de rigidez articular</p> <p>Dimensão: Rigidez articular</p>		
21/05/2021 a 26/05/2021	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar movimento articular; - Executar técnica de exercício muscular e articular ativo-assistido: contrações isométricas dos glúteos, dos quadríceps, dorsiflexão e flexão plantar da articulação tibiotársica; - Executar técnica de exercício muscular e articular ativo-resistido: exercícios isotónicos resistidos em pé, junto à cama para segurança, com apoio de andarrilho para suporte, realizando flexão do joelho direito e da coxofemoral; - Executar técnica de posicionamento; - Incentivar execução de exercício muscular e articular; - Supervisionar exercícios musculares e articulares ativos. 	<p>21/05/2021– A avaliação do movimento articular foi realizada apenas com recurso à observação, visto que o serviço de Ortopedia não dispõe de goniómetro, nem foi utilizado técnicas de exercício muscular e articular passivo com dispositivo auxiliar (artromotor) pois o serviço de Ortopedia não tem este recurso. O Sr. A.C. apresenta limitações ao nível da amplitude articular, nas primeiras 24h após cirurgia e até ser retirada a ligadura de Robert Jones a limitação torna-se mais acentuada por este dispositivo. Nesta data foram iniciados exercícios musculares ativos-assistidos, conforme tolerância e o limiar da dor do Sr. A.C.</p> <p>26/05/2021 – À data da alta e após ter completado 5 dias de</p>

		plano intensivo de reabilitação em contexto de internamento, é possível observar melhoria na amplitude articular do joelho direito face à primeira avaliação. Após o primeiro levante às 48h após cirurgia foram iniciados também exercícios musculares ativos-resistidos que foram mantidos até à data da alta. Foi incentivada a manutenção da realização destes exercícios em domicílio.
<p>Foco: Rigidez Articular Diagnóstico: Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de rigidez articular Dimensão: Conhecimento Resultado de Enfermagem: Conhecimento sobre prevenção de rigidez articular, melhorado</p>		
21/05/2021 a 26/05/2021	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar conhecimento sobre condições de risco para a rigidez articular; - Avaliar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular; - Ensinar sobre condições de risco para a rigidez articular; - Ensinar sobre técnicas de exercício muscular e articular; 	21/05/2021 – A prevenção da rigidez articular e do conhecimento do Sr. A.C. sobre esta temática foi uma preocupação desde o primeiro momento. Sendo que antes de completar as primeiras 24h após cirurgia foram avaliados os conhecimentos do Sr. A.C. sobre o tema e realizados desde logo ensinamentos relativos às condições de risco para a rigidez articular bem como exercícios musculares e articulares para a prevenção da mesma.

27

		26/05/2021 – O Sr. A.C. à data da alta encontra-se capacitado para a prevenção da rigidez articular, tendo mantido os exercícios propostos durante o internamento e com ganhos observáveis. Incentivado a manter os conhecimentos que adquiriu durante o internamento e a aplicação dos exercícios propostos no domicílio.
<p>Foco: Posicionar-se Diagnóstico: Potencial para melhorar a técnica de adaptação para posicionar-se; Potencial para melhorar conhecimento sobre dispositivo auxiliar para posicionar-se Dimensão: Conhecimento Resultado de Enfermagem: Conhecimento sobre técnica de adaptação para posicionar-se, melhorado; Conhecimento sobre dispositivo auxiliar para posicionar-se, melhorado</p>		
20/05/2021 a 26/05/2021	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar conhecimento sobre dispositivo auxiliar para posicionar-se; - Avaliar conhecimento sobre técnica de adaptação para posicionar-se; - Ensinar sobre dispositivo auxiliar para posicionar-se: (trapézio, grades da cama e funções da cama articulada); - Ensinar sobre técnica de adaptação para posicionar-se (movimentos permitidos e movimentos não recomendados do membro inferior direito, após cirurgia: extensão do membro inferior direito, não colocar volumes/almofadas debaixo do joelho, não realizar movimento rotacionais bruscos). 	20/05/2021 – O Sr. A.C. não apresenta nenhum conhecimento sobre a utilização dos dispositivos auxiliares de posicionamento nem da técnica correta para o fazer, pelo que foram realizados ensinamentos neste sentido. O Sr. A.C. demonstra interesse e participação nos ensinamentos bem como potencial para a utilização correta dos dispositivos e execução de posicionamento correto.
		26/05/2021 – O Sr. A.C. demonstra conhecimento

28

Capacitação do Cuidador Informal da Pessoa em Processo de Reabilitação com Compromisso do Autocuidado

		melhorado sobre dispositivos auxiliares para posicionar-se e na técnica de adaptação para posicionar-se.
<p>Foco: Posicionar-se</p> <p>Diagnóstico: Potencial para melhorar a capacidade para usar técnica de adaptação para posicionar-se; Potencial para melhorar capacidade para usar dispositivo auxiliar para posicionar-se</p> <p>Dimensão: Aprendizagem de Capacidades</p> <p>Resultado de Enfermagem: Capacidade para usar técnica de adaptação para posicionar-se, melhorada; Capacidade para usar dispositivo auxiliar para posicionar-se, melhorada</p>		
20/05/2021 a 26/05/2021	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar capacidade para usar dispositivo auxiliar para posicionar-se; - Avaliar capacidade para usar técnica de adaptação para posicionar-se; - Instruir sobre dispositivo auxiliar para posicionar-se: (trapézio, grades da cama e funções da cama articulada); - Instruir sobre técnica de adaptação para posicionar-se: (movimentos permitidos e movimentos não recomendados do membro inferior direito, após cirurgia: extensão do membro inferior direito, não colocar volumes/almofadas debaixo do joelho, não realizar movimento rotacionais bruscos). - Treinar uso de dispositivos auxiliares para posicionar-se. - Treinar técnica de adaptação para posicionar-se. 	<p>20/05/2021 – O Sr. A.C. não apresenta conhecimentos sobre dispositivos auxiliares, nem da técnica para posicionar-se, pelo que foi instruído para o efeito e procedido ao treino.</p> <p>26/05/2021 – O Sr. A.C. apresenta total capacidade para usar dispositivo auxiliar para posicionar-se e usa a técnica de adaptação para posicionar-se de forma correta.</p>

29

<p>Foco: Transferir-se</p> <p>Diagnóstico: Potencial para melhorar o conhecimento sobre adaptação do domicílio para transferir-se; Potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de adaptação para transferir-se</p> <p>Dimensão: Conhecimento</p> <p>Resultado de Enfermagem: Conhecimento sobre adaptação do domicílio para transferir-se, melhorado; Conhecimento sobre técnica de adaptação para transferir-se, melhorado</p>		
20/05/2021 a 26/05/2021	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar conhecimento sobre a adaptação do domicílio para transferir-se e sobre a técnica de adaptação para transferir-se; - Ensinar sobre adaptação do domicílio para transferir-se (posicionar os móveis em casa conforme necessidades atuais, a cama não deve ser nem muito alta, nem muito baixa e deve ter espaço debaixo da cama para posição correta dos dispositivos de transferência); - Ensinar sobre técnica de adaptação para transferir-se: (Levante da cama: sair pelo lado do membro inferior direito, sempre que possível, sentar-se na cama com o membro inferior direito em extensão, fletir o membro inferior esquerdo, rodar até tocar no chão. Sentar e levantar da cadeira: colocar o membro inferior direito em extensão, baixar lentamente usando a força de ambos os membros superiores nos braços da cadeira, para se levantar, proceder de forma contrária). - Providenciar material educativo, Flyer Prótese Total do Joelho (Anexo 4). 	<p>20/05/2021 – Realizada avaliação do conhecimento sendo que o Sr. A.C. não demonstra conhecimento sobre a adaptação ao domicílio para transferir-se nem a técnica de adaptação para transferir-se pelo que foram desde logo prestados ensinamentos sobre esta temática. Entregue material educativo e incentivada a sua leitura.</p> <p>22/05/2021 – Reforçados ensinamentos do dia anterior e iniciada a técnica de adaptação para transferir-se com apoio do EEER.</p> <p>26/05/2021 - O Sr. A.C. apresenta capacidade para usar técnica de adaptação para transferir-se e para a adaptação do domicílio para transferir-se. Validados ensinamentos nesta data e esclarecidas dúvidas.</p>

30

<p>Foco: Transferir-se</p> <p>Diagnóstico: Potencial para melhorar capacidade para usar a técnica de adaptação para transferir-se</p> <p>Dimensão: Aprendizagem de capacidades</p> <p>Resultado de Enfermagem: Capacidade para usar técnica de adaptação para transferir-se, melhorada</p>		
20/05/2021 a 26/05/2021	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar capacidade para usar técnica de adaptação para transferir-se; - Instruir sobre técnica de adaptação para transferir-se; - Treinar técnica de adaptação para transferir-se. 	<p>20/05/2021 – O Sr. A.C. não apresenta conhecimentos sobre técnica de adaptação para transferir-se, pelo que foi instruído para a mesma e realizada demonstração.</p> <p>26/05/2021 – O Sr. A.C. é autónomo na utilização da técnica de adaptação para transferir-se, realizando a mesma de forma correta e segura. Desta forma considera-se que o mesmo apresenta capacidade para usar técnica de adaptação transferir-se.</p>
<p>Foco: Autocuidado: Vestuário</p> <p>Diagnóstico: Potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de adaptação para autocuidado: vestuário</p> <p>Dimensão: Conhecimento</p> <p>Resultado de Enfermagem: Conhecimento sobre técnica de adaptação para autocuidado: vestuário, melhorado</p>		
20/05/2021 a 26/05/2021	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar conhecimento sobre técnica de adaptação para autocuidado: vestuário, referente ao vestir e despir as peças de roupa correspondentes aos membros inferiores; - Ensinar sobre técnica de adaptação para autocuidado: vestuário (O Sr. A.C. deverá vestir as peças de roupa referentes aos membros inferiores iniciando pelo membro 	<p>20/5/2021 – O Sr. A.C. não apresenta conhecimentos sobre a técnica de adaptação para o autocuidado: vestuário. Sendo que foi instruído para tal e entregue material de apoio, incentivado à leitura do mesmo.</p>

	<p>inferior direito e de seguida pelo membro inferior esquerdo. Quando despir deverá iniciar pelo membro inferior esquerdo e por último o membro inferior direito);</p> <ul style="list-style-type: none"> - Providenciar material educativo, <i>Flyer</i> relativo à Prótese Total do Joelho (Anexo 4). 	<p>22/5/2021 - Reforçados ensinamentos do dia anterior e iniciada a técnica de adaptação para o autocuidado vestuário, com apoio do EEER.</p> <p>26/05/2021 - O Sr. A.C. apresenta capacidade para usar técnica de adaptação para o autocuidado vestuário, sendo que o realiza de forma autónoma e corretamente. Validados ensinamentos nesta data e esclarecidas dúvidas.</p>
<p>Foco: Autocuidado: Vestuário</p> <p>Diagnóstico: Potencial para melhorar capacidade para usar técnica de adaptação para autocuidado: vestuário</p> <p>Dimensão: Aprendizagem de Capacidades</p> <p>Resultado de Enfermagem: Capacidade para usar técnica de adaptação para autocuidado: vestuário, melhorada</p>		
22/05/2021 a 26/05/2021	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar capacidade para usar técnica de adaptação para autocuidado: vestuário (Veste e despe as roupas na parte inferior do corpo, descalça e calça meias, descalça e calça sapatos); - Instruir sobre técnica de adaptação para autocuidado: vestuário (técnica indicada anteriormente); - Treinar uso de técnica de adaptação para autocuidado vestuário. 	<p>22/05/2021 – O Sr. A.C. não tem capacidade para usar a técnica de adaptação para o autocuidado: vestuário. Não consegue vestir e despir a roupa correspondente à parte inferior do corpo conforme ensinado no dia 20/05/2021. Dado ao exposto o mesmo foi instruído para o efeito e foi realizado treino.</p> <p>26/05/2021 – O Sr. A.C. é autónomo na aplicação da</p>

Capacitação do Cuidador Informal da Pessoa em Processo de Reabilitação com Compromisso do Autocuidado

		técnica de adaptação para autocuidado: vestuário, realizando a mesma de forma correta e segura. Neste dia este autocuidado foi realizado pelo mesmo, supervisionado por EEEER, validados ensinios e esclarecidas dúvidas. Desta forma considera-se que o mesmo apresenta capacidade para usar técnica de adaptação para autocuidado: vestuário.
<p>Foco: Autocuidado: Higiene</p> <p>Diagnóstico: Potencial para melhorar conhecimento sobre adaptação do domicílio para autocuidado: higiene; Potencial para melhorar conhecimento sobre dispositivo auxiliar para autocuidado: Higiene</p> <p>Dimensão: Conhecimento</p> <p>Resultado de Enfermagem: Conhecimento sobre adaptação do domicílio para autocuidado: higiene, melhorado; Conhecimento sobre dispositivo auxiliar para autocuidado: higiene, melhorado</p>		
20/05/2021 a 26/05/2021	<p>- Avaliar conhecimento sobre adaptação do domicílio para autocuidado: higiene (tipologia de condições no domicílio para os cuidados de higiene, no caso do Sr. A.C. a residência do mesmo dispõe de polibã e o mesmo já utiliza uma cadeira de higiene previamente ao internamento);</p> <p>- Avaliar conhecimento sobre dispositivos auxiliares para autocuidado: higiene;</p> <p>- Ensinar sobre dispositivos auxiliares para o autocuidado: higiene;</p> <p>- Providenciar material educativo, <i>Flyer</i> Prótese Total do Joelho (Anexo 4)</p>	20/05/2021 – O Sr. A.C. apresenta conhecimentos sobre a adaptação do domicílio e a utilização de dispositivos auxiliares para autocuidado: higiene, visto que o mesmo já tem a sua residência adaptada e utiliza cadeira de higiene habitualmente. Demonstra preocupações relativas à sua situação após cirurgia e se conseguirá, ou não, manter os cuidados de higiene como tem feito até ao momento.

33

		26/05/2021 – O Sr. A.C. apresenta melhoria acerca do conhecimento sobre a adaptação ao domicílio e à utilização de dispositivos auxiliares para autocuidado: higiene. Durante o internamento e face aos procedimentos atuais de controlo de infeções correspondentes à pandemia COVID-19, o Sr. A.C. realizou autonomamente o autocuidado higiene no leito, com recurso a uma bacia, pelo que não foi possível testar a sua capacidade de utilização do dispositivo auxiliar para o autocuidado: higiene.
<p>Foco: Autocuidado: ir ao sanitário</p> <p>Diagnóstico: Potencial para melhorar conhecimento sobre adaptação do domicílio para autocuidado: ir ao sanitário; Potencial para melhorar conhecimento sobre dispositivo auxiliar para autocuidado: ir ao sanitário; Potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de adaptação para o autocuidado: ir ao sanitário</p> <p>Dimensão: Conhecimento</p> <p>Resultado de Enfermagem: Conhecimento sobre adaptação do domicílio para autocuidado: ir ao sanitário melhorado; Conhecimento sobre dispositivo auxiliar para autocuidado: ir ao sanitário, melhorado; Conhecimento sobre técnica de adaptação para o autocuidado: ir ao sanitário, melhorado</p>		
20/05/2021 a 26/05/2021	<p>- Avaliar conhecimento sobre adaptação do domicílio para autocuidado: ir ao sanitário;</p> <p>- Avaliar conhecimento sobre dispositivo auxiliar para o autocuidado: ir ao sanitário (utilização de alçador de sanita e barras laterais de apoio);</p>	20/05/2021- O Sr. A.C. não tinha conhecimentos sobre a adaptação do domicílio, dispositivo auxiliar ou da técnica de adaptação para o autocuidado: ir ao sanitário. Desta forma foi entregue

34

<p>- Avaliar conhecimento sobre técnica de adaptação para o autocuidado: ir ao sanitário: (utilização da técnica previamente referida de sentar e levantar, sendo que nesta situação deverá utilizar as barras laterais como apoio);</p> <p>- Ensinar sobre adaptação do domicílio para autocuidado: ir ao sanitário;</p> <p>- Ensinar sobre dispositivo auxiliar para autocuidado: ir ao sanitário;</p> <p>- Ensinar sobre técnica de adaptação para autocuidado: ir ao sanitário;</p> <p>- Providenciar material educativo, <i>Flyer</i> Prótese Total do Joelho (Anexo 4)</p>	<p>Flyer explicativo e feitos primeiros ensinos.</p> <p>22/05/2021 – Após a realização do primeiro levante após cirurgia foram iniciados os ensinos de utilização do sanitário.</p> <p>Diariamente até ao dia da alta foram mantidos estes ensinos.</p> <p>A principal dificuldade prendeu-se com a colocação das mãos nas barras de apoio lateral, sendo que utilizava frequentemente o andarilho como apoio para se sentar.</p> <p>26/05/2021 – O Sr. A.C. demonstra conhecimentos e realiza de forma autónoma a técnica de adaptação para o autocuidado ir ao sanitário e utiliza de forma correta e segura os dispositivos auxiliares. Reforçada a necessidade de aquisição dos dispositivos auxiliares para o domicílio a fim de um regresso em segurança à sua residência.</p>	
--	--	--

<p>Foco: Autocuidado: ir ao sanitário</p>		
<p>Diagnóstico: Potencial para melhorar a capacidade para usar dispositivo auxiliar para autocuidado: ir ao sanitário; Potencial para melhorar a capacidade para usar a técnica de adaptação para o autocuidado: ir ao sanitário</p>		
<p>Dimensão: Aprendizagem de Capacidades</p>		
<p>Resultado de Enfermagem: Capacidade para usar dispositivo auxiliar para autocuidado: ir ao sanitário, melhorada; Capacidade para usar técnica de adaptação para o autocuidado: ir ao sanitário, melhorada</p>		
<p>20/05/2021 a 26/05/2021</p>	<p>- Avaliar capacidade para usar dispositivo auxiliar para autocuidado: ir ao sanitário;</p> <p>- Avaliar capacidade para usar técnica de adaptação para autocuidado: ir ao sanitário;</p> <p>- Instruir sobre uso de dispositivos auxiliares para autocuidado: ir ao sanitário</p> <p>- Instruir sobre técnica de adaptação para autocuidado: ir ao sanitário;</p> <p>- Treinar o uso de dispositivos auxiliares para autocuidado: ir ao sanitário;</p> <p>- Treinar técnica de adaptação para autocuidado: ir ao sanitário.</p>	<p>20/05/2021 – O Sr. A.C. não consegue explicar a técnica de adaptação para autocuidado: ir ao sanitário, nem utilizar os dispositivos auxiliares.</p> <p>26/05/2021 – O Sr. A.C. demonstra conhecimentos e encontra-se capacitado para a técnica de adaptação para o autocuidado ir ao sanitário e utiliza de forma correta e segura os dispositivos auxiliares.</p>
<p>Foco: Andar com auxiliar de marcha</p>		
<p>Diagnóstico: Potencial para melhorar o conhecimento sobre adaptação do domicílio para andar com auxiliar de marcha; Potencial para melhorar conhecimento sobre andar com auxiliar de marcha</p>		
<p>Dimensão: Conhecimento</p>		
<p>Resultado de Enfermagem: Conhecimento sobre adaptação do domicílio para andar com auxiliar de marcha melhorado; Conhecimento sobre andar com auxiliar de marcha melhorado</p>		
<p>20/05/2021 a 26/05/2021</p>	<p>- Avalia conhecimento sobre adaptação do domicílio para andar com auxiliar de marcha (O Sr. A.C. reside em rés-do-chão, em casa sem desniveis);</p> <p>- Avaliar conhecimento sobre andar com auxiliar de marcha: (andarilho inicialmente com progressiva adaptação às canadianas durante o internamento);</p>	<p>20/05/2021 – O Sr. A.C. já utiliza apoio de marcha com bengala, porém não apresenta conhecimentos acerca da utilização de andarilho e canadianas. No acolhimento ao serviço e aquando da permanência da sua esposa no</p>

Capacitação do Cuidador Informal da Pessoa em Processo de Reabilitação com Compromisso do Autocuidado

	<p>- Ensinar sobre adaptação do domicílio para andar com auxiliar de marcha (criação de espaço livre em cada para andar com canadianas, retirar todos os tapetes do chão, retirar todos os móveis que impeçam a passagem livre do Sr. A.C.)</p> <p>- Ensinar sobre andar com auxiliar de marcha: (andar com auxiliar de marcha: avançar o andarilho ou as duas canadianas, deslocar o membro inferior direito até ao nível das canadianas ou andarilho, posteriormente avançar o membro inferior esquerdo, para mudança de direção virar sobre o lado direito, não foi realizado ensino nem treino de subir e descer escadas numa fase inicial visto que o Sr. A.C. não dispunha de degraus de acesso à sua casa);</p> <p>- Providenciar material educativo, Guia de prevenção de quedas de idosos no domicílio (Anexo 2) e <i>Flyer</i> Prótese Total do Joelho (Anexo 4).</p>	<p>serviço, foi entregue o guia de prevenção de quedas de idosos no domicílio e foram realizados desde logo ensinamentos relativos à disposição do mobiliário em casa, da retirada dos tapetes e da necessidade de aquisição de canadianas para o momento da alta.</p> <p>26/05/2021 – O Sr. A.C. demonstra conhecimentos sobre a adaptação do domicílio para andar com auxiliar de marcha e na utilização de auxiliar de marcha para andar. À data da alta o Sr. A.C. consegue explicar e demonstrar a técnica de utilização das canadianas, pelo que se considera que o mesmo se encontra apto para as utilizar de forma segura e correta.</p>
<p>Foco: Andar com auxiliar de marcha</p>		
<p>Diagnóstico: Potencial para melhorar capacidade para andar com auxiliar de marcha;</p>		
<p>Dimensão: Aprendizagem de Capacidades</p>		
<p>Resultado de Enfermagem: Capacidade para andar com auxiliar de marcha melhorada</p>		
<p>22/05/2021 a 26/05/2021</p>	<p>- Avaliar capacidade para andar com auxiliar de marcha;</p> <p>- Instruir sobre andar com auxiliar de marcha: (primeiro andarilho e numa segunda fase com canadianas, iniciando-se com pequenas distâncias, conforme tolerância do Sr. A.C. negociando objetivos com o</p>	<p>22/05/2021 – Após 48h do procedimento cirúrgico foi realizado o primeiro levante e a instrução da técnica para andar com auxiliar de marcha, neste dia com andarilho. O Sr. A.C.O. não apresentava</p>

37

	<p>mesmo, na tentativa que progressivamente as distâncias sejam mais longas);</p> <p>- Treinar a andar com auxiliar de marcha.</p>	<p>conhecimentos sobre a correta utilização do andarilho, mas após uma pequena demonstração o mesmo conseguiu executar a técnica de forma segura e correta. Neste dia a distância percorrida foi curta, conforme a tolerância do Sr. A.C., sendo que o mesmo quando se encontrava mais cansado acabada por não executar a técnica corretamente pelo que era interrompido o treino.</p> <p>26/05/2021 – O Sr. A.C. demonstra uma correta utilização dos auxiliares de marcha utilizados durante o internamento (andarilho e canadianas), sendo que nesta data o mesmo é autónomo na utilização de ambos, pelo que se considera que o Sr. A.C. está apto para a utilização de auxiliares de marcha, de forma segura e correta.</p>
<p>Foco: Equilíbrio corporal</p>		
<p>Diagnóstico: Equilíbrio corporal comprometido</p>		
<p>Dimensão: Equilíbrio corporal</p>		
<p>Resultado de Enfermagem: Equilíbrio corporal não comprometido</p>		
<p>22/05/2021 a 26/05/2021</p>	<p>- Avaliar equilíbrio corporal: (sentado e ortostático);</p> <p>- Monitorizar equilíbrio corporal através de Escala de Berg (Ver Tabela 11);</p> <p>- Estimular a manter o equilíbrio corporal (correção postural);</p>	<p>22/05/2021 – O Sr. A.C. apresenta um equilíbrio aceitável e um risco de queda médio, ver tabela 11, score 26 na Escala de Berg.</p>

38

	<p>- Executar técnica de treino de equilíbrio: (alternância de carga nos membros superiores, exercício de coordenação de movimentos, facilitação cruzada);</p> <p>- Orientar na técnica de treino e equilíbrio.</p>	<p>26/05/2021 – Após a realização de técnicas de treino de equilíbrio durante o internamento o Sr. A.C. demonstra melhoria no seu equilíbrio corporal, passando a ter um score 30 na Escala de Berg, mantendo por isso um equilíbrio aceitável e um risco de queda médio.</p>		<p>sentado/ortostático, equilíbrio dinâmico sentado/ortostático);</p> <p>- Treinar técnica de equilíbrio corporal.</p>	<p>conseguia executá-la. Neste dia foram iniciados os ensinamentos sendo que o Sr. A.C. desde uma fase inicial que conseguiu cumprir com os objetivos delineados para cada exercício proposto.</p> <p>26/05/2021 – O Sr. A.C. à data da alta apresentava capacidade para executar a técnica de equilíbrio corporal de forma correta e segura.</p>
<p>Foco: Equilíbrio corporal Diagnóstico: Potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de equilíbrio corporal Dimensão: Conhecimento Resultado de Enfermagem: Conhecimento sobre técnica de equilíbrio corporal, melhorado</p>					
<p>22/05/2021 a 26/05/2021</p>	<p>- Avaliar conhecimento sobre técnica de equilíbrio corporal;</p> <p>- Ensinar sobre técnica de equilíbrio corporal.</p>	<p>22/05/2021 – O Sr. A.C. não dispunha de conhecimentos sobre a técnica de equilíbrio corporal. Neste dia foram iniciados os ensinamentos que foram prolongados até ao dia da alta.</p> <p>26/05/2021 – O Sr. A.C. à data da alta apresentava conhecimentos relativos à técnica de equilíbrio corporal, executando a técnica de forma correta e segura.</p>			
<p>Foco: Equilíbrio corporal Diagnóstico: Potencial para melhorar a capacidade para usar técnica de equilíbrio corporal Dimensão: Aprendizagem de Capacidades Resultado de Enfermagem: Capacidade para usar técnica de equilíbrio corporal, melhorada</p>					
<p>22/05/2021 a 26/05/2021</p>	<p>- Avaliar a capacidade para executar técnica de equilíbrio corporal;</p> <p>- Instruir sobre técnica de equilíbrio corporal (correção postural, equilíbrio estático)</p>	<p>22/05/2021 – O Sr. A.C. não dispunha de conhecimentos sobre a técnica de equilíbrio corporal e por isso não</p>			

Reflexão Crítica

O presente local de estágio é para mim desafiante visto que nunca tinha tido uma experiência profissional ou académica na área de Ortopedia. Considero que o papel do EEER neste serviço é determinante para que existam melhores resultados e ganhos em saúde das pessoas que integram os programas de reabilitação aqui realizados.

A possibilidade de executar na prática aquilo que foi lecionado nas várias Unidades Curriculares do Curso tem sido maravilhoso. No primeiro dia de estágio trouxe na mala uma vontade enorme de aprender, de abraçar um desafio totalmente novo para mim, mas também trouxe receio de como seria o serviço para onde iria e a equipa onde seria integrada. Todo o receio foi colocado de parte no primeiro instante em que senti que já fazia parte da equipa e que a mesma me ajudará a atingir os objetivos para que me proponho neste estágio.

De forma a atingir parte dos objetivos do estágio seleccionei o Sr. A.C. para a execução do plano de cuidados proposto como elemento de avaliação. Durante a realização da pesquisa e consequentemente do plano de cuidados apercebi-me que o serviço onde me encontro não dispõe de alguns instrumentos importantes, muito falados na evidência científica e que poderiam ajudar na avaliação do Sr. A.C. bem como na realização de exercícios que promovessem o aumento da força e da amplitude muscular, como sendo o goniómetro e o artromotor. A inexistência de goniómetro impossibilitou a avaliação da goniometria que permitiria demonstrar os ganhos adquiridos com o programa de reabilitação a nível do aumento da amplitude articular, assim como o artromotor constituiu-se como um instrumento auxiliar para a realização de movimentos isocinéticos essenciais para a recuperação neste tipo de cirurgia. Foi feita proposta à chefia do serviço a aquisição dos instrumentos referidos por considerar que os mesmos podem fazer a diferença nos ganhos em saúde.

Outro dos pontos que considero ainda passíveis de melhoria é a relação com a equipa de fisioterapia do serviço. O estabelecimento de objetivos comuns, definidos pela equipa interdisciplinar, levarão também à aquisição de maiores ganhos em saúde.

A impossibilidade de visitas durante o internamento, face à situação pandémica experienciada atualmente, impede a realização de algumas intervenções por parte do EEER que incluiriam a família e o cuidador principal na aquisição de conhecimentos e capacitação para determinadas intervenções importantes para um regresso a casa seguro.

Também considero que a admissão do Sr. A.C. e a preparação pré-operatória poderiam ser melhoradas se tivesse existido uma consulta pré-operatória, consulta esta que também não se encontra em funcionamento desde o início da pandemia, por razões de segurança e de controlo de infeção.

Uma consulta de seguimento pós-alta, presencial ou telefónica, também poderia ser benéfica para esclarecimento de dúvidas e garantia de que o programa de reabilitação se manteve, mesmo após a alta.

A minha capacidade de realização de planos de cuidados, que vão ao encontro das necessidades reais da pessoa, e o levantamento correto dos diagnósticos de enfermagem, intervenções e resultados esperados, será aprimorada com o decorrer dos vários estágios e dos momentos de partilha com a Sra. EEER. Mara, supervisora clínica e com o Professor Doutor Luís Sousa, a quem agradeço a disponibilidade e interesse de ambos no meu processo de aprendizagem.

Conclusão

A elaboração do presente trabalho permitiu-me aprofundar conhecimentos relativos à pessoa em situação de doença com especial enfoque no doente cirúrgico em contexto de Ortopedia, cirurgia eletiva de artroplastia do joelho com colocação de prótese total do joelho.

A seleção desta tipologia de situação prendeu-se com o facto de ter tido a oportunidade de acompanhar o Sr. A.C. desde o momento da sua admissão, visualização do procedimento cirúrgico e acompanhamento no processo de reabilitação até ao momento da alta.

A execução do plano de cuidados foi essencial na aquisição de competências específicas do EEER com a possibilidade de estruturação de um plano de reabilitação que se inicia no acolhimento e admissão da pessoa ao serviço, num período pré-operatório com término, nesta situação específica, na alta clínica hospitalar, mas sempre em vista à manutenção do mesmo após o regresso ao domicílio.

A possibilidade de poder acompanhar a Sr. Enf. Mara na sua prática especializada possibilita a abertura de horizontes que até ao momento só tinha acesso pela literatura consultada, aquilo que ambicionava desde que tomei a decisão de ingressar no curso de Especialidade em Enfermagem de Reabilitação.

A articulação entre a realidade da prática clínica, aquilo que é recomendado pela evidência científica e os recursos disponíveis tomam a ação do EEER um verdadeiro desafio. As adversidades que se colocam no caminho do EEER tornam-no mais apto e capaz de fazer e ser o melhor que consegue.

Os ganhos em saúde adquiridos pela intervenção do EEER são mensuráveis e estão documentados nos instrumentos de avaliação aplicados ao Sr. A.C.

Considero determinante ressaltar não só o papel do EEER no aumento da força muscular/ amplitude articular, gestão da dor, melhoria do equilíbrio e no desempenho nas AVD's mas também na relação terapêutica conquistada com a pessoa alvo de cuidados, neste caso o Sr. A.C. Esta relação impulsiona o programa de reabilitação pois a pessoa sente que é parte integrante no seu programa de reabilitação, que pode esclarecer dúvidas, partilhar sentimentos, frustrações, alegrias e conquistas.

Tal como é possível observar pela reflexão crítica apresentada, várias são as sugestões de melhoria, penso que o primeiro passo, o mais determinante e aquele que gera a mudança é o reconhecimento daquilo em que podemos e devemos ser melhores.


Referências Bibliográficas

- Direção Geral de Saúde. (2019). *Norma n.º 008/2019 de 09/12/2019 - Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares*. Lisboa: Direção Geral de Saúde. Consultado a 28 de maio de 2021, disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0082019-de-09122019-pdf.aspx>
- Mahan L. & Escott-Stump, S. (2008). *Krause's Food Nutrition and Diet Therapy*. (12ª edição). Missouri: Saunders.
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Porto: Ordem dos Enfermeiros. Consultado a 28 de maio de 2021, disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/PadrãoDocumental_EER.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2016). *CIPE® Versão 2015 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem Edição Portuguesa*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). *Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Porto: Ordem dos Enfermeiros. Consultado a 28 de maio de 2021, disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf
- Regulamento n.º 392/2019. *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Assembleia da República. Diário da República, II Série (N.º 85 de 2019-05-03), 13565-13568. Consultado a 28 de maio de 2021, disponível em: <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/122216893/details/normal?l=1>
- Sousa, L., & Carvalho, M. (2017). 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.

Anexos

Anexo 1 - Guia de Acolhimento ao Utente/Família

<p>SERVÍCIO ORTOPEDIA</p> <p>O Director de Serviço, a Enfermeira Chefe e toda a Equipa do-cha se Boas Vindas!</p> <p>Este folheto pretende dar a conhecer as principais normas de funcionamento do serviço, bem como outras informações consideradas úteis.</p> <p>NA ADMISSÃO</p> <p>O reconhecimento no serviço será feito pelo Enfermeiro Directo fazer.</p> <p>Os seus objectos pessoais, tais como: gelatina, pente, escova de dentes, roupa interior, chinelo e o chapéu, lóca a medicina que faz em casa.</p> <p>Não deverá trazer:</p> <p>Objetos de valor (Fios, jóias, relógio, dinheiro e etc...)</p> <p>Alimentos e bebidas.</p> <p>Tem ao seu dispor um ambiente onde pode guardar todos os seus objectos.</p> <p>PROTESES</p> <p>Proteses (Dentárias, auditivas, óculos, ...) Sairá do utente que se responsabiliza por elas.</p> <p>Se não tiver, deverá trazer a sua prótese e a vestimenta cirúrgica, sempre em triplicado e a enfermeira.</p> <p>ALERTA</p> <p>Apeloço do internamento poderá virar de enfermeira de acordo com a pedido do serviço.</p>	<p>SERVÍCIO ORTOPEDIA</p> <p>NO SERVIÇO NÃO É PERMITIDO:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Fumar; ■ Beber; e do serviço sem consentimento; ■ Dar informações de outros doentes; ■ Ter em seu poder objectos cortantes. <p>VISITAS</p> <p>Entrada e saída do serviço deve levar as mãos lavadas e limpas.</p> <p>As visitas são diárias.</p> <p>Enfermeiras:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 12:00 às 14:00 - 1 visita - 14:00 às 20:00 - 2 visitas de cada vez <p>Unidade de Cuidados Intermedios (UCI)</p> <p>As visitas são diárias.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 visita durante a 10 minutos - A entrada a crianças menores de 12 anos está condicionada. <p>INFORMAÇÕES CLÍNICAS</p> <p>Para obter informações clínicas:</p> <p>Ortopedia A e B:</p> <p>Dirija-se a secretaria da Unidade para marcação do atendimento Médico (das 12:00 às 13:00) e de Enfermeira (das 14:00 às 15:00).</p> <p>Os procedimentos são realizados a um ritmo de atendimento de 15 minutos.</p> <p>A equipa de enfermagem está disponível para esclarecimento de dúvidas no âmbito das competências de enfermagem.</p>	<p>SERVÍCIO ORTOPEDIA</p> <p>HORARIO DAS REFERÊNCIAS</p> <p>08:00 - Pequeno Almoço 12:00 - Almoço 18:00 - Jantar 22:00 - Cesta</p> <p>Antes de realizar consultas ou pedidos a um doente, por favor, certifique-se de que o doente está devidamente estável em jejum ou com uma dieta específica.</p> <p>Os seus familiares podem ajudar a doar a sua refeição.</p> <p>SERVÍCIO SOCIAL</p> <p>Ortopedia A Dra. Ana Júlia - contacto: 214 348 364 Ortopedia B Dra. Catarina Coelho - contacto: 214 348 442 Das 08:00 às 18:00</p> <p>CUIDAR EM PARCERIA</p> <p>Temos um projecto de parceria consigo... Que o ajudará a promover a recuperação do seu doente.</p> <p>Se estiver interessado, fale com a equipa de enfermagem.</p>
---	--	--

<p>SERVÍCIO ORTOPEDIA</p> <p>SERVÍCIO RELIGIOSO E ESPIRITUAL</p> <p>A capela situa-se no Piso 1, encontra-se sempre aberta. A missa é celebrada todos os Sábados às 18:00h.</p> <p>Para saber mais informações, contacte o Gabinete de Pastoral e Espiritualidade do Hospital. Se tiver alguma dúvida, poderá dirigir-se ao seu Orientador Espiritual.</p> <p>GABINETE DO UTENTE</p> <p>O Gabinete do Utente situa-se junto às Consultas Externas do Hospital.</p>	<p>SERVÍCIO ORTOPEDIA</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Para sua ajuda, leve a identificação as mãos antes e após o atendimento ao familiar; ■ Não abuse nem quebre o seu familiar; ■ Em caso de isolamento, respeite as normas de protecção; ■ Permissão de segurança, é favorável desinfectar as mãos; ■ No serviço, vai encontrar sacos pretos onde deve colocar o lixo comum. 	<p>SERVÍCIO ORTOPEDIA</p> <p>ADA CLÍNICA</p> <p>Antes de sair do serviço certifique-se de que tem em seu poder todos os objectos pessoais e valores.</p> <p>Recorreu do seu médico assistente e enfermeira as consultas de enfermagem, fisioterapia, psicologia, nutrição, assistência social, enfermagem, etc.)</p>	<p>SERVÍCIO ORTOPEDIA</p>
<p style="text-align: center;">INFORMAÇÃO</p> <p style="text-align: center;">SERVÍCIO ORTOPEDIA</p> <div style="text-align: center;">  </div> <p style="text-align: center;">GUIA DE ACOLHIMENTO AO UTENTE/FAMILIA</p>		<p>SERVÍCIO ORTOPEDIA</p>	



Anexo 2 - Prevenção de quedas de idosos no domicilio

Anexo 3 - Impresso específico para recolha de dados - protocolo do serviço de Ortopedia

Prevenção de quedas de idosos no domicílio

Os principais fatores de risco são:

- Diminuição da visão e audição;
- Diminuição da força muscular;
- Doenças associadas como a osteoporose ou a demência de Alzheimer;
- Falta de condições de segurança nas habitações;
- Calçado e vestuário inadequados;
- Pisos escorregadios e irregulares;
- Presença de tapetes soltos;
- Uso de apoios de marcha mal adaptados;
- Viver sozinho.

Diante-Cora e Silva, 2003

Como ajudar a prevenir...

...o seu familiar, deve:

- Tomar conhecimento da medicação e ajudá-lo a preparar a mesma - em caso de dúvida deve falar diretamente com o enfermeiro/clínico/farmacêutico;
- Promover o uso de calçado adequado: sapatos fechados, com talões largos, e calcanhares reforçados. Evite o uso de chinelos;
- Promover o uso de roupas ajustadas ao corpo em detrimento de roupas compridas.

...em casa:

- Deixar uma luz de presença de noite;
- Não deixar fios elétricos soltos;
- Se tiver escadas, estas devem ter piso antiderrapante - Identificar o último degrau com uma fita isoladora de cor diferente.

Outras sugestões de prevenção...

...na casa de banho:

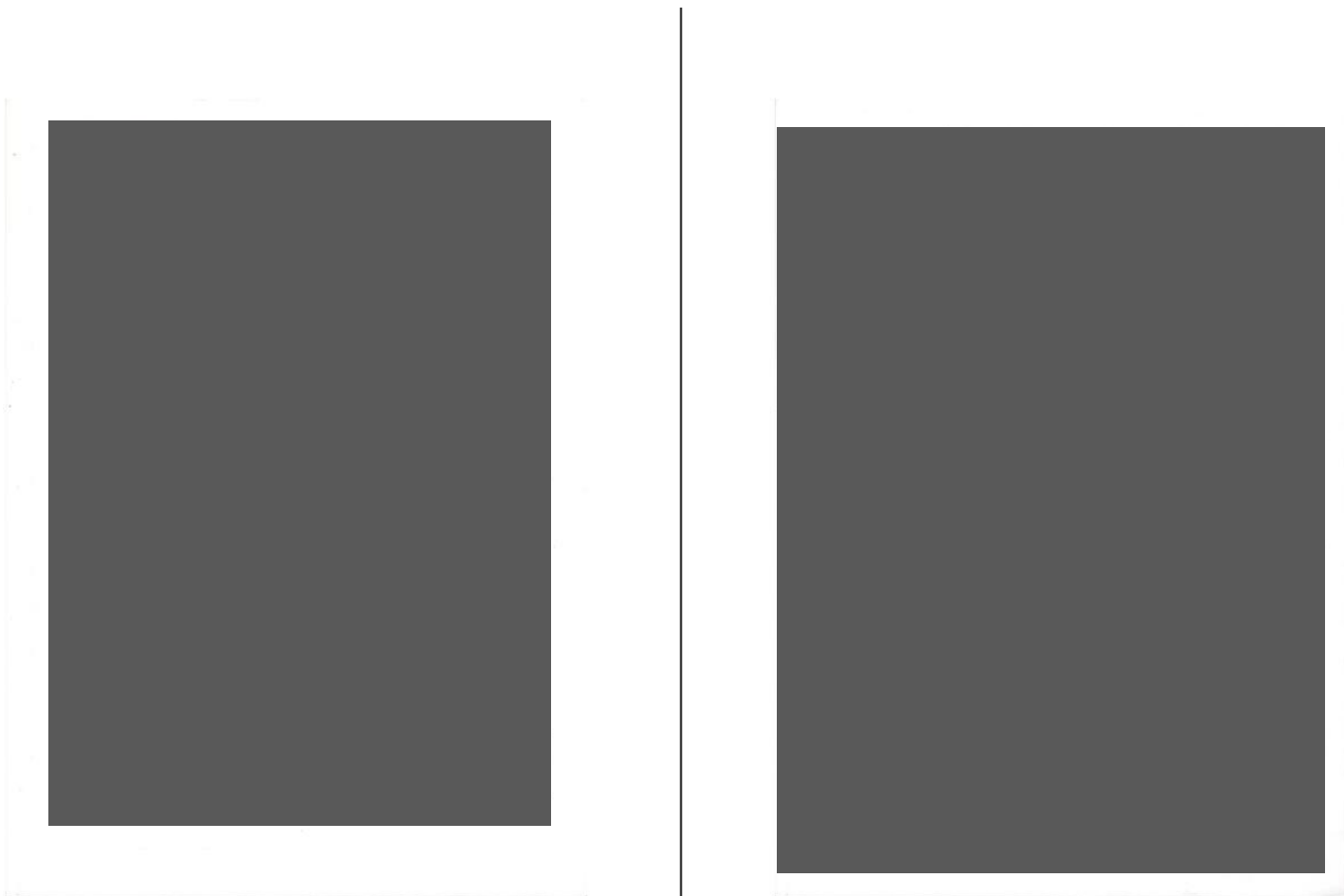
- Ponderar a colocação de piso antiderrapante;
- Colocar barras de apoio nas paredes junto à sanita, toilet e/ou banheira;
- Usar tapete de banho preso ao chão do toilet ou banheira;
- Remover tapetes soltos.

...no quarto:

- Os interruptores de luz devem estar ao alcance do idoso;
- Colocar os objetos necessários ao alcance do idoso, para evitar o uso de escadotes;
- Fixar a mesa de cabeceira à parede.






...Outros

- Ao passar o seu animal de estimação tenha cuidado para não tropeçar na terra.



Serviço de Ortopedia	Serviço de Cirurgia	Informação
<p>PARA PREVENIR QUEDAS!</p> <ul style="list-style-type: none"> • Os corredores do seu caso devem estar livres de obstáculos (móveis, cadeiras, vassalhas); • Evitar trepar no chão do seu caso; • Evitar andar em algo balanço; • Ter uma boa iluminação em casa; • Os fios de telefonia e de eletrodomésticos devem estar presos à parede. <p>CONSULTAR O MÉDICO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Casos de vômito; • Doi intenso e persistente; • Edema (inchaço) no punho operado; • Aumento da temperatura no local da cicatriz (se ficar muito vermelho); • Alteração do aspecto da cicatriz. 	<p>H.F.F.G. C.I. Med. SCInep. Maio/2013</p> <p>Todas as suas dúvidas devem ser discutidas e esclarecidas com a equipe de saúde.</p>	<p>Prótese total do Joelho</p>  <p>DI.0350.0.028/2012/08-05-2013/Prótese Total do Joelho nº 1 a 3</p> <p>Bibliografia:</p> <p>• Apper, Paulo J.; Socoli, Lucilei K.; Marul, Jose F. Prótese Total do Joelho. In: Tratado de Ortopedia e Prótese Clínica. 6ª Edição. Ilustr. Isonom. Edições Revistas e Cartilhas Ltda.</p>
Serviço de Ortopedia	Serviço de Ortopedia	Serviço de Ortopedia

Anexo 4 – Flyer Prótese Total do Joelho

Serviço de Referência	Serviço de Orçamento	Serviço de Referência
<p>ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA</p> <ul style="list-style-type: none"> Tomar ducha uma vez de banho de manhã; Entrar para o autocuidar, sentando-se 1º no banco e depois ir para os pés para o melhor do autocuidar; Ir ao autocuidar adequadamente 1º os pés de fora; <p>Não deve:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ignorar banho de manhã Cruzar os pés Ignorar autocuidar Comportar-se inadequadamente Andar sem cuidados ou bengala Conduzir inadequadamente <p>PARA SE SENTAR</p> <ul style="list-style-type: none"> Sentado numa cadeira que permita fazer o ângulo do joelho a 90º com apoio de braços; <p>Não deve:</p> <ul style="list-style-type: none"> Cruzar os pés Sentado com os membros inferiores estendidos 	<p>MARCHE E MOVIMENTOS</p> <ul style="list-style-type: none"> 1º Calçar os condutores; 2º Calçar o pé esquerdo; 3º Calçar o pé direito;  <p>TRANSFERÊNCIA</p>  <p>Fica até ao estar no cama deve ser sempre pelo lado operado.</p> <p>Não deve:</p> <ul style="list-style-type: none"> Colocar condutores por baixo do joelho operado; Cruzar os pés 	<p>NAS ESCADAS</p> <p>Para subir escadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1º Calçar no degrau de cima o pé direito; 2º Calçar o pé esquerdo; 3º Calçar depois os condutores;  <p>Para descer escadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1º Calçar os condutores no degrau de baixo; 2º Calçar o pé esquerdo; 3º Calçar o pé direito; 

APÊNDICE XIII - Plano de Cuidados UHD

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Universidade de Évora

Escola Superior de Enfermagem São João de Deus

Unidade Curricular Estágio Final

5º Curso de Mestrado em Enfermagem de Associação 2021/2022

Plano de Cuidados

Unidade de Hospitalização Domiciliária do Hospital [REDACTED]

Docente: Professor Doutor Luis Sousa

Supervisores Clínicos: EEER [REDACTED] e EEER [REDACTED]

Discente: Enf. Joana Xavier Fialho, nº 46993

Évora,
novembro 2021

Síglas e Abreviaturas

AVD's – Atividades de Vida Diária

DGS – Direção Geral de Saúde

ECMO - Oxigenação por Membrana Extracorporal

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

IMC – Índice de Massa Corporal

MCDT - Meios Complementares de Diagnóstico e Tratamento

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UHD – Unidade de Hospitalização Domiciliária

Índice

Introdução	5
1. Processo de Enfermagem	6
1.1 Avaliação Inicial	6
1.1.1 Dados Gerais	6
1.1.2 História Clínica	6
1.2 Evolução do internamento na UHD	9
2. Avaliação de Enfermagem	12
2.1 Avaliação Respiratória	12
2.2 Índice de Massa Corporal	14
2.3 Índice de Barthel	14
2.4 Escala de Quedas de Morse	15
2.5 Escala de Coma de Glasgow	16
2.6 Medida da Independência Funcional	17
2.7 Escala <i>London Chest Activity of Daily Living</i>	19
2.8 Escala Numérica Visual	21
2.9 Escala de Borg Modificada	22
3. Plano de Cuidados	23
Conclusão	28
Referências Bibliográficas	29
Anexos	31
Anexo 1 - Consentimento do Utente para Hospitalização Domiciliária	32
Anexo 2 - Lista de Verificação na Admissão à Unidade de Hospitalização Domiciliária	34
Anexo 3 - Localização da Hospitalização Domiciliária do doente	36
Anexo 4 - Escalas de Avaliação de Risco Clínico - Unidade de Hospitalização Domiciliária	38
Anexo 5 - Declaração médica de internamento na UHD	41
Anexo 6 - Guia de Acolhimento na Unidade de Hospitalização Domiciliária	43

Introdução

No âmbito da progressiva aquisição das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) (Regulamento n.º 392/2019, Diário da República, II Série, N.º 85 de 2019-05-03), integrado na Unidade Curricular Estágio Final, inserida no 2.º Ano, 1.º Semestre do Plano de Estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, a decorrer na Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus em Évora, no ano letivo 2021/2022, foi proposta a elaboração de um Plano de Cuidados que complementará a avaliação da Unidade Curricular.

De acordo com o referido regulamento, o EEER “concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas” (Regulamento n.º 392/2019, Diário da República, II Série, N.º 85 de 2019-05-03, p. 13565). Desta forma, os objetivos do presente Plano de Cuidados passam por avaliar a funcionalidade e diagnosticar alterações que determinam limitações da atividade, incapacidades e restrição da participação; implementar programas de treino motor, visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida, capacitar a pessoa com incapacidade, limitação e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício de cidadania; desenvolver programas de treino de Atividade de Vida Diária (AVD's) e de utilização de ajudas técnicas/produtos de apoio, gerir os cuidados, e projetos, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional, por último, produzir dados que demonstrem resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação.

O Plano de Cuidados apresentado foi delineado com base num caso específico que foi acompanhado na Unidade de Hospitalização Domiciliária (UHD), sendo que a linguagem utilizada foi a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2016) e os diagnósticos de enfermagem apresentados vão de acordo com o Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

O presente trabalho foi desenvolvido na UHD do [REDACTED], cumpre as regras de elaboração de trabalhos APA 6ª edição, tendo-se iniciado pela elaboração de um processo de enfermagem que passa por uma recolha de dados, avaliação inicial com a história de saúde, história atual, meios complementares de diagnóstico e de tratamento (MCDT), aplicação de instrumentos de avaliação, levantamento de diagnósticos de enfermagem, delineamento e aplicação do Plano de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação, discussão de resultados e por fim a conclusão.

Ressalva-se que todas as informações clínicas disponíveis neste documento foram obtidas, através de entrevista informal à pessoa alvo de cuidados, equipa interdisciplinar, por recurso à plataforma de registo clínico utilizada no [REDACTED] (*Sorian® Clinicals*) e à nota de alta clínica do Hospital [REDACTED], sendo estas informações de carácter sensível e confidenciais.

1. Processo de Enfermagem

1.1 Avaliação Inicial

1.1.1 Dados Gerais

Tabela 1 - Recolha de dados gerais	
Nome:	Sr ^a Dn ^a T. C.
Idade:	41anos
Gênero:	Feminino
Nacionalidade:	Portuguesa
Escolaridade:	Desconhecida
Estado Civil:	Casada
Situação Laboral:	Desempregada de vendedora ambulante, beneficiária do Rendimento Social de Inserção
Residência	Habitação arrendada de tipologia T2 em cave, com degraus de acesso ao prédio e ao andar. Apresenta as condições de conforto e habitabilidade necessárias (água, eletricidade, gás, esgotos e WC).
Agregado Familiar:	Reside com o marido (41 anos, trabalhador na construção civil), filho (26 anos, carpinteiro), filho (24 anos, vendedor de automóveis), nora (idade desconhecida, desempregada) e nora (16 anos, estudante).

1.1.2 História Clínica

Tal como indicado pela Ordem dos Enfermeiros (2018) “a história clínica é fundamental para obter informação, objetiva e subjetiva, pertinente sobre o atual estado de saúde e intercorrências/evolução da doença” (p.35).

A Sr^a Dn^a T.C. apresenta como antecedentes clínicos relevantes: obesidade; síndrome ansioso/depressivo; cefaleias; queixas osteoarticulares da coluna cervical e dorsal que motivam baixa prolongada; refluxo gastroesofágico. A medicação habitual em ambulatório é: anticonceutivo injetável de ação prolongada (depo-provera); topiramato; venlafaxina (75mg/dia); trazodona (150mg/dia); zolpidem (1mg/dia) e loflazepato de etilo. Não são conhecidas alergias conhecidas e não se apresenta vacinada contra a infeção por SARS-CoV-2, responsável pela doença Covid-19.

Apresentava-se previamente ao internamento sem doença conhecida e independente nas AVD's, até que, a 06/08/2021 inicia quadro de dispneia, febre, cansaço e mialgias, motivo pelo qual recorre ao Serviço de Urgência do Hospital [REDACTED] a 19/08/2021. Nesse momento foi efetuado o diagnóstico médico de Pneumonia a SARS-CoV-2 grave, com necessidade de suporte ventilatório invasivo, tendo sido admitida na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI).

Durante o decorrer do internamento, foi diagnosticado ainda sobreinfecção bacteriana por *Haemophilus influenzae* e *Staphylococcus aureus* sensível à metilicina, tendo cumprido 3 dias de amoxicilina/ ácido clavulânico e vancomicina, posteriormente alterado para doxiciclina de acordo com o teste de sensibilidade ao antibiótico, que realizou durante 6 dias.

Na UCI a Sr^a Dn^a T. C. foi posicionada em decúbito ventral até dia 22/08/2021 e curarização até 23/08/2021. Iniciou desmame de sedação e ventilatório progressivo, embora lento. Ao 8.º dia foi diagnosticada pneumonia associada ao ventilador, com isolamento de *Pseudomonas aeruginosa* metilicina resistente, sensível apenas a meropenem e amicacina que iniciou a 26 e 27/08/2021, respetivamente.

No dia 28/08/2021 apresentou agravamento do seu estado clínico e hemodinâmico com episódio de dessaturação, desadaptação ventilatória e compromisso hemodinâmico por pneumotórax direito hipertensivo. Nesse momento foi realizada drenagem emergente com punção por agulha no 2º espaço intercostal, na linha medioclavicular, com saída franca de ar, com colocação de dreno torácico no 4º espaço intercostal direito, ficando borbulhante. Foi ainda colocada aspiração a baixa pressão, com melhoria clínica e imagiológica (RX).

Desde esse episódio que a Sr^a Dn^a T.C. apresentou outros episódios de broncospasma, com necessidade de aumento progressivo do débito de oxigénio fornecido.

Na manhã de 30/08/2021, por novo agravamento do estado clínico, com dessaturação, realizou Angio TAC tórax que revelou derrame pleural bilateral livre de maiores dimensões à direita, atelectasia passiva do pulmão adjacente e condensação pulmonar, mais à esquerda; extensas áreas de densificação intersticial em vidro despolido e focos de condensação pulmonar; pneumotórax de grandes dimensões à direita e enfisema subcutâneo à direita; dreno na cavidade pleural à direita, perto do tronco arterial braquiocefálico direito; sem imagens atribuíveis a tromboembolismo pulmonar.

Após a realização do referido exame foi exteriorizado o dreno torácico, sem melhoria do quadro clínico, pelo que foi colocado novo dreno torácico no 2º espaço intercostal, na linha medioclavicular à direita, tendo ficado oscilante e borbulhante, com controlo imagiológico (RX) descrito com aparente resolução do pneumotórax.

Apesar da melhoria imagiológica descrita anteriormente, manteve hipoxémia grave pelo que foi transferida para a UCI do Hospital [REDACTED] para resgate com Oxigenação por Membrana Extracorporal (ECMO) a 30/08/2021. Por ter apresentado melhoria gradual com esta técnica de suporte vital extracorporal, foi possível iniciar desmame ventilatório desde dia 03/09/2021 e proceder à descamação a 04/09/2021. Dada a ausência de necessidade de suporte com ECMO e estando em processo de desmame ventilatório, foi novamente admitida no Hospital [REDACTED] para manutenção da assistência.

Durante o internamento na UCI foi estabelecido um programa de reabilitação motora e respiratória com melhoria clínica progressiva. Apesar dos bons resultados adquiridos ao longo do tempo de internamento houve a necessidade de traqueotomia cirúrgica derivada à miopatia, que foi realizada

14/09/2021 (câmara shilley 6 com prolongamento não fenestrada). Desde esse momento que permaneceu com aportes decrescentes de oxigenoterapia, ainda que com períodos de ligeira taquipneia.

Relativamente ao pneumotórax direito diagnosticado em 30/08/2021, foi mantido o dreno pulmonar com presença de provável fistula broncopleurale e paquípleurite da pleura parietal e visceral que impede total reexpansão pulmonar. A 16/09/2021 foi realizada colheita de líquido pleural, por punção da tubuladura da drenagem torácica, com isolamento de *Pseudomonas Aeruginosa* que, após o teste de sensibilidade ao antibiótico apresentou sensibilidade intermédia para a piperacilina/tazobactam, tendo cumprido 3 dias de amicacina e 11 dias de piperacilina/tazobactam.

Na última avaliação imagiológica por TAC torácica a 27/09/2021 revela que o dreno torácico se encontra na cavidade pleural à direita, com presença de pneumotórax loculado à direita com espessamento pleural, sendo que, face à comparação com anterior exame de 20/09/2021 os aspetos estão globalmente sobreponíveis, sendo que o pulmão que está menos densificado.

Após ter sido observada pela especialidade de Otorrinolaringologia a 27/09/2021, foi dada a indicação para início de descamulação, com troca para câmara fenestrada (Rush 8.5) e avanço para descamulação total a 01/10/2021.

Na última avaliação imagiológica por TAC torácica a 06/10/2021, persiste hidropneumotórax direito loculado, com dimensões sobreponíveis às da última avaliação, quando ainda estava colocado o dreno torácico. Presentemente, tem espessura máxima de 14 mm. Mantém-se algum espessamento pleural e ainda se identifica uma estrutura brônquica periférica do lobo médio do pulmão com aparente comunicação com a cavidade pleural, sugestiva de fistula broncopleurale. Pequena quantidade de líquido na cavidade pleural direita. Sem derrame pleural à esquerda. Densidades lineares no parênquima do pulmão direito - possíveis estrias fibróticas e bronquiectasias distais. Mantém-se a evolução favorável das alterações da densidade parenquimatosa pulmonar bilaterais. Hipertrofia ganglionar subcarinal, provavelmente reativa, com 12 x 10 mm. Sem derrame pericárdico.

A Srª Dnª T.C. foi referenciada para a UHD do [REDACTED] por manter necessidade de antibioterapia endovenosa por diagnóstico de cistite aguda a *Klebsiella pneumoniae*, bem como para a manutenção de reabilitação motora e respiratória. Desta forma, após avaliação da equipa interdisciplinar que constitui a UHD e por reunir todos os critérios de admissão na UHD (Voluntariedade do doente e cuidador, critérios clínicos, exequibilidade do tratamento, critérios sociais e critérios geográficos), a mesma transferida a 12/10/2021.

Devido ao facto do período alargado de assistência da Srª Dnª T.C. ter sido realizado numa instituição de saúde que não o [REDACTED], não foi possível ter acesso ao relatório integral e imagens da grande maioria dos MCDT's realizados no internamento.

1.2 Evolução do internamento na UHD

Desde o primeiro momento em que a Srª Dnª T.C. deu entrada na UHD do [REDACTED] que a mesma foi acompanhada por uma equipa interdisciplinar constituída por Equipa de Enfermagem, Equipa Médica, Assistente Social, Auxiliar de Ação Médica e Administrativa.

Pelas características da UHD e pelo facto de a Srª Dnª T.C. ter sido referenciada para esta Unidade por outro hospital, a primeira avaliação foi realizada telefonicamente, momento onde foi confirmado que eram cumpridos os critérios para integração na UHD: Voluntariedade do doente e familiar/cuidador com preenchimento e assinatura do consentimento informado (Impresso interno do [REDACTED]: IMP.1825/E.DC - Anexo 1); critérios sociais, clínicos, geográficos e exequibilidade do tratamento. O procedimento para a admissão de doentes nas UHD's encontra-se inscrito na Norma da Direção de Saúde (DGS) Nº 020/2018 de 20/12/2018, sendo que internamente o [REDACTED] apresenta um procedimento interno PR.1738/E.DC de 7/10/2020, para a admissão de doentes, e o procedimento PR.1739/T.DC de 07/10/2020 para a referência de doentes.

Quando é confirmada a admissão da Srª Dnª T.C. na UHD é preenchida a Lista de Verificação na Admissão à Unidade de Hospitalização Domiciliária (Impresso interno do [REDACTED]: IMP.1828/E.DC - Anexo 2), assim como a Localização da Hospitalização Domiciliária do doente (Impresso interno do [REDACTED]: IMP.1829/E.DC - Anexo 3), a aplicação de Escalas de Avaliação de Risco Clínico - Unidade de Hospitalização Domiciliária (Impresso interno do [REDACTED]: IMP.1827/E.DC - Anexo 4) e por último é preenchida a Declaração Médica de internamento na UHD (Impresso interno do [REDACTED]: IMP.1826/E.DC - Anexo 5)

A primeira avaliação presencial foi efetuada por Enfermeiro, já no seu domicílio no primeiro dia de internamento a 12/10/2021, sendo que nesta visita foi entregue um folheto informativo com o título: "Guia de Acolhimento na Unidade de Hospitalização Domiciliária" (Anexo 6) juntamente com o qual são iniciados os ensinamentos relativos ao formato alternativo de internamento, à obrigatoriedade de permanência em casa, horário de visita domiciliária, horário da equipa de prevenção, contacto telefónico da equipa de prevenção, terapêutica a ser administrada e fornecimento da mesma. Nesta visita é ainda garantido que existem condições de segurança à permanência da Srª Dnª T.C. para cumprimento do plano clínico definido e da equipa que fará as visitas domiciliárias durante o internamento.

Nesta primeira avaliação realizada à Srª Dnª T.C., a mesma apresentava-se calma, consciente, orientada na pessoa, tempo e espaço, participativa aquando da recolha de dados gerais. A mesma compreende a sua situação clínica e sente-se motivada com o tratamento proposto, reconhecendo que ainda apresenta algumas dificuldades devido ao tempo prolongado de internamento.

O internamento na UHD da Srª Dnª T.C. decorreu do dia 12/10/2021 até ao dia 23/10/2021, num total de 12 dias. Durante este período a mesma manteve a terapêutica apresentada na Tabela 2, assim como um programa de reabilitação respiratória e motora que dá continuidade ao processo de reabilitação iniciado no [REDACTED]. Todo o internamento da Srª

Dn^a T.C. decorreu sem complicações ou intercorrências, tendo mantido estabilidade clínica. Analiticamente não foram objetivadas alterações significativas, tal como apresentado na Tabela 3.

O programa de reabilitação da Sr^a Dn^a T.C. foi iniciado nas outras instituições de saúde, sendo que no primeiro acolhimento do EEER no domicílio, foi realizada uma avaliação pormenorizada e definição de objetivos para o programa de reabilitação, desta forma os objetivos definidos foram: minimizar a sintomatologia (dispneia e toracalgia); maximizar a capacidade para o exercício físico; promover a autonomia da pessoa; aumentar a participação social; aumentar a qualidade de vida relacionada com a saúde; efetuar mudanças a longo prazo promotoras de bem-estar; melhorar o padrão ventilatório; incentivar a expansão pulmonar; melhorar a mobilidade torácica; melhorar o padrão respiratório e função diafragmática a fim de reduzir o trabalho respiratório; potenciar a redução ao esforço.

A avaliação realizada pelo EEER, assim como os instrumentos de avaliação utilizados encontram-se apresentados no capítulo 2, assim como o programa de reabilitação delineado para a Sr^a Dn^a T.C. encontra-se pormenorizadamente explicado no capítulo 3.

Fármaco, Dose, Via, Dose a administrar	Horário
Brometo de Ipratrópio, inalatório, 20mcg/dose, 200 doses, solução inalatória, 4 inalações	1h, 7h, 13h, 19h
Piperacilina Tazobactam, intravenoso, 4g/500mg, pó solução injetável, 4,5mg	1h, 7h, 13h, 19h
Pantoprazol, oral, 20mg, comprimido, 20mg	7h
Apixabano, oral, 5mg, comprimido, 5mg	7h, 19h
Propranolol, oral, 40mg, comprimido revestido, 40mg	7h1 19h
Salmeterol, inalatório, 25mcg/dose, 200doses, suspensão inalatória, 2 inalações	7h1 19h
Sertralina, oral, 50mg, comprimido, 50mg	9h
Venlafaxina, oral, 75mg, comprimido de libertação prolongada, 75mg	9h
Bisacodil, oral, 5mg, comprimido, 5mg	21h
Trazodona, oral, 100mg, comprimido, 150mg	21h
Zolpidem, oral, 10mg, comprimido revestido, 10mg	21h
SOS - Salbutamol, inalatório, 100mcg/dose, 200doses, suspensão inalatória, 4 inalações	SOS
SOS - Paracetamol, oral, 1g, comprimido	SOS, se queixas de dor ou febre

10

Hemograma		
	14/10/2021 - Admissão	23/10/2021 - Alta
Hemoglobina	10.1 g/L	10.9 g/L
Eritócitos	3.62 L	3.99 L
Hematócrito	33.6%	36.2%
V.G.M.	92.8 fL	90.7 fL
H.G.M.	27.9 pg	27.3 pg
C.H.G.M.	30.1 g/L	30.1 g/L
RDW (CV)	15.2%	14.6%
Leucograma		
Leucócitos	9.6 L	3.8 L
Neutrófilos	40.8 (3.8) L	24.4 (0.9) L
Eosinófilos	8.8 (0.8) %	9.6 (0.4) %
Basófilos	0.7 (0.1) %	0.1 (0.0) %
Linfócitos	45.9 (4.4) %	54.8 (2.1) %
Monócitos	4.6 (0.4) %	10.1 (0.4) %
Eritroblastos	0.00	0.00
Plaquetas	320 L	364 L
PDW	11.2 fL	10.6 fL
MPV	10.3 fL	9.8 fL
Coagulação Geral		
Tempo de Protrombina	10.9 segundos	-
INR	1.0	-
Tempo de Tromboplastina Parcial	25.4 segundos	-
Eletrolitos		
Natrémia	140.5 mmol/L	142.2 mmol/L
Kaliémia	3.94 mmol/L	3.68 mmol/L
Clorémia	106.0 mmol/L	108.5 mmol/L
Cálcio Total	9.3 mg/dL	-
Fósforo inorgânico	3.6 mg/dL	-
Magnésio	1.9 mg/dL	-
Função Renal		
Creatinina	0.38 mg/dL	0.39 mg/dL
Ureia	11.7 mg/dL	18.5 mg/dL
Taxa de Filtração Glomerular	197.00 mL/min	192.00 mL/min
Bioquímica		
Glicose	112 mg/dL	-
PCR - Doseamento	0.25 mg/dL	0.25 mg/dL

11

2. Avaliação de Enfermagem

A avaliação sistematizada da pessoa alvo de cuidados é essencial para a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação. Esta avaliação indicará alterações fisiopatológicas compatíveis com a evolução da situação clínica, sendo também norteadora de toda a ação do EEER (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Para que a intervenção do EEER seja relevante e ajustada às necessidades da Srª Dnª T.C. e a sua família, após a recolha de dados foi efetuado uma avaliação respiratória e posteriormente aplicados instrumentos de avaliação que vão de acordo com a situação em causa. Tal como indicado no capítulo anterior, a UHD do [] dispõe de alguns instrumentos de avaliação que fazem parte da avaliação inicial de todas as admissões no serviço, estes instrumentos estão indicados como Escalas de Avaliação de Risco Clínico (Anexo 4).

Os instrumentos de avaliação ajudam a quantificar e a evidenciar os resultados obtidos pela intervenção dos EEER. O documento da Ordem dos Enfermeiros (2016) "Instrumentos de Recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação", assim como o Guia Orientador de Boa Prática - Reabilitação Respiratória, Ordem dos Enfermeiros (2018) foram orientadores para a seleção dos instrumentos mais adequados a serem utilizados.

2.1 Avaliação Respiratória

Tabela 4 – Avaliação Respiratória da Srª Dnª T.C., realizado em repouso

Datas	13/10/2021	22.10.2021
Tensão arterial	107/71mmHg	121/79mmHg
Frequência Cardíaca	70bpm	72bpm
Frequência Respiratória	30cpm	20cpm
Ritmo	Irregular	Regular
SPO2	Em repouso, em ar ambiente entre 94%-96%	Em repouso, em ar ambiente entre 96%-98%
Coloração Pele e Mucosas	Pálida e hidratadas	Pálida e hidratadas
Tosse	Ausente	Ausente
Expetoração	Ausente	Ausente
Dor	Localizada na região torácica à direita, no local da sutura do	Localizada na região torácica à direita, no local da sutura do

	anterior dreno torácico.	anterior dreno torácico.
Inspeção	Ritmo respiratório irregular; Respiração superficial e predominantemente torácica; Tórax normal	Ritmo respiratório regular; Respiração superficial e predominantemente torácica; Tórax normal
Palpação	Traqueia centrada, com ligeiro edema, presença de penso simples nesta região, referente a anterior sutura de encerramento de traqueostomia, removido penso, pele íntegra; Regiões superiores e inferiores do tórax com expansibilidade normal e simétrica.	Traqueia centrada, com ligeiro edema, diminuído face à primeira avaliação; Regiões superiores e inferiores do tórax com expansibilidade normal e simétrica.
Auscultação pulmonar	Murmúrio vesicular mantido em 1 e 2. Murmúrio vesicular diminuído em 3 e 4. Murmúrio vesicular abolido em 5 e 6.	Murmúrio vesicular mantido em 1, 2, 3 e 4 Murmúrio vesicular diminuído em 6. Murmúrio vesicular abolido em 5.
Percussão	Sons pulmonares normais exceto: - Face anterior do tórax à direita (região mamária e infra-mamária) e face posterior do tórax à direita (região escapular e infraescapular) onde apresenta submaciez; - Face lateral do tórax à direita, (região axilar e infra-axilar) onde apresenta maciez.	Sons pulmonares normais exceto: - Face anterior do tórax à direita (região mamária e infra-mamária) e face posterior do tórax à direita (região escapular e infraescapular) onde apresenta submaciez; - Face lateral do tórax à direita, (região axilar e infra-axilar) onde apresenta maciez.

2.2 Índice de Massa Corporal

O Índice de Massa Corporal (IMC) é o instrumento mais utilizado para validar o estado nutricional (Mahan & Escott-Stump, 2008). Este instrumento é utilizado na admissão de todas as pessoas que integram a UHD do [REDACTED].

Fórmula:	IMC = peso (Kg)/ (altura (m) x altura (m))
Fórmula aplicada à Srª Dnª T.C.:	IMC Srª Dnª T.C. = 70kg/ (1,64*1,64) = 26 kg/m ²
Classificação (Mahan & Escott-Stump, 2008, p.540):	
Abaixo do peso	<18.5 kg/m ²
Peso normal	18.5 a 24.9 kg/m ²
Acima do peso	25 a 29.9 kg/m ²
Obesidade Grau I	30 a 34.9 kg/m ²
Obesidade Grau II	35 a 40 kg/m ²
Obesidade Grau III	≥40 kg/m ²

O IMC da Srª Dnª T.C. considera-se acima do peso normal.

2.3 Índice de Barthel

O Índice de Barthel é o instrumento que “avalia o nível de independência do sujeito para a realização de dez atividades básicas de vida: comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controle de esfínteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas” (Mahoney & Barthel, 1965, citado em Ordem dos Enfermeiros, 2016, p.12). Este instrumento é utilizado na admissão de todas as pessoas que integram a UHD do [REDACTED] a cada sete dias de internamento.

Atividades Básicas de Vida		12/10/2021 Admissão	19/10/2021 7 dias após admissão	23/10/2021 Dia da Alta
Alimentar-se	0 – Dependente	10	10	10
	5 – Necessita de ajuda			
	10 – Independente			
Tomar Banho	0 – Dependente	0	5	5
	5 – Independente			
Higiene Pessoal	0 – Dependente	0	5	5
	5 – Independente			
Vestir-se	0 – Dependente	5	5	10
	5 – Necessita de ajuda			
	10 – Independente			

Evacuar	0 – Incontinente	10	10	10
	5 – Acidente ocasional			
	10 – Contínente			
Urinar	0 – Incontinente ou algaliado	10	10	10
	5 – Acidente ocasional			
	10 – Contínente			
Ir à casa de banho	0 – Dependente	5	5	10
	5 – Necessita de ajuda			
	10 – Independente			
Transferência	0 – Dependente	15	15	15
	5 – Grande ajuda			
	10 – Pequena ajuda			
	15 – Independente			
Mobilidade/ Deslocações	0 – Dependente/ Imóvel/ Acamado	10	10	15
	5 – Move-se em cadeira de rodas sem ajuda			
	10 – Necessita de ajuda			
	15 – Independente			
	15 – Independente			
Subir e descer escadas	0 – Dependente	5	5	10
	5 – Necessita de ajuda			
	10 – Independente			
TOTAL		70	80	100

Interpretação de Resultados: A Escala varia entre 0-100 pontos com intervalos de 5 pontos. A pontuação mínima 0 corresponde a máxima dependência para as AVD's e a máxima de 100 corresponde a total independência.

Tal como se pode verificar na Tabela 5, existiu uma evolução positiva no que toca ao atingimento do grau de total independência no momento da alta, pela Srª Dnª T.C. No momento da admissão, a Srª Dnª T.C. apresentava dependência ou necessidade de ajuda nas atividades básicas de vida que exigissem um maior gasto energético, pois despoletaria um agravamento da sua sintomatologia (dispneia). O esposo da Srª Dnª T.C., assim como a sua filha assistiam a mesma na higiene pessoal e banho, vestir-se, ir à casa de banho e em subir e descer escadas.

Mediante a progressão no programa de reabilitação e os ensinamentos fornecidos acerca da técnica de conservação de energia, a Srª Dnª T.C. já se encontrava com total independência para a execução de todas as atividades básicas de vida.

2.4 Escala de Quedas de Morse

A Escala de Quedas de Morse é o instrumento recomendado pela DGS para a prevenção e intervenção na queda do adulto em cuidados hospitalares, Norma 008/2019 de 09/12/2019. Este instrumento é utilizado na admissão de todas as pessoas que integram a UHD do [REDACTED], sendo reavaliada de dois em dois dias de internamento.

Tabela 7 - Escala de Quedas de Morse

Item	12/10	14/10	16/10	18/10	20/10	22/10
1. Historial de quedas; neste internamento urgência/ ou nos últimos três meses	0 - Não 25 - Sim	0	0	0	0	0
2. Diagnóstico(s) secundário(s)	0 - Não 15 - Sim	0	0	0	0	0
3. Ajuda para caminhar	0 - Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas 15 - Muletas/canadianas/bengala/andariño 30 - Apoia-se no mobiliário para andar	30	30	0	0	0
4. Terapia intravenosa	0 - Não 15 - Sim	15	15	15	15	15
5. Postura no andar e na transferência	0 - Normal/acamado/imóvel 10 - Debitado 20 - Dependente de ajuda	10	10	0	0	0
6. Estado mental	0 - Consciente das suas capacidades 15 - Esquece-se das suas limitações	0	0	0	0	0
TOTAL		55	55	15	15	15
Pontuação:						
Sem risco (0 e ≤ 24 pontos);						
Baixo risco (≥ 25 e ≤ 50 pontos);						
Alto risco (≥ 51 pontos).						

A Escala de Quedas de Morse foi aplicada conforme indicado na Tabela 6 no dia da admissão e de dois em dois dias até à data da alta. Inicialmente a Srª Duª T.C. apoiava-se no mobiliário para andar e apresentava-se debilitada no andar, desta forma a pontuação final da escala considera que a mesma apresentava um alto risco de queda. Com a evolução do programa de reabilitação e a sua estadia no domicílio, a mesma já conseguia caminhar sem apoio e com postura adequada. A terapêutica endovenosa foi mantida desde dia 12/10/2021 até dia 23/10/2021 através de Bomba de Infusão que se mantinha conectada por via endovenosa 24h por dia.

2.5 Escala de Coma de Glasgow

A Escala de Coma de Glasgow é o instrumento utilizado para avaliar o estado de consciência. Este instrumento é utilizado na admissão de todas as pessoas que integram a UHID do [REDACTED]. Esta Escala é utilizada na admissão e sempre que for objetivada alteração do estado de consciência.

Tabela 8 - Escala de Coma de Glasgow

Teste:		12/10/2021
Abertura Ocular	1 - Nula 2 - À dor 3 - Por ordem 4 - Espontânea	4
Resposta Verbal	1 - Nula 2 - Incompreensível 3 - Inapropriada 4 - Confusa 5 - Orientada	5
Resposta Motora	1 - Nula 2 - Em extensão 3 - Flexão anormal 4 - Foge à dor 5 - Localiza a dor 6 - Obedece a ordens	6
Total do Score:		15
Índice de Gravidade		0

O Srª Duª T.C. obteve o score total da Escala de Coma de Glasgow pelo que a mesma apresenta abertura ocular espontânea, resposta verbal orientada e obedece a ordens.

2.6 Medida da Independência Funcional

A Medida de Independência Funcional "é um instrumento que possibilita a avaliação do grau de independência em pessoas com limitações funcionais" (OE, 2018, p.74), tendo como objetivo "diagnosticar o grau de capacidade/incapacidade funcional de adultos e idosos avaliando o desempenho da pessoa e a necessidade de cuidados exigida para a realização de uma série de tarefas motoras e cognitivas de vida diária. Monitorizar a evolução da pessoa durante os programas de reabilitação" (Ordem dos Enfermeiros, 2016, p.26).

Tabela 9 - Medida de Independência Funcional

Ítems	12/10/2021	23/10/2021
Autocuidados		
A - Alimentação	7	7
B - Higiene Pessoal	5	7
C - Banho (lavar o corpo)	5	7

D – Vestir metade superior	4	7
E – Vestir metade inferior	7	7
F – Utilização da sanita	7	7
Controlo de Esfincteres		
G - Bexiga	7	7
H - Intestinal	7	7
Mobilidade/Transferências		
I – Leito, Cadeira, cadeira de rodas	7	7
J - Sanita	7	7
K – Duche / banheira	4	7
Locomoção		
L – Marcha / cadeira de rodas	4	7
M – Escadas	4	7
Comunicação		
N – Compreensão (auditiva / visual)	7	7
O – Expressão (vocal / não vocal)	7	7
Cognição Social		
P – Interação Social	7	7
Q – Resolução de problemas	7	7
R - Memória	7	7
TOTAL	110	126
Pontuação:		
Independência completa	7	
Independência modificada	6	
Necessidade de supervisão durante a realização da tarefa	5	
Ajuda mínima (realiza mais de 75% da tarefa)	4	
Ajuda moderada (realiza mais de 50% da tarefa)	3	
Ajuda máxima (realiza mais de 25% da tarefa)	2	
Ajuda total (tem que ser substituído em toda a tarefa)	1	
Interpretação:		
Dependência completa	18 pontos	
Dependência modificada com assistência até 50% da tarefa	16 – 60 pontos	
Dependência modificada com assistência até 25% da tarefa	61 – 103 pontos	
Independência completa	104 – 126 pontos	

18

A aplicação deste instrumento foi estabelecida no dia da admissão na UHD e à data da alta. Pela interpretação dos valores totais verifica-se que apesar das limitações apresentadas no dia 12/10 a nível do vestir a metade superior (limitada pela existência da bomba de infusão), higiene pessoal, banho, mobilidade para duche/banheira e na locomoção (marcha e escadas), a pontuação total descreve uma independência completa. Pela interpretação individual de cada item é perceptível o aumento da independência funcional da Sr^a Dr^a T.C.

No que toca à avaliação da alimentação, vestir a metade inferior, utilização da sanita, mobilidade (leito/cadeira/sanita), cognição social e comunicação não houve qualquer alteração durante o internamento, mantendo-se por isso este valor inalterado.

2.7 Escala *London Chest Activity of Daily Living*

A avaliação da capacidade funcional ou da capacidade para o exercício é utilizada como critério de avaliação da eficácia da intervenção na pessoa com patologia respiratória (OE, 2018, p.73). A Escala referida avalia a limitação pela dispneia durante as AVD's e se há atividades que a pessoa já não possa fazer pela dispneia, bem como o grau de dispneia nas atividades que consegue fazer. No caso da Sr^a Dr^a T.C. é de todo o interesse a aplicação desta escala atendendo ao facto de que a grande limitação percebida pela mesma é a do agravamento sintomatológico da dispneia e toracalgia durante a execução de AVD's.

Tabela 10 - Escala *London Chest Activity of Daily Living* (13/10/2021)

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

19

Sair socialmente	0	1	2	3	4	5
Falar	0	1	2	3	4	5
Pontuação:						
0 Eu não faria de forma alguma - Se não faz a atividade porque ela não lhe é importante, ou nunca fez essa atividade.						
1 Eu não fico com falta de ar - Se a atividade é fácil para si.						
2 Eu fico moderadamente com falta de ar - Se a atividade lhe causa um pouco de falta de ar.						
3 Eu fico com muita falta de ar - Se a atividade lhe causa muita falta de ar.						
4 Eu não posso mais fazer isso - Se deixou de fazer a atividade por causa da sua falta de ar e não tem mais ninguém para a fazer por si.						
5 Eu preciso que outra pessoa faça isso - Se alguém faz isso por si, ou a ajuda porque sente muita falta de ar (por exemplo: alguém faz as compras por si).						

Na primeira aplicação da escala é possível conferir que a Srª Dnª T.C. ainda apresentava moderada falta de ar no cuidado pessoal, sendo que nas tarefas domésticas a mesma era totalmente substituída pela sua filha. Ressalva-se que a subir escadas a dispneia já era considerada “muita”, nas restantes atividades de lazer era considerada moderada. Um dos requisitos para o internamento em contexto de UHD é o de permanência em casa, pelo que o item “sair socialmente” foi considerado com a pontuação 0 por não ser possível avaliar.

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

20

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
Pontuação:						
0 Eu não faria de forma alguma - Se não faz a atividade porque ela não lhe é importante, ou nunca fez essa atividade.						
1 Eu não fico com falta de ar - Se a atividade é fácil para si.						
2 Eu fico moderadamente com falta de ar - Se a atividade lhe causa um pouco de falta de ar.						
3 Eu fico com muita falta de ar - Se a atividade lhe causa muita falta de ar.						
4 Eu não posso mais fazer isso - Se deixou de fazer a atividade por causa da sua falta de ar e não tem mais ninguém para a fazer por si.						
5 Eu preciso que outra pessoa faça isso - Se alguém faz isso por si, ou a ajuda porque sente muita falta de ar (por exemplo: alguém faz as compras por si).						

À data da alta é possível confirmar que a Srª Dnª T.C. não apresentava falta de ar no cuidado pessoal, mas nas tarefas domésticas a mesma mantém-se totalmente substituída pela sua filha. Subir escadas mantém-se um dos itens onde a Srª Dnª T.C. apresenta muita falta de ar.

2.8 Escala Numérica Visual

As queixas algicas, nomeadamente a toracalgia percucionada pela Srª Dnª T.C., foram consideradas tanto na terapêutica analgésica instituída, bem como durante os exercícios efetuados. Durante todo o plano de reabilitação foi utilizado a escala numérica visual com o objetivo de avaliar a dor, sendo este um dos sinais de alarme durante a intervenção do EEER.

A localização da dor mantinha-se a nível da região torácica à direita, no local da sutura do anterior dreno torácico. Os pontos da sutura só tinham indicação para serem removidos no dia 25/10/2021 em consulta de Pneumologia.

A intensidade da dor variava entre 2 e 3 em repouso, tendo sido considerada até ao nível 5-6 durante os exercícios de expansibilidade torácica.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nenhuma		Pouca		Razoável		Média		Excessiva		

21

2.9 Escala de Borg Modificada

A escala de Borg modificada permite a quantificação da dispneia percebida pela Srª Dnª T. C., sendo que dispneia define-se por “experiência subjetiva de desconforto respiratório, com grau variável de intensidade” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.37). O instrumento de avaliação referido apresenta uma escala de avaliação que varia entre 0 e 10, sendo que 0 corresponde à ausência de dispneia e 10 à sensação máxima de dispneia (Ordem dos Enfermeiros, 2018). No caso da Srª Dnª T.C. este instrumento de avaliação foi utilizado como guia durante a intervenção do EEER, assim como nos exercícios que foram instruídos para a realização autónoma pela Srª Dnª T.C..

Em repouso a Srª Dnª T.C. avaliava a sua dispneia entre 0 e 2, porém em esforço a mesma agravava para 5-6 (durante os exercícios, quando caminhava em casa, durante o banho, por exemplo), com necessidade de cessar a atividade que despoletava a dispneia de esforço, até retomar o padrão respiratório predominante em repouso.

0	0,5	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Legenda:											
<ul style="list-style-type: none"> • 0 - Sem dispneia; • 0,5 - Dispneia muito, muito leve; • 1 - Dispneia muito leve; • 2 - Dispneia Leve; • 3 - Dispneia moderada; • 4 - Dispneia um pouco forte; • 5 - Dispneia forte; • 6, 7 e 8 - Dispneia muito forte; • 9 - Dispneia muito, muito forte; • 10 - Dispneia máxima 											

3. Plano de Cuidados

A Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, da Ordem dos Enfermeiros emitiu em 2020 um documento de Orientações para os cuidados prestados à pessoa com COVID-19. Apesar de neste momento a Srª Dnª T.C. não se encontrar em fase aguda da doença, a mesma reúne critérios para a manutenção do programa de reabilitação respiratória já iniciado em contexto de internamento hospitalar.

De acordo com a recomendação da Comissão de Trabalho de Reabilitação Respiratória da Sociedade Portuguesa de Pneumologia (2020) os programas de reabilitação respiratória hospitalares “devem ser reservados para os doentes sem infeção COVID-19 ou que já se encontrem recuperados, com doença respiratória grave subjacente” (p.4).

Na revisão sistemática da literatura efetuada referente ao impacto de programas de reabilitação respiratória na função respiratória de doentes COVID-19 em fase pós-aguda (Pereira, P., 2021), o autor indica que, pela evidência científica existente até ao momento, é possível afirmar que as sequelas respiratórias são classificadas de longas a permanentes, desta forma a implementação de programas de reabilitação respiratória torna-se imperiosa. Os estudos analisados pelo autor revelaram que “a reabilitação respiratória, com treino de exercício, tem uma melhoria significativa na capacidade de exercício em pacientes COVID-19.” (Pereira, P., 2021, p.52). Ressalva-se ainda que existe uma relação entre o início precoce dos programas de reabilitação respiratória, a durabilidade prolongada dos mesmos e a melhoria da capacidade física das pessoas alvo de cuidados.

O presente Plano de Cuidados foi efetuado com base na avaliação descrita no 2º Capítulo deste trabalho.

Foco: Ventilação
Diagnóstico: Ventilação comprometida
Dimensão: Ventilação
Resultado de Enfermagem: Ventilação não comprometida
Ações de diagnóstico e de intervenção de Enfermagem
- Avaliar o processo clínico: historial de saúde e exames complementares de diagnóstico;
- Avaliar ventilação e respiração;
- Vigiar ventilação e respiração;
- Vigiar consciência através da Escala de Coma de Glasgow;
- Vigiar pele;
- Observar tórax: Simetria, deformações;
- Realizar auscultação pulmonar: antes e após a sessão;
- Monitorizar frequência respiratória: antes, durante e após a sessão;
- Monitorizar tensão arterial e frequência cardíaca: antes e após a sessão;
- Monitorizar saturação periférica de oxigénio: antes, durante e após a sessão;

<p>- Avaliar dor através da Escala Numérica Visual;</p> <p>- Avaliar dispneia através da Escala Modificada de Borg, antes, durante e após a sessão;</p> <p>- Planear das sessões de Reabilitação Funcional Respiratória com a Srª Dnª T.C. e solicitando apoio da família;</p> <p>- Executar técnica de posicionamento entre cada exercício e sempre que necessário: Assistir a Srª Dnª T.C. a adotar posição de descanso e relaxamento; executar correção postural;</p> <p>- Assistir a Srª Dnª T.C. a otimizar a ventilação através de técnica respiratória: consciencialização e dissociação dos tempos respiratórios: Executada 1 série de 10 repetições, conforme tolerância executar 2 séries de 10 repetições;</p> <p>- Executar técnica de reeducação diafragmática posterior: Executadas 1 série de 10 repetições;</p> <p>- Executar técnica de reeducação diafragmática posterior com resistência: Executadas 2 séries de 10 repetições;</p> <p>- Executar técnica de reeducação costal global com bastão: Executadas 1 série de 10 repetições, conforme tolerância executar 2 séries de 10 repetições;</p> <p>- Executar inaloterapia;</p> <p>- Incentivar o uso de técnicas respiratórias autonomamente, conforme recomendação;</p> <p>- Incentivar o repouso;</p> <p>- Reforçar positivamente a Srª Dnª T.C. durante a realização dos exercícios;</p>
<p>Avaliação:</p> <p>- 13/10/2021: Ventilação comprometida.</p> <p>- 22/10/2021: Ventilação não comprometida.</p>
<p>Foco: Ventilação</p> <p>Diagnóstico:</p> <p>- Potencial para melhorar conhecimento sobre autocontrolo do padrão respiratório</p> <p>- Potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de posicionamento</p> <p>- Potencial para melhorar conhecimento sobre técnica respiratória</p> <p>Dimensão: Conhecimento</p> <p>Resultado de Enfermagem:</p> <p>- Conhecimento sobre autocontrolo do padrão respiratório, melhorado</p> <p>- Conhecimento sobre técnica de posicionamento, melhorado</p> <p>- Conhecimento sobre técnica respiratória, melhorado</p>
<p>Ações de diagnóstico e de intervenção de Enfermagem</p> <p>- Avaliar conhecimento sobre autocontrolo do padrão respiratório;</p> <p>- Avaliar conhecimento sobre técnica de posicionamento para otimizar a ventilação;</p> <p>- Avaliar conhecimento sobre técnica respiratória para otimizar a ventilação;</p> <p>- Ensinar sobre autocontrolo do padrão respiratório;</p>

24

<p>- Ensinar sobre técnica de posicionamento para otimizar a ventilação;</p> <p>- Ensinar sobre técnica respiratória para otimizar a ventilação.</p>
<p>Avaliação:</p> <p>- 13/10/2021 – Conhecimento sobre autocontrolo do padrão respiratório, dispositivo auxiliar de ventilação, técnica de posicionamento e técnica respiratória, não demonstrado.</p> <p>- 22/10/2021 – Conhecimento sobre autocontrolo do padrão respiratório, dispositivo auxiliar de ventilação, técnica de posicionamento e técnica respiratória, demonstrado.</p>
<p>Foco: Ventilação</p> <p>Diagnóstico:</p> <p>- Potencial para melhorar capacidade para autocontrolo do padrão respiratório</p> <p>- Potencial para melhorar capacidade para usar técnicas respiratórias</p> <p>- Potencial para melhorar capacidade para usar técnicas de posicionamento</p> <p>Dimensão: Aprendizagem de Capacidades</p> <p>Resultado de Enfermagem:</p> <p>- Capacidade para autocontrolo do padrão respiratório, melhorada</p> <p>- Capacidade para usar técnicas respiratórias, melhorada</p> <p>- Capacidade para usar técnicas de posicionamento, melhorada</p>
<p>Ações de diagnóstico e de intervenção de Enfermagem</p> <p>- Avaliar capacidade para autocontrolo do padrão respiratório;</p> <p>- Avaliar capacidade para usar técnica de posicionamento para otimizar a ventilação;</p> <p>- Avaliar capacidade para usar técnica respiratória para otimizar a ventilação;</p> <p>- Instruir sobre autocontrolo do padrão respiratório;</p> <p>- Instruir sobre técnica respiratória para otimizar a ventilação:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dissociação dos tempos respiratórios; • Padrão respiratório; • Respiração abdomino-diafragmática; • Posições de relaxamento; • Posições de descanso - posição de sentada: sentada, a pessoa inclina-se para frente, fletindo o tronco com os cotovelos apoiado sobre os membros inferiores;
<p>Avaliação:</p> <p>- 13/10/2021 – Capacidade para autocontrolo do padrão respiratório, para usar técnicas respiratórias e para usar técnicas de posicionamento, não demonstrado.</p> <p>- 22/10/2021 – Capacidade para autocontrolo do padrão respiratório, para usar técnicas respiratórias e para usar técnicas de posicionamento, demonstrado.</p>

25

Foco: Adesão ao Regime Terapêutico
Diagnóstico: Potencial para melhorar o conhecimento sobre inaloterapia
Dimensão: Conhecimento
Resultado de Enfermagem: Conhecimento sobre inaloterapia, demonstrado
Ações de diagnóstico e de intervenção de Enfermagem
- Avaliar o conhecimento sobre inaloterapia; - Ensinar sobre inaloterapia.
Avaliação: - 13/10/2021 – Conhecimento sobre inaloterapia, não demonstrado. - 14/10/2021 – Conhecimento sobre inaloterapia, demonstrado.
Foco: Adesão ao Regime Terapêutico
Diagnóstico: Potencial para melhorar a capacidade para usar inaloterapia
Dimensão: Aprendizagem de Capacidades
Resultado de Enfermagem: Capacidade para usar inaloterapia, demonstrada
Ações de diagnóstico e de intervenção de Enfermagem
- Avaliar a capacidade para usar inaloterapia; - Instruir sobre inaloterapia.
Avaliação: - 13/10/2021 – Capacidade para usar inaloterapia, não demonstrada. - 14/10/2021 – Capacidade para usar inaloterapia, demonstrada.
Foco: Intolerância à atividade
Diagnóstico: Intolerância à atividade
Dimensão: Intolerância à atividade
Resultado de Enfermagem: Intolerância à atividade ausente
Ações de diagnóstico e de intervenção de Enfermagem
- Avaliar intolerância à atividade: A Sr ^a Dr ^a T. C. apresenta cansaço na realização das AVD's. Consultar Capítulo 2. - Avaliar capacidade funcional, aplicando a Medida de Independência Funcional e Escala <i>London Chest Activity of Daily Living</i> ; - Gerir atividade física; - Planear atividade física; - Executar exercícios de descondicionamento físico, em pé, com apoio na cómoda do quarto: <ul style="list-style-type: none"> • Flexão, extensão, abdução e adução da articulação coxofemoral: Executadas 2 séries de 10 repetições; • Flexão e extensão da articulação femrotibial: Executadas 2 séries de 10 repetições.

26

- Supervisionar resposta ao exercício.
Avaliação: - 13/10/2021 – Intolerância à atividade - 22/10/2021 – Intolerância à atividade ausente
Foco: Intolerância à atividade
Diagnóstico: Potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de conservação de energia
Dimensão: Conhecimento
Resultado de Enfermagem: Conhecimento sobre técnica de conservação de energia, melhorado
Ações de diagnóstico e de intervenção de Enfermagem
- Avaliar conhecimento sobre técnica de conservação de energia; - Ensinar sobre técnica de conservação de energia: <ul style="list-style-type: none"> • Banho: preparar antecipadamente o material; tomar banho sentado; • Vestir-se: dispor previamente toda a roupa necessária pela ordem que vai vestir, vestir primeiro a metade inferior do corpo preferencialmente sentado, depois a metade superior; • Andar: andar a um ritmo controlado e controlar a respiração;
Avaliação: - 13/10/2021 – Conhecimento sobre técnica de conservação de energia não demonstrado - 22/10/2021 – Conhecimento sobre técnica de conservação de energia demonstrado
Foco: Intolerância à atividade
Diagnóstico: Potencial para melhorar capacidade para usar técnica de conservação de energia
Dimensão: Aprendizagem de Capacidades
Resultado de Enfermagem: Capacidade para usar técnica de conservação de energia, demonstrada
Ações de diagnóstico e de intervenção de Enfermagem
- Avaliar capacidade para usar técnica de conservação de energia; - Instruir sobre técnica de conservação de energia; - Treinar sobre técnica de conservação de energia.
Avaliação: - 13/10/2021 – Capacidade para usar técnica de conservação de energia não demonstrada - 22/10/2021 – Capacidade para usar técnica de conservação de energia demonstrada

Ressalva-se que a periodicidade da realização do programa de reabilitação não era regular em dependia da variabilidade horária e da presença do EEER.

27

Conclusão

A elaboração do presente trabalho permitiu-me aprofundar conhecimentos relativos ao desenvolvimento de programas de reabilitação funcional respiratória, assim como desenvolver raciocínio clínico com a estruturação de um plano de cuidados personalizado e que dá resposta às reais necessidades da pessoa alvo de cuidados.

A seleção deste caso específico da Srª Dnª T.C. toma-se de especial relevância por se tratar de uma situação clínica após infeção por SARS-CoV-2. A pandemia que atualmente invade o mundo levou a uma mudança de paradigma na prestação de cuidados, motivo pelo qual houve a necessidade de reformulação de algumas orientações na Enfermagem de Reabilitação.

A pesquisa realizada para a execução do presente trabalho, assim como o acompanhamento na prestação de cuidados, dos EEER que constituem a equipa da UHD do [REDACTED] representam um importante fator para o desenvolvimento de competências gerais e específicas do EEER.

A execução do presente plano de cuidados concede a articulação entre a evidência científica e a pesquisa teórica realizada, com aquilo que é a realidade da prática clínica, especialmente desafiante quando se trata de prestar cuidados fora do ambiente hospitalar, no interior do domicílio da pessoa alvo de cuidados.

Tal como pode ser confirmado na avaliação realizada à Srª Dnª T.C. e nos instrumentos de avaliação aplicados, os ganhos em saúde adquiridos pela intervenção do EEER são mensuráveis.

O presente ensino clínico na UHD apresenta-se como enriquecedor não só pelas oportunidades de aprendizagem que surgem diariamente, mas como também pelas adversidades que o EEER enfrenta e que tem a necessidade de colmatar.

Referências Bibliográficas

- Comissão de Trabalho de Reabilitação Respiratória da Sociedade Portuguesa de Pneumologia. (2020). *Recomendações para a retoma de atividade das unidades de Reabilitação Respiratória durante a fase de mitigação de infeção COVID-19*. Disponível em: https://www.sppneumologia.pt/uploads/subcanais_conteudos_ficheiros/recomendacoes-para-a-retoma-de-atividade-das-unidades-de-reabilitacao-respiratoria-durante-a-fase-de-mitigacao-de-infecao-covid-19.pdf
- Direção Geral de Saúde. (2018). *Norma n.º 020/2018 de 20/12/2018 – Hospitalização Domiciliária em idade adulta*. Lisboa: Direção Geral de Saúde. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0202018-de-20122018-pdf.aspx>
- Direção Geral de Saúde. (2019). *Norma n.º 008/2019 de 09/12/2019 - Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares*. Lisboa: Direção Geral de Saúde. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0082019-de-09122019-pdf.aspx>
- Impresso interno do Hospital [REDACTED] IMP.1825/E.DC. *Consentimento do Utente para Hospitalização Domiciliária* (Versão 1 de 2020/10/07).
- Impresso interno do Hospital [REDACTED] IMP.1828/E.DC. *Lista de Verificação na Admissão à Unidade de Hospitalização Domiciliária* (Versão 3 de 2021/06/02).
- Impresso interno do Hospital [REDACTED] IMP.1829/E.DC. *Localização da Hospitalização Domiciliária do doente* (Versão 1 de 2020/10/07).
- Impresso interno do Hospital [REDACTED] IMP.1826/E.DC. *Escalas de Avaliação de Risco Clínico - Unidade de Hospitalização Domiciliária* (Versão 1 de 2020/10/07).
- Impresso interno do Hospital [REDACTED] IMP.1826/E.DC. *Declaração Médica de Internamento na UHD* (Versão 1 de 2020/10/07).
- Mahan L. & Escott-Stump, S. (2008). *Krause's Food Nutrition and Diet Therapy*. (12ª edição). Missouri: Saunders.
- Ordem dos Enfermeiros. (2020). *ORIENTAÇÕES – COVID-19 Cuidados de Enfermagem de Reabilitação para pessoas com COVID-19*. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/17940/mesa-do-col%C3%A9gio-da-especialidade-de-enfermagem-de-reabilita%C3%A7%C3%A3o-orienta%C3%A7%C3%B5es-covid-19.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Porto: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/PadroDocumental_EER.pdf

- Ordem dos Enfermeiros (2016). *CIFE® Versão 2015 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem Edição Portuguesa*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros (2018). *Guia Orientador de Boa Prática – Reabilitação Respiratória*. Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Cadernos OE, Série 1 (nº10): Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5441/gobp_reabilita%C3%A7%C3%A3o-respirat%C3%B3ria_mceer_final-para-divulga%C3%A7%C3%A3o-site.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). *Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Porto: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf
- Pereira, P. (2021). *Impacto de programas de reabilitação respiratória na função respiratória de doentes COVID-19 em fase pós-aguda: uma revisão sistemática da literatura*. Bragança: Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Saúde. Disponível em: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/23767/1/pauta-relatorio%282%29.pdf>
- Procedimento interno do Hospital [REDACTED]. PR.1738/E.DC. *Admissão de doentes na Unidade de Hospitalização Domiciliária* (Versão 1 de 2020/10/07).
- Procedimento interno do Hospital [REDACTED]. PR.1739/T.DC. *Referenciação de doentes para a Unidade de Hospitalização Domiciliária* (Versão 1 de 2020/10/07).
- Regulamento nº 392/2019. *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Assembleia da República. Diário da República, II Série (N.º 85 de 2019-05-03), 13565-13568. Disponível em: <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/122216893/details/normal?i=1>

Anexos

Anexo 1 - Consentimento do Utente para Hospitalização Domiciliária

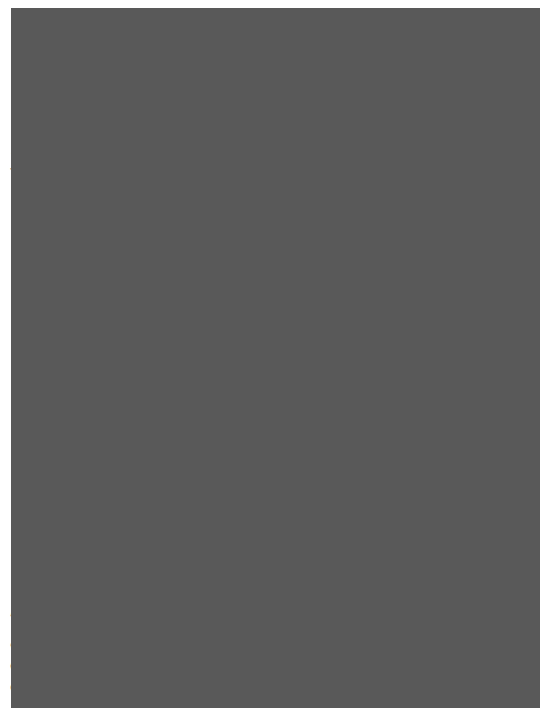
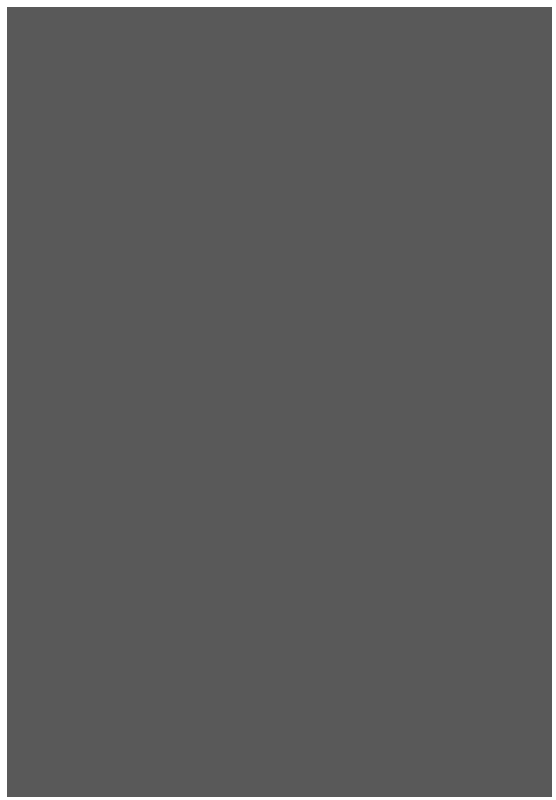


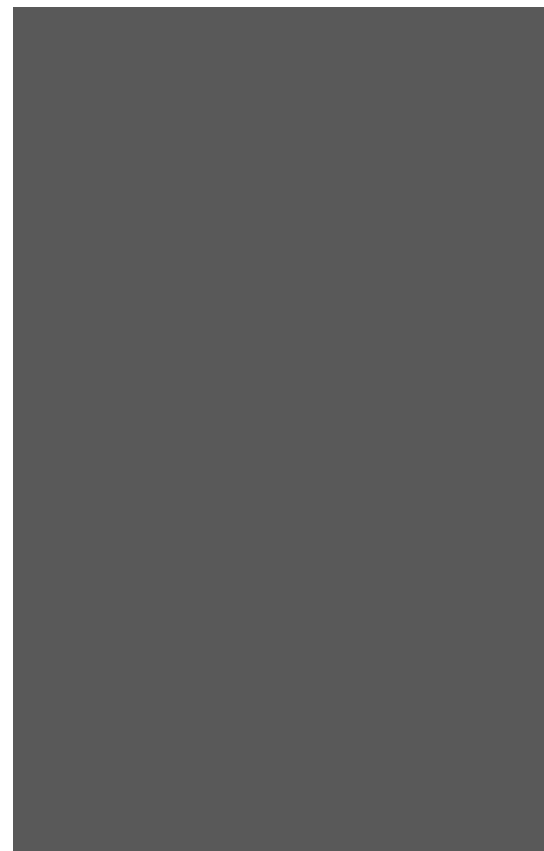
Fig. 1/1

Anexo 2 - Lista de Verificação na Admissão à Unidade de Hospitalização Domiciliária



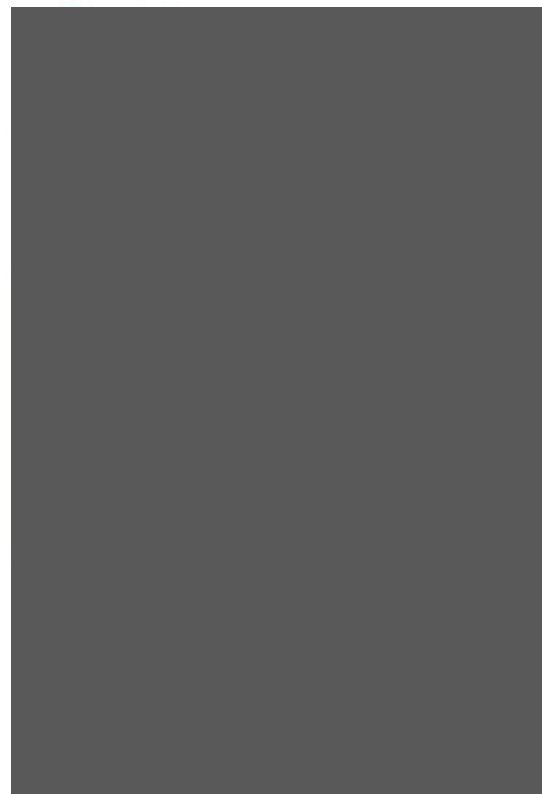
Pág. 1 / 1

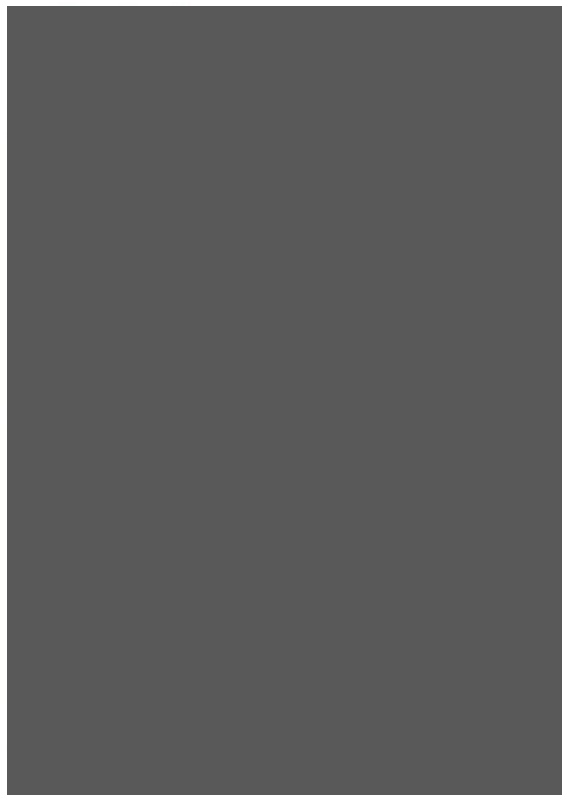
Anexo 3 - Localização da Hospitalização Domiciliária do doente



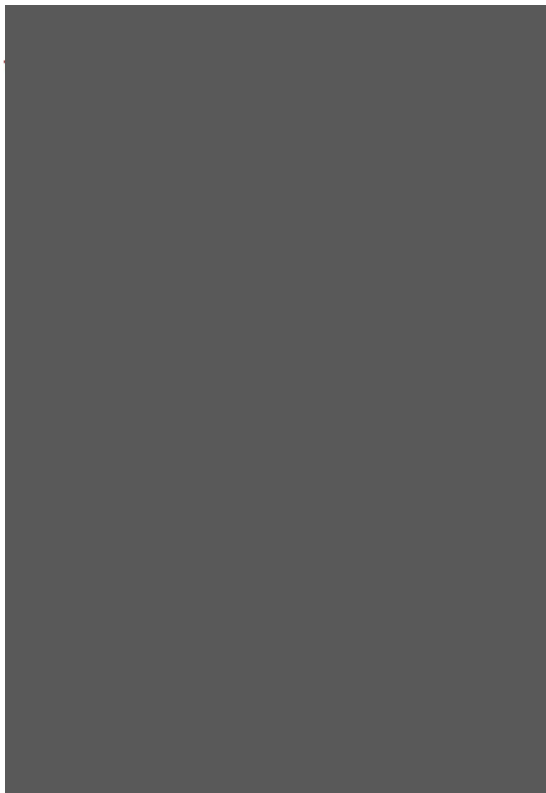
Pág. 1 / 1

Anexo 4 - Escalas de Avaliação de Risco Clínico - Unidade de Hospitalização Domiciliária





Anexo 5 - Declaração médica de internamento na UHD



Pág. 1 / 1

Anexo 6 - Guia de Acolhimento na Unidade de Hospitalização Domiciliária

MISSÃO DA UNIDADE DE HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIAR

Prestar cuidados de saúde hospitalares com qualidade, ética e gratia no atendimento, no respeito pela dignidade dos usuários, promover a participação ativa dos usuários, proporcionar a reabilitação em saúde e a qualidade de vida dos usuários em domicílio.

Ex-mo (a) S/da

A Hospitalização Domiciliar é um modelo assistencial desenvolvido no interior do Hospital comunitarizado. Ajudar as famílias e seus membros a lidar com o cuidado por uma equipe multidisciplinar de profissionais do Hospital, de acordo com as suas necessidades e suas características e voluntária e sob a realização de um contrato de prestação de serviços. Visa e estabelece o compromisso formal de um cuidador voluntário e responsável por cuidar de um usuário hospitalizado por apresentar uma condição crônica ou aguda e Unidade de Hospitalização Domiciliar. Os usuários serão realizados visitas domiciliares. Este modelo possibilita para enfrentar as suas situações. A Escola é controlada por Médico, Enfermeiro, Assistente Operacional, Assistente Administrativo e Técnico de Serviço Social.

Unidade é a Equipe designa-lhe uma ajuda médica.

Controle de Infecção

As mãos são a principal via de transmissão de infecção. Lavar as mãos com frequência evita sua ocorrência e evita a transmissão de doenças. Quando lavar as mãos, deve usar o sabão e água corrente. Deve usar o sabão por pelo menos 20 segundos. Deve usar o sabão até as mãos estejam completamente secas. Deve evitar tocar em superfícies compartilhadas.

Manter distância de segurança.

Alimentação

É importante seguir as recomendações fornecidas pelo médico ou enfermeiro.

Medicação

Deve cumprir as orientações relativas à medicação. Em caso de dúvida consultar o enfermeiro ou o médico.

Ativa

No dia da alta médica, seguir as recomendações fornecidas pelo médico ou enfermeiro.

Cuide sempre as mãos de sua família, de sua equipe de trabalho, de sua comunidade, de sua cidade e do mundo.

Se você não estiver seguindo as recomendações, sua família e você podem sofrer as consequências.

Se você não estiver seguindo as recomendações, sua família e você podem sofrer as consequências.

O Internamento na Unidade de Hospitalização Domiciliar obriga a sua permanência em casa

Horário das Visitas Domiciliares:

Segunda-feira a Domingo: das 8:00 às 21:30

Horário da Equipe de prevenção:

Segunda-feira a Domingo: das 21:30 às 8:00

Serviço Social

O Serviço Social é uma função de Serviço Social que atua em conjunto com a equipe de saúde para a promoção da saúde e a prevenção de doenças.

Equipe de Prevenção

Esta é uma equipe de prevenção que atua em conjunto com a equipe de saúde para a promoção da saúde e a prevenção de doenças.

Equipe de Atendimento

Esta é uma equipe de atendimento que atua em conjunto com a equipe de saúde para a promoção da saúde e a prevenção de doenças.

Direito do Uteente

1. Respeito pelo digno da pessoa;
2. Respeito pelas condições culturais, religiosas e étnicas;
3. Cuidado adequado ao estado de saúde;
4. Participação do cuidador voluntário;
5. Informação sobre os serviços de saúde existentes;
6. Informação ao usuário;
7. Segurança jurídica;
8. Compromisso com a qualidade;
9. Confidencialidade;
10. Acesso à informação clínica;
11. Respeito pelo profissional;
12. Sigilo e confidencialidade.

Deveres do Uteente

O Uteente tem o dever de:

1. Não sair do estado de saúde, por forma a garantir o seu bem estar e o seu desenvolvimento;
2. Fornecer todos os dados de saúde e de vida necessários para a elaboração de um plano de cuidados e de acompanhamento;
3. Respeitar os direitos dos outros utentes;
4. Colaborar com os profissionais de saúde, respeitando a sua dignidade e a sua integridade física e psicológica;
5. Respeitar as regras de funcionamento das Unidades de Hospitalização Domiciliar a qual recebe os cuidados de saúde quando for caso disso.

GUIA DE ACOGLIMENTO

Unidade de Hospitalização Domiciliar



GUIA DE ACOGLIMENTO

UNIDADE DE HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIAR



ANEXOS

ANEXO I - Parecer da Comissão de Ética



PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA

Nº de identificação de registo 100/2021

TIPO DE ESTUDO: ESTUDO OBSERVACIONAL

Mestrado:

“Capacitação do cuidador informal da pessoa em processo de reabilitação com compromisso do autocuidado”

Após reunião de 13 de Outubro de 2021, tendo pareceres favoráveis da UIC (Unidade de Investigação Clínica) e do EPD (Encarregado para a Proteção de Dados), estando de acordo com as normas de submissão impostas por esta CES, deliberou-se emitir parecer favorável.

Ouvido o Relator, o processo foi votado pelos Membros da Comissão de Ética para a Saúde do Hospital [redacted] presentes em reunião de 13 de Outubro de 2021:

Presidente	Dr.ª Teresa Brandão
Vice Presidente	Dr.ª Carla Carneiro
Vogais	Dra. Ana Miranda
	Dr. José Tomé
	Dr. Vasco Rodrigues
	Enf.ª Sónia Semião
	Pe. Pedro Monteiro

Mais se declara que a Comissão de Ética para a Saúde do Hospital [redacted] cumpre com as Normas da Boa Prática Clínica.

Pelo exposto, emitiu-se a 13 de Outubro de 2021, **Parecer Favorável**.

A Presidente da Comissão de Ética


HOSPITAL PROFESSOR
Dr.ª Teresa Brandão
DOUTOR FERNANDO FERREIRA, L.P.E.
NIF: 503 035 415



ANEXO II - Mini Mental State Examination (MMSE)

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Pessoa Cuidada		Mini Mental State Examination (MMSE) Adaptado de Laks et al. (2003)
Código		

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correta)

Em que ano estamos? _____
 Em que mês estamos? _____
 Em que dia do mês estamos? _____
 Em que dia da semana estamos? _____
 Em que estação do ano estamos? _____

Nota: _____

Em que país estamos? _____
 Em que distrito vive? _____
 Em que terra vive? _____
 Em que casa estamos? _____
 Em que andar estamos? _____

Nota: _____

2. Retenção (contar 1 ponto por cada palavra corretamente 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

Nota: _____

3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correta. Se der uma errada, mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como corretas. 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_

Nota: _____

4. Evocação (1 ponto por cada resposta correta)

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

Pêra _____
 Gato _____ Bola _____

Nota:

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correta)

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

Relógio _____

Lápis _____

Nota: _____

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

Nota: _____

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 _____

Nota: _____

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 _____

Nota: _____

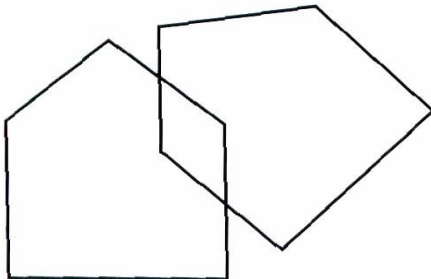
e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase:

Nota: _____

6. Habilidade Construtiva (1 ponto pela cópia correta)

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



Cópia:

Nota: _____

TOTAL (Máximo 30 pontos):

ANEXO III - Blessed Dementia Scale (BDS)

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Pessoa Cuidada		Blessed Dementia Scale (BDS) Adaptado de Blessed, Tomlinson, & Roth (1988)
Código		

A. Mudanças no Desempenho das Atividades Diárias	
Atividade:	Pontos
Dificuldade em desempenhar tarefas domésticas	Total - 1 Ponto ____ Parcial – 0,5 Ponto ____ Nenhuma – 0 Ponto ____
Dificuldade em manusear pequenas quantias de dinheiro	Total - 1 Ponto ____ Parcial – 0,5 Ponto ____ Nenhuma – 0 Ponto ____
Dificuldade de lembrar-se de pequenas listagens (por exemplo, compras)	Total - 1 Ponto ____ Parcial – 0,5 Ponto ____ Nenhuma – 0 Ponto ____
Dificuldade de localizar-se dentro de casa	Total - 1 Ponto ____ Parcial – 0,5 Ponto ____ Nenhuma – 0 Ponto ____
Dificuldade de localizar-se em ruas conhecidas	Total - 1 Ponto ____ Parcial – 0,5 Ponto ____ Nenhuma – 0 Ponto ____
Dificuldade de reconhecer o meio (hospital, residência, diferenciar médicos, enfermeiras, pacientes e visitantes)	Total - 1 Ponto ____ Parcial – 0,5 Ponto ____ Nenhuma – 0 Ponto ____
Dificuldade de lembrar-se de acontecimentos recentes (passeios, visitas de parentes e amigos, etc...)	Total - 1 Ponto ____ Parcial – 0,5 Ponto ____ Nenhuma – 0 Ponto ____
Tendência para remoer sobre o passado	Total - 1 Ponto ____ Parcial – 0,5 Ponto ____ Nenhuma – 0 Ponto ____

B. Mudanças de Hábitos	
Atividade:	Pontos
Alimentação	Alimenta-se: de forma limpa, com talheres adequados __ De forma desleixada, apenas com colher __ De sólidos simples (sem talheres) __ Precisa ser alimentado __
Vestuário	Veste-se: sem ajuda __ Ocasionalmente com abotoamento errado, etc. __ Em sequência incorreta; frequentemente esquece-se de alguns itens __ Incapaz de vestir-se __
Controle de esfíncteres	Normal __ Incontinência urinaria ocasional __ Incontinência urinaria frequente __ Duplamente incontinente __

C. Mudanças de personalidade e conduta		
Característica:	Presente	Ausente
Flexibilidade diminuída (rigidez mental, comportamento infantil: quando lhe dizem, por exemplo, que hoje tem que ir ao médico, não descansa enquanto não sai de casa e pergunta consecutivamente “então não vamos?”)		
Egocentrismo aumentado (comportamento infantil: tem comportamentos de chamada de atenção sobre si; amalha tudo, não quer dar nada,...)		
Diminuição da atenção pelos sentimentos dos outros (diz coisas ofensivas ou que magoam os outros sem se preocupar nada com isso,...)		
Aplanamento dos afetos (durante o dia está sempre com o mesmo humor, não mostra reação diferente perante acontecimentos tristes ou alegres,...)		
Diminuição do controlo emocional (irritabilidade exacerbada)		
Hilaridade em situações inapropriadas (ri, sem motivo que o justifique)		
Embotamento das respostas emocionais (não mostra alegria se vê alguém de quem gostava,...)		
Comportamento sexual bizarro (comportamentos sexuais diferentes do seu habitual)		
Abandono dos interesses (“hobbies”) (deixou de fazer renda, costurar, ler, jogos,...)		
Diminuição da iniciativa (apatia)		
Hiperatividade (sem finalidade) - (levanta-se e senta-se frequentemente, mexe e remexe gavetas, sem justificação,...)		

ANEXO IV - Escala de Solidão (UCLA)

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Pessoa Cuidada		Escala de Solidão (UCLA) Adaptado de Pocinho, Farate, & Dias, 2010
Código		

	Frequentemente	Algumas Vezes	Raramente	Nunca
Sente-se infeliz por fazer muitas coisas sozinho	4	3	2	1
Sente que não tem alguém com quem falar	4	3	2	1
Sente que tem falta de companhia	4	3	2	1
Sente-se como se realmente ninguém o compreendesse	4	3	2	1
Sente que não tem ninguém a quem possa recorrer	4	3	2	1
Não se sente íntimo de qualquer pessoa	4	3	2	1
Sente que os que o rodeiam já não compartilham dos seus interesses	4	3	2	1
Sente-se abandonado	4	3	2	1
Sente-se completamente só	4	3	2	1
É incapaz de estabelecer contactos e comunicar com os que o rodeiam	4	3	2	1
As suas relações sociais são superficiais	4	3	2	1
Considera que na realidade ninguém o conhece bem	4	3	2	1
Sente-se isolado das outras pessoas	4	3	2	1
Sente-se infeliz de estar tão afastado dos outros	4	3	2	1
É-lhe difícil fazer amigos	4	3	2	1
Sente-se posta à margem e excluída das outras pessoas	4	3	2	1

ANEXO V - Medida de Independência Funcional (MIF)

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Pessoa Cuidada		Medida de Independência Funcional (MIF) Adaptado de Ordem dos Enfermeiros, 2016
Código		
Itens		Pontuação
Autocuidados		
A – Alimentação		
B – Higiene Pessoal		
C – Banho (lavar o corpo)		
D – Vestir metade superior		
E – Vestir metade inferior		
F – Utilização da sanita		
Controlo de Esfínteres		
G - Bexiga		
H - Intestinal		
Mobilidade/Transferências		
I – Leito, Cadeira, cadeira de rodas		
J - Sanita		
K – Duche / banheira		
Locomoção		
L – Marcha / cadeira de rodas		
M – Escadas		
Comunicação		
N – Compreensão (auditiva / visual)		
O – Expressão (vocal / não vocal)		
Cognição Social		
P – Interação Social		
Q – Resolução de problemas		
R - Memória		
TOTAL		

ANEXO VI - Escala de Lawton-Brody

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Pessoa Cuidada		Escala de Lawton-Brody	
Código		Adaptado de Sequeira (2007)	
Itens			Cotação
Cuidar da casa	Cuida da casa sem ajuda		1
	Faz tudo exceto o trabalho pesado		2
	Só faz tarefas leves		3
	Necessita de ajuda para todas as tarefas		4
	Incapaz de fazer qualquer tarefa		5
Lavar a roupa	Lava a sua roupa		1
	Só lava pequenas peças		2
	É incapaz de lavar a roupa		3
Preparar comida	Planeia, prepara e serve sem ajuda		1
	Prepara se lhe derem os ingredientes		2
	Prepara pratos pré-cozinhados		3
	Incapaz de preparar refeições		4
Ir às compras	Faz as compras sem ajuda		1
	Só faz pequenas compras		2
	Faz as compras acompanhado		3
	É incapaz de ir às compras		4
Uso do telefone	Usa-o sem dificuldade		1
	Só liga para lugares familiares		2
	Necessita de ajuda para o usar		3
	Incapaz de usar o telefone		4
Uso de transporte	Viaja em transporte público ou conduz		1
	Só anda de táxi		2
	Necessita de acompanhamento		3
	Incapaz de usar o transporte		4
Uso do dinheiro	Paga as contas, vai ao banco, etc		1
	Só em pequenas quantidades de dinheiro		2
	Incapaz de utilizar o dinheiro		3
Responsável pelos medicamentos	Responsável pela medicação		1
	Necessita que lhe preparem a medicação		2
	Incapaz de se responsabilizar pela medicação		3

Total:

ANEXO VII - Escala de Quedas de Morse

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Pessoa Cuidada		Escala de Quedas de Morse Adaptado de Direção Geral da Saúde (2019)
Código		

Escala de Quedas de Morse		
	Item	Pontuação
1. Historial de quedas; neste internamento urgência/ ou nos últimos três meses	0 – Não 25 – Sim	
2. Diagnóstico(s) secundário(s)	0 – Não 15 - Sim	
3. Ajuda para caminhar	0- Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas 15- Muletas/canadianas/bengala/andarilho 30 - Apoia-se no mobiliário para andar	
4. Terapia intravenosa	0 – Não 15 - Sim	
5. Postura no andar e na transferência	0 - Normal/acamado/imóvel 10 - Debitado 20 - Dependente de ajuda	
6. Estado mental	0 - Consciente das suas capacidades 15 - Esquece-se das suas limitações	
TOTAL		

ANEXO VIII - Escala de Braden

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Pessoa Cuidada		Escala de Braden Adaptado de Direção Geral de Saúde (2011)
Código		

Escala de Braden					Pontuação
Perceção sensorial Capacidade de reação significativa ao desconforto	1.Completamente limitada	2.Muito limitada	3.Ligeiramente limitada	4.Nenhuma limitação	
Humidade Nível de exposição da pele à humidade	1.Pele constantemente húmida	2.Pele muito húmida	3.Pele ocasionalmente húmida	4.Pele raramente húmida	
Atividade Nível de atividade física	1.Acamado	2.Sentado	3.Andar ocasionalmente	4.Andar frequentemente	
Mobilidade Capacidade de alterar e controlar posição do corpo	1.Completamente imobilizado	2.Muito limitada	3.Ligeiramente limitado	4.Nenhuma limitação:	
Nutrição Alimentação habitual	1.Muito pobre	2.Provavelmente inadequada	3.Adequada	4.Excelente	
Fricção e forças de deslizamento	1.Problema	2.Problema potencial	3.Nenhum problema		
Pontuação total					

ANEXO IX - Elderly Nursing Core Set

(Lopes & Fonseca, 2012, p.16-23)

INSTRUMENTO: Elderly Core Set Short Form

O questionário que se apresenta a seguir integra quatro secções distintas. A primeira é constituída por um conjunto de questões de identificação e caracterização Sócio biográfica, a segunda secção e subseqüentes são constituídas pelas funções do corpo, estrutura do corpo, atividades de participação e fatores ambientais. Seja rigoroso, preencha as perguntas e cumpra os critérios de inclusão descritos. Todas as informações fornecidas pelos participantes no estudo são consideradas confidenciais.

SECÇÃO I - IDENTIFICAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO SOCIO-BIOGRÁFICA

1. Número de Cartão de Utente: _____
2. Instituição Responsável pela Avaliação:
3. FREGUESIA:
4. TIPO DE AVALIAÇÃO:
 - 4.1. 1ª AVALIAÇÃO (Projecto RSCE) - Avaliação Inicial.
 - 4.2. 2ª Avaliação (Projecto RSCE)
 - 4.3. 3ª Avaliação (Projecto RSCE)
5. DATA DE AVALIAÇÃO:
6. Idade: _____
7. Sexo: Masculino Feminino
8. Estado civil: Solteiro Casado Viúvo Divorciado
9. Peso: _____ (Kg)
10. Altura: _____ (Cm)
11. Nível de escolaridade
 - Não frequentou a escola e não sabe ler nem escrever
 - Não frequentou a escola, mas sabe ler e escrever
 - Frequentou a escola, mas não completou a 4ª classe
 - Fez exame da 4ª classe
 - Completou o 9º ano, antigo 5ª ano (curso geral do liceu/curso industrial/outro equivalente)
 - Completou o antigo 7º ano (curso complementar do liceu)
 - Completou o ensino superior
 - Nível de ensino completado na idade adulta, ex. programa novas oportunidades (especifique)
12. Principal área de diagnóstico médico que levou à intervenção (áreas ICD10):
 - Neoplasias (tumores)
 - Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos
 - Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas
 - Transtornos mentais e comportamentais
 - Doenças do sistema nervoso
 - Doenças do aparelho circulatório
 - Doenças do aparelho respiratório
 - Doenças do aparelho digestivo
 - Doenças da pele e do tecido subcutâneo
 - Doenças do aparelho digestivo
 - Doenças do sistema osteomuscular
 - Doenças do aparelho geniturinário
 - Outro: _____

SECÇÃO II - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO - FUNÇÕES DO CORPO

1. **Funções da consciência (b110)** Avalie e classifique as funções da consciência, tendo por base o seguinte conceito "é o reconhecimento da realidade externa ou de si mesmo em determinado momento, e a capacidade de responder aos seus estímulos".
 - b110.0: Nenhuma deficiência
 - b110.1: Deficiência ligeira. Dificuldade ocasional numa das dimensões.
 - b110.2: Deficiência moderada. Dificuldade em duas das dimensões.
 - b110.3: Deficiência grave. Dificuldade em diversas das dimensões a maior parte do tempo.
 - b110.4: Deficiência completa. Sem reação, não responde

2. **Funções da orientação (b114)** Avalie e classifique as funções da orientação em relação ao tempo (e.g., dia, mês, ano), ao espaço (e.g., onde está, de onde é), a si mesmo e aos outros (e.g., quem é a sua família) e classifique:
- b114.0: Nenhuma deficiência
 b114.1: Deficiência ligeira. Ligeiras dificuldades de orientação em relação ao tempo
 b144.2: Deficiência moderada. Dificuldades de orientação em relação a duas das dimensões referidas
 b144.3: Deficiência grave. Dificuldades de orientação em pelo menos 3 das dimensões referidas
 b144.4: Deficiência total. Desorientado em todas as dimensões
3. **Funções da atenção (b140)** As Funções de atenção avaliam a capacidade de concentração num estímulo externo ou numa experiência interna pelo período de tempo necessário. Inclui a capacidade de manutenção da atenção, mudança de atenção, divisão da atenção e partilha de atenção. Com base na sua observação global da pessoa, classifique:
- b140.0: Nenhuma deficiência
 b140.1: Deficiência ligeira. Dificuldade ligeira em uma das dimensões referidas
 b140.2: Deficiência moderada. Dificuldade moderada em duas das dimensões referidas
 b140.3: Deficiência grave. Dificuldade grave em pelo menos 3 das dimensões referidas
 b140.4: Deficiência completa. Dificuldade completa
4. **Funções da memória (b144)** Avalie as funções de memória (de curto prazo) da seguinte forma: "Vou dizer quatro palavras. Querias que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas. Procure ficar a sabê-las de cor: Pera, Gato, Bola, Carro". Após cerca de 30 segundos, peça: "Diga-me agora as quatro palavras que acabei de dizer".
- b114.0: Nenhuma deficiência
 b114.1: Deficiência ligeira. Respondeu correctamente, mas sem a ordem descrita
 b114.2: Deficiência moderada. Respondeu corretamente, recordando 3 palavras
 b114.3: Deficiência grave. Respondeu corretamente, recordando apenas 1 palavra
 b114.4: Deficiência completa. Não respondeu correctamente
5. **Funções emocionais (b152)** Avalie a adequação (capacidade de gerar, em si mesmo, as emoções apropriadas em um momento determinado), regulação (capacidade de redirecionar, controlar, modelar e modificar as emoções de modo a permitir ao indivíduo funcionar de forma adaptativa) e amplitude (capacidade de expressar diferentes emoções e diferentes intensidades) das emoções.
- b152.0: Nenhuma deficiência. Demonstra adequação, regulação e amplitude de emoções
 b152.1: Deficiência ligeira. Demonstra ligeira dificuldade em uma das dimensões referidas
 b152.2: Deficiência moderada. Demonstra moderada dificuldade em duas das dimensões referidas
 b152.3: Deficiência grave. Demonstra dificuldades em todas as dimensões referidas
 b152.4: Deficiência completa. Incapaz de adequação, regulação e amplitude de emoções
6. **Funções cognitivas de nível superior (b164)** Avalie as funções cognitivas de nível superior perguntando o seguinte: O que quer dizer para si o seguinte ditado popular: "cão que ladra não morde"?
- b164.0: Nenhuma deficiência. Descodificou sem dificuldade
 b164.1: Deficiência ligeira. Hesitou mas descodificou
 b164.2: Deficiência moderada. Descodificou interpretando à letra
 b164.3: Deficiência grave. Interpretou à letra com muita hesitação
 b164.4: Deficiência completa. Não descodificou

7. **Sensação de dor (b280)** Avalie a dor com base na seguinte pergunta: "Nas últimas 48h, qual a dor máxima que sentiu?" Utilize a Escala Numérica (EN) de avaliação da dor e classifique:
- b280.0: 0 pontos na EN
 b280.1: 1 a 2 pontos da EN
 b280.2: 3 a 4 pontos da EN
 b280.3: 5 a 8 pontos da EN
 b280.4: 9 a 10 pontos da EN
 b280.8: Não especificado
- 7.1. LOCALIZE A DOR MAIS INTENSA REFERIDA PELA PESSOA NOS DIAGRAMAS CORPORAIS FORNECIDOS: _____
8. **Funções da pressão arterial (b420)** Avalia a Pressão Arterial e classifique de acordo com a tabela abaixo:
- b420.0: Pressão Arterial Sistólica até 120 e Diastólica até 80
 b420.1: Pressão Arterial Sistólica (120-139) ou Diastólica (80-89)
 b420.2: Pressão Arterial Sistólica (140-159) ou Diastólica (90-99)
 b420.3: Pressão Arterial Sistólica (160-179) ou Diastólica (100-109)
 b420.4: Pressão Arterial Sistólica (> 180) ou Diastólica (> 110)
9. **Funções da respiração (b440)** - Inclui: funções da frequência, ritmo e profundidade da respiração
- b440.0: Nenhuma deficiência.
 b440.1: Deficiência ligeira. Ligeira alteração de uma das dimensões do padrão respiratório
 b440.2: Deficiência moderada. Alteração de duas das dimensões (a pessoa pode necessitar de inaloterapia)
 b440.3: Deficiência grave. Alteração grave em todas as dimensões. A pessoa necessita de apoio (intermitente) de oxigénio suplementar ou ventilador (não invasivo)
 b440.4: Deficiência completa. Precisa de apoio (permanente) de oxigénio suplementar e ventilador (não invasivo e invasivo)
10. **Funções de defecação (b525)** Seleccione uma das seguintes opções
- b440.0: Nenhuma deficiência. A Pessoa apresenta: 1 dejecto/dia (ou) ou 1 dejecto em 2 dias
 b440.1: Deficiência ligeira. A Pessoa apresenta: 2 a 3 dejectos/dia (ou) ou 1 dejecto cada 2 a 4 dias
 b440.2: Deficiência moderada. A Pessoa apresenta: 4 a 5 dejectos/dia (ou) ou 1 dejecto cada 5 a 7 dias
 b440.3: Deficiência grave. A Pessoa apresenta: 6 a 7 dejectos/dia (ou) ou 1 dejecto cada 8 a 9 dias
 b440.4: Deficiência total. A Pessoa apresenta: > 8 dejectos/dia (ou); ou 1 dejecto cada 10 ou mais
 b440.8: Condições Especiais (especificar – por ex. Incontinência, colostomia): _____

Secção IV- INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO - Estrutura do Corpo

11. **Estrutura das áreas da pele (s810)** Observe a pele da pessoa e classifique as zonas de maior gravidade:
- s810.0: Nenhuma deficiência.
 s810.1: Deficiência ligeira. A pessoa apresenta pele seca ou desidratada
 s810.2: Deficiência moderada. A pessoa apresenta lesões da pele - Mácúlas ou Pápula
 s810.3: Deficiência grave. A pessoa apresenta lesões da pele, com alterações da integridade cutânea
 s810.4: Deficiência completa. A pessoa apresenta múltiplas lesões da pele que põem em risco a vida.

- 11.1. Com recurso aos diagramas corporais fornecidos, localize a lesão cutânea mais grave - 1ª Local: ____
- 11.2. Com recurso aos diagramas corporais fornecidos, localize a segunda lesão cutânea mais grave - 2ª Local: ____

Secção IV - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO - Atividades de Participação

12. Realizar a rotina diária (d230) *Avalie a realização da rotina diária inquirindo acerca da capacidade de realizar ações coordenadas, simples ou complexas, de modo a poder planejar, gerir e responder às exigências das tarefas e das obrigações do dia-a-dia.*
- d230.0: Sem dificuldades
- d230.1: Dificuldades ligeiras. Realiza de forma independente a sua rotina diária, mas tem dificuldades ocasionais nas ações complexas.
- d230.2: Dificuldades moderadas. Necessita de referências para realizar e concluir a sua rotina diária
- d230.3: Dificuldades graves. Necessita de apoio contínuo para realizar e concluir a sua rotina diária
- d230.4: Dificuldade completa. Não tem possibilidade de realizar e concluir a rotina diária
13. Comunicar e receber mensagens orais (d310) *Esta função avalia a capacidade de compreender os significados literais e implícitos das mensagens. Avalie esta capacidade através da forma como a pessoa interagiu consigo durante a resposta a este questionário. Classifique de acordo com a tabela abaixo.*
- d310.0: Sem dificuldades
- d310.1: Dificuldade ligeira. Dificuldades ligeiras nos significados implícitos
- d310.2: Dificuldade moderada. Dificuldades frequentes nos significados implícitos
- d310.3: Dificuldade grave. Dificuldades totais nos significados implícitos e acentuadas nos literais
- d310.4: Dificuldade total. Não comunica
14. Falar (d330) *Esta função avalia a capacidade de produzir mensagens verbais constituídas por palavras, frases e passagens mais longas com significado literal e implícito. Avalie esta capacidade através da forma como a pessoa interagiu consigo durante a resposta a este questionário. Classifique de acordo com a tabela abaixo.*
- d330.0: Sem dificuldades
- d330.1: Dificuldade ligeira. Fala, mas por vezes o discurso é pouco claro
- d330.2: Dificuldade moderada. Fala, mas frequentemente com discurso pouco claro
- d330.3: Dificuldade grave. Tenta expressar-se apenas por monossílabos
- d330.4: Dificuldade completa. Incapaz de produzir um discurso articulado
15. Conversação (d350) - *Esta função avalia a capacidade de iniciar, manter e finalizar uma troca de pensamentos e ideias, realizadas através da linguagem escrita, oral, gestual ou de outras formas de linguagem. Avalie esta capacidade através da forma como a pessoa interagiu consigo durante a resposta a este questionário. Classifique de acordo:*
- d350.0: Sem dificuldade.
- d350.1: Dificuldade ligeira para iniciar uma conversa
- d350.2: Dificuldades moderadas para iniciar ou manter uma conversa
- d350.3: Dificuldades grave para iniciar ou manter uma conversa
- d350.4: Dificuldade completa. Não consegue iniciar ou manter uma conversa
16. Mudar a posição básica do corpo (d410) *Avalie a capacidade de a pessoa se deitar, agachar, ajoelhar, sentar, pôr de pé e curvar sozinho.*
- d410.0: Sem dificuldade
- d410.1: Dificuldade ligeira em uma das dimensões referidas
- d410.2: Dificuldade moderada em pelo menos duas das dimensões referidas
- d410.3: Dificuldade grave em 3 ou mais das dimensões referidas
- d410.4: Dificuldade completa

17. Manter a posição do corpo (d415) *Manter a mesma posição do corpo durante o tempo necessário, como por exemplo, permanecer sentado ou de pé. Classifique:*
- d415.0: Sem dificuldade
- d415.1: Dificuldade ligeira. Mantém a posição do corpo de pé, com apoio ocasional
- d415.2: Dificuldade moderada. Mantém a posição do corpo de pé com dificuldade, mantém a posição de sentado
- d415.3: Dificuldade grave. Não mantém a posição do corpo de pé, mantém a posição de sentado, com dificuldade
- d415.4: Dificuldade completa. Não mantém a posição do corpo de pé e não mantém a posição de sentado
18. Utilização da mão e do braço (d445) *Avalie a capacidade de utilização da mão e do braço.*
- d445.0: Sem dificuldades.
- d445.1: Dificuldade ligeira. Usa de forma normal as duas mãos mas tem dificuldade num dos braços.
- d445.2: Dificuldade moderada. Usa com dificuldades, uma das mãos e tem dificuldade num dos braços.
- d445.3 Dificuldade grave. Usa com dificuldade as duas mãos e os dois braços ou não usa a mão e braço dominantes.
- d445.4: Dificuldade completa. Não usa as duas mãos e os dois braços.
19. Andar (d450) *Avalie e classifique observando a marcha da pessoa:*
- d450.0: Sem dificuldades
- d450.1: Dificuldade ligeira. Deambula em casa e na vizinhança: a pessoa é capaz de deambular na rua, embora numa distância limitada e restrita.
- d450.2: Dificuldade moderada. Deambula apenas em casa: a deambulação só é possível num ambiente fechado, e num ambiente conhecido como em casa.
- d450.3: Dificuldade grave. Marcha terapêutica: O paciente precisa ser firmemente amparado por 1 ou 2 pessoas, e/ou a deambulação só é possível durante a terapia domiciliar ou hospitalar, nas barras paralelas.
- d450.4: Dificuldade completa. Não realiza marcha, incapacidade absoluta para a deambulação.
20. Deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento (d465) *A pessoa tem a capacidade de mover o corpo de um lugar para outro, sobre qualquer superfície ou espaço, em cadeira de rodas ou com auxílio de um andariço, ou outras ajudas técnicas:*
- d465.0: Sem dificuldades
- d465.1: Dificuldades ligeira. Necessita de ajuda ocasional de um ponto de apoio (uma bengala ou similar).
- d465.2: Dificuldades moderadas. Necessita de ajuda frequente de um ponto de apoio (uma bengala ou similar).
- d465.3: Dificuldades graves. A maior parte do tempo com ajuda de dois ou mais pontos de apoio (duas bengalas, andariço ou cadeira de rodas)
- d465.4: Dificuldade completa. Sempre com ajuda de cadeira de rodas.
21. Lavar-se (d510) *Lavar e secar todo o corpo, ou partes do corpo, utilizando água e produtos ou métodos de limpeza e secagem apropriados.*
- d510.0: Sem dificuldades.
- d510.1: Dificuldades ligeiras. Necessita de ajuda no banho apenas para entrar ou sair da banheira.
- d510.2: Dificuldades moderadas. Recebe assistência no banho para entrar ou sair da banheira e para lavar uma parte do corpo (ex. costas, ou pernas)
- d510.3: Dificuldades graves. Recebe assistência no banho para entrar ou sair da banheira e para lavar mais de uma parte do corpo
- d510.4: Dificuldade completa. Recebe assistência total para o banho.

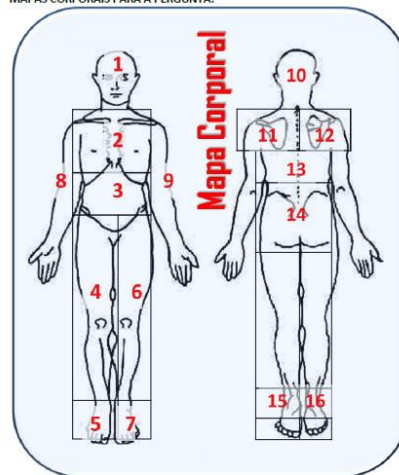
22. **Cuidar de partes do corpo d520** *Cuidar de partes do corpo como pele, cara, dentes, couro cabeludo, unhas e genitais, que requerem mais do que lavar e secar.*
 d520.0: Sem dificuldades.
 d520.1: Dificuldade ligeira. Necessita de ajuda mínima para cuidar de partes do corpo.
 d520.2: Dificuldade moderada. Necessita de ajuda para cuidar de diversas partes do corpo.
 d520.3: Dificuldade grave. Necessita de ajuda para cuidar de quase todas as partes do corpo.
 d520.4: Dificuldade completa. Necessita de ajuda total para cuidar de todas as partes do corpo.
23. **Cuidados relacionados com os processos de excreção (d530)** *Cuidados relacionados com os processos de excreção.*
 d530.0: Sem dificuldades
 d530.1: Dificuldade ligeira. É autônomo, com supervisão ocasional, nos cuidados relacionados com o processo de excreção, e prevê a eliminação. É continente.
 d530.2: Dificuldade moderada. É autônomo, com supervisão, nos cuidados relacionados com o processo de excreção e na previsão da eliminação, mas apresenta acidentes ocasionais.
 d530.3: Dificuldade grave. É autônomo, com supervisão, nos cuidados relacionados com o processo de excreção e não prevê a eliminação. É incontinente.
 d530.4: Dificuldade completa. Não é autônomo nos cuidados relacionados com o processo de excreção, não é continente e não prevê a eliminação
24. **Vestir-se (d540)** *Realizar as tarefas e os gestos coordenados necessários para pôr e tirar a roupa e o calçado*
 d540.0: Sem dificuldades
 d540.1: Dificuldade ligeira. Necessita de ajuda mínima para se vestir.
 d540.2: Dificuldade moderada. Necessita de ajuda para vestir determinadas peças de roupa e/ou para se calçar.
 d540.3: Dificuldade grave. Necessita de ajuda para vestir quase todas as peças de roupa e para se calçar
 d540.4: Dificuldade completa. Não se veste.
25. **Comer d550** *Executar as tarefas e os gestos coordenados necessários para ingerir os alimentos servidos*
 d550.0: Sem dificuldades
 d550.1: Dificuldade ligeira. Necessita de ajuda mínima para comer (ex. Trincar alguns alimentos).
 d550.2: Dificuldade moderada. Necessita de ajuda para trincar os alimentos e levar alguns à boca.
 d550.3: Dificuldade grave. Necessita de ajuda para usar qualquer utensílio de alimentação (ex. garfo, colher)
 d550.4: Dificuldade completa. É totalmente dependente no ato de comer
26. **Beber (d560)** *Coordenar os gestos necessários para tomar uma bebida, levá-la à boca, e consumir a bebida.*
 d560.0: Sem dificuldades
 d560.1: Dificuldade ligeira. Necessita de ajuda mínima para beber (ex. colocar água num copo)
 d560.2: Dificuldade moderada. Por vezes precisa de ajuda para levar o copo à boca.
 d560.3: Dificuldade grave. Frequentemente precisa de ajuda para quase todos os gestos necessários ao beber
 d560.4: Dificuldade completa. É totalmente dependente no ato de beber

27. **Relacionamentos familiares (d760)** *Criar e manter relações de parentesco, como por exemplo, com membros da família nuclear, da família alargada.*
 d760.0: Sem dificuldades.
 d760.1: Dificuldade ligeira para manter relações com alguns membros da família alargada.
 d760.2: Dificuldades moderadas para manter relações com a família alargada
 d760.3: Dificuldade grave em manter relações com a família alargada e com alguns membros da família nuclear.
 d760.4: Dificuldade completa. Não consegue manter ou criar relações com a família.

Secção IV - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO - Factores Ambientais

28. **Família próxima (e310)** *Indivíduos relacionados por nascimento, casamento ou outro relacionamento reconhecido pela cultura como família próxima.*
 e310.0: A família próxima oferece total suporte
 e310.1: A família próxima oferece grande parte do suporte, precisando apenas de ajudas pontuais
 e310.2: A família próxima oferece suporte mas precisa de ajuda a tempo parcial
 e310.3: A família próxima oferece suporte ligeiro precisando de ajuda em quase todas as atividades
 e310.4: A família próxima não oferece qualquer suporte
29. **Amigos (e320)** *Indivíduos que são conhecidos próximos, com relacionamento continuado caracterizado pela confiança.*
 e320.0: Os amigos oferecem apoio total
 e320.1: Os amigos oferecem muito apoio
 e320.2: Os amigos oferecem apoio apenas se solicitados
 e320.3: Os meus amigos oferecem apoio pontual
 e320.4: Os meus amigos não oferecem qualquer apoio
30. **Prestadores de cuidados pessoais e assistentes pessoais (e340)** *Indivíduos que prestam os serviços necessários para apoiar as pessoas nas suas actividades diárias.*
 e355.0: Prestadores de cuidados pessoais e assistentes pessoais oferecem todo o apoio necessário
 e355.1: Prestadores de cuidados pessoais e assistentes pessoais oferecem quase todo o apoio necessário
 e355.2: Prestadores de cuidados pessoais e assistentes pessoais oferecem apoio de suplemento à família (50/50).
 e355.3: Prestadores de cuidados pessoais e assistentes pessoais oferecem apoio pontual.
 e355.4: Prestadores de cuidados pessoais e assistentes pessoais não oferecem qualquer apoio
31. **Profissionais de saúde (e355)** *Todos os prestadores de cuidados que trabalham no contexto do sistema de saúde, como por exemplo, médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, etc.*
 e355.0: Os profissionais de saúde oferecem todo o apoio necessário
 e355.1: Os profissionais de saúde oferecem quase todo o apoio necessário
 e355.2: Os profissionais de saúde oferecem apoio de suplemento
 e355.3: Os profissionais de saúde oferecem pouco apoio
 e355.4: Os profissionais de saúde não oferecem qualquer apoio

MAPAS CORPORAIS PARA A PERGUNTA:



ANEXO X - Escala de Sobrecarga do Cuidador Informal (Zarit)

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Cuidador Informal		Escala de Sobrecarga do Cuidador Informal (Zarit)
Código		Adaptado de Sequeira (2010)

Nº	Item	Nunca	Quase Nunca	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1	Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?					
2	Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?					
3	Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?					
4	Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?					
5	Sente-se irritado/a quando está junto do seu familiar?					
6	Considera que a situação atual afeta de forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares?					
7	Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?					
8	Considera que o seu familiar está dependente de si?					
9	Sente-se esgotado quando tem que estar junto do seu familiar?					
10	Vê a sua saúde ser afetada por ter que cuidar do seu familiar?					
11	Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?					
12	Pensa que as suas relações sociais são afetadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?					
13	Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o (a) visitarem devido ao seu familiar?					
14	Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?					

15	Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?					
16	Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?					
17	Considera que perdeu o controle da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?					
18	Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?					
19	Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?					
20	Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?					
21	Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?					
22	Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?					

