Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

NECESSIDADES EM CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO DOS CUIDADORES DE PESSOAS DEPENDENTES NO AUTOCUIDADO ADMITIDAS NUMA ECCI

Vânia Rodrigues Gomes

Coimbra, Maio de 2022

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

NECESSIDADES EM CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO DOS CUIDADORES DE PESSOAS DEPENDENTES NO AUTOCUIDADO ADMITIDAS NUMA ECCI

Vânia Rodrigues Gomes

Orientador: Mestre Manuel Augusto Mariz, Professor Adjunto da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Dissertação apresentada á Escola Superior de Enfermagem de Coimbra para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação

Coimbra, Maio de 2022

“Pequenas mudanças podem fazer grande diferença e gerar excelentes resultados!”

Surama Jurdi

Agradecimentos

Ao Professor Manuel Mariz pela orientação, pela aprendizagem proporcionada e pela disponibilidade constante para o progresso da investigação.

Á Professora Conceição Bento pelo apoio, incentivo e aprendizagem fundamental para o avanço da investigação.

Ao Professor António Fernando Salgueiro Amaral pelo apoio, orientação e incentivo como responsável do Projeto "Resultados dos Cuidados de Enfermagem: Qualidade e Efetividade estruturante da UICISA-E onde se integra a Dissertação.

Ao Agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Mondego que viabilizaram a realização da investigação.

A toda a Equipa de Enfermagem das ECCI do ACES do Baixo Mondego pelo apoio e interesse demonstrado.

Aos doentes e seus cuidadores que participaram no estudo de investigação, pelo empenho e colaboração.

Aos meus colegas de trabalho de investigação, Luís Miguel Rodrigues e Alexandre Vaz pelo apoio, colaboração e amizade.

A todos aqueles, que de alguma forma, me ajudaram e contribuíram para a conquista deste percurso.

Por último, gostaria de deixar um agradecimento especial á minha família e amigos pela paciência, compreensão e amor.

A todos o meu Muito Obrigado!

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABVD - Atividades Básicas de Vida Diária

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde

ACSS - Administração Central dos Sistemas de Saúde

AIVD - Atividades Instrumentais de Vida Diária

ARS - Administração Regional de Saúde

CF - Cuidadores Familiares

CIPE - Classificação internacional para a prática de enfermagem

CSP - Cuidados de Saúde Primários

DGS - Direção geral de saúde

ECCI - Equipas de Cuidados Continuados Integrados

EEER - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

FFMS - Fundação Francisco Manuel dos Santos

ICN - International Council of Nurses

INE - Instituto Nacional de Estatística

IPSS - Instituição Privada de Solidariedade Social

MS - Ministério da Saúde

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

OPSS - Observatório Português dos Sistemas de Saúde

PD - Pessoa Dependente

RCAAP - Repositórios científicos de acesso aberto de Portugal

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SAPA - Sistema de Atribuição de Produtos de Apoio

SAPE - Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SU - Serviço de Urgências

RESUMO

Introdução: Recentemente, as alterações demográficas e epidemiológicas da população, conduziram á necessidade de uma melhor capacitação dos cuidadores de pessoas dependentes no autocuidado, em Portugal. Perante esta realidade, também surgiram as Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) inseridas nos Cuidados de Saúde Primários para responder às reais necessidades das pessoas dependentes no autocuidado e dos cuidadores. Este estudo tem como principais objetivos caraterizar os cuidadores de pessoas dependentes no autocuidado e avaliar as suas necessidades que possam ser alvo de intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER).

Metodologia: Este estudo tem um caracter quantitativo, exploratório e descritivo, numa amostra de conveniência de 122 cuidadores de pessoas dependentes no autocuidado. O formulário incluiu a avaliação das necessidades de cuidados de saúde e sociais das pessoas dependentes no autocuidado a viver no domicílio e dos seus cuidadores no contexto da ECCI e foi aplicado no período do mês de julho de 2019 a fevereiro de 2020, após as devidas autorizações da Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde e do Agrupamento de Centros de Saúde Baixo Mondego.

Resultados: A maioria dos cuidadores eram do género feminino (80,3%), com idades compreendidas entre os 35 e os 86 anos (uma média de 67,23 ±11,58 anos), 79,5% dos cuidadores eram casadas ou viviam em união de facto, 52,5% eram pensionistas/reformados, 50,8% eram cônjuges da pessoa dependente e 47,7% tinham uma família constituída apenas pelo casal. Os cuidadores manifestaram necessidades para ajudar nas atividades básicas e instrumentais de vida diária das pessoas dependentes no autocuidado, que passam pelo ensino, instrução e treino nos processos corporais, autocuidados e atitudes terapêuticas de pessoas dependentes no autocuidado.

Conclusão: As necessidades manifestadas pelos cuidadores poderão ser mitigadas através da intervenção e acompanhamento de um Enfermeiro, nomeadamente do EEER para a sua capacitação para melhor responderem às necessidades reais e potenciais das pessoas que cuidam.

Palavras-chave: Pessoa Dependente; Cuidador; Equipas de Cuidados Continuados Integrados; Necessidades de Cuidados de Enfermagem; Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

ABSTRACT

Introduction: Recently, the demographic and epidemiological changes in the population have led to the need for a better empowerment of caregivers of dependent people in self-care in Portugal. In view of this reality, the Integrated Continuous Care Teams (ICCT) within Primary Health Care have also emerged to meet the real needs of dependent people in self-care and caregivers. The main objectives of this study are to characterise the caregivers of dependent people in self-care and assess their needs that may be the target of intervention by the Nurse Specialist in Rehabilitation Nursing (NSRN).

Methodology: This study has a quantitative, exploratory, and descriptive character, in a convenience sample of 122 caregivers of people dependent on self-care. The form included an assessment of the health and social care needs of people dependent on self-care living at home and their caregivers in the context of Integrated Continuous Care Teams and was applied from July 2019 to February 2020, after proper authorization from the Ethics Committee of the Health Sciences Research Unit and the Baixo Mondego Health Center Group.

Results: Most caregivers were female (80.3%), aged between 35 and 86 years (a mean of 67.23 ±11.58 years), 79.5% of caregivers were married or living in a consensual union, 52.5% were pensioners/retirees, 50.8% were spouses of the dependent person and 47.7% had a family consisting only of the couple. Caregivers expressed needs to assist in the basic and instrumental activities of daily living of people dependent in self-care, which go through teaching, instruction and training in body processes, self-care and therapeutic attitudes of people dependent in self-care.

Conclusion: The needs expressed by caregivers may be mitigated through the intervention and monitoring of a nurse, namely the specialist nurse in rehabilitation nursing to enable them to better respond to the actual and potential needs of the people they care for.

Keywords: Dependent Person; caregiver; Integrated Continuing Care Teams; Nursing Care Needs; Nurse Specialist in Rehabilitation Nursing.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Operacionalização das variáveis de caraterização da pessoa dependente.....81
Tabela 2 - Operacionalização das variáveis de caraterização do cuidador principal.....83
Tabela 3 - Operacionalização das variáveis de caracterização das necessidades de cuidados da pessoa dependente nos processos corporais, autocuidados e processo familiar 85
Tabela 4 - Operacionalização das variáveis: Atitudes Terapêuticas.....94
Tabela 5 - Operacionalização das variáveis: Autocuidado 96
Tabela 6 - Operacionalização das variáveis: Processo Neuromuscular.....101
Tabela 7 - Operacionalização das variáveis: Processo Cardiorrespiratório.....104
Tabela 8 - Operacionalização das variáveis: Processo do Sistema Gastrointestinal....105
Tabela 9 - Operacionalização das variáveis: Processo do Sistema Urinário.....106
Tabela 10 - Operacionalização das variáveis: Processo do Sistema Tegumentar.....107
Tabela 11 - Operacionalização das variáveis: Processo do Sistema Regulador 109
Tabela 12 - Operacionalização das variáveis: Frequências.....112
Tabela 13 - Distribuição da população residente (estimativas 2017), por sexo.....114
Tabela 14 - Distribuição do índice de envelhecimento, de dependência de jovens e de dependência de idosos de 1991 a 2017 114
Tabela 15 - Distribuição da esperança de vida à nascença da população residente no ACES Baixo Mondego, por triénios 1996-1998, 2005-2007 e 2015-2017 115
Tabela 16 - Distribuição por sexo da pessoa dependente.....122
Tabela 17 - Distribuição por estado civil da pessoa dependente.....122
Tabela 18 - Distribuição por Nacionalidade da pessoa dependente.....122
Tabela 19 - Distribuição por Profissão da pessoa dependente.....123
Tabela 20 - Distribuição por nível de escolaridade da pessoa dependente 124
Tabela 21 - Distribuição da situação que originou a dependência da pessoa dependente 124
Tabela 22 - Distribuição por tipo de instalação da dependência da pessoa dependente 125
Tabela 23 - Distribuição do consumo de medicamentos da pessoa dependente.....125
Tabela 24 - Tipologia de referência para ECCI da pessoa dependente.....126
Tabela 25 - Estatistica descritiva da pessoa dependente.....127

Tabela 26 - Distribuição das respostas da amostra quanto á capacidade de memória da pessoa dependente 127
Tabela 27 - Pessoas dependentes que apresentavam focos comprometidos do Processo Neuromuscular 128
Tabela 28 - Pessoas dependentes que apresentavam focos comprometidos do Processo Cardiorrespiratório 129
Tabela 29 - Pessoas dependentes que apresentavam focos comprometidos do Processo do Sistema Gastrointestinal 130
Tabela 30 - Pessoas dependentes que apresentavam focos comprometidos do Processo do Sistema Urinário 130
Tabela 31 - Pessoas dependentes que apresentavam focos comprometidos do Processo do Sistema Tegumentar 131
Tabela 32 - Pessoas dependentes que apresentavam focos comprometidos do Processo do Sistema Regulador 131
Tabela 33 - Distribuição das idades dos cuidadores principais 132
Tabela 34 - Distribuição das respostas da amostra quanto às características sociodemográficas, profissionais e familiares do cuidador 133
Tabela 35 - Distribuição das respostas da amostra quanto á variável constituição da família 135
Tabela 36 - Distribuição das respostas da amostra quanto às necessidades da família 135
Tabela 37 - Distribuição das respostas da amostra quanto às capacidades do cuidador dificultadoras do exercício do papel 137
Tabela 38 - Caracterização das intervenções do tipo ensinar, instruir e treinar, necessária à capacitação do cuidador, no processo neuromuscular 141
Tabela 39 - Caracterização das intervenções do tipo ensinar, instruir e treinar, necessária à capacitação do cuidador, no processo cardiorrespiratório 143
Tabela 40 - Caracterização das intervenções do tipo ensinar, instruir e treinar, necessária à capacitação do cuidador, no processo do sistema gastrointestinal 146
Tabela 41 - Caracterização das intervenções do tipo ensinar, instruir e treinar, necessária à capacitação do cuidador, no processo do sistema urinário 148
Tabela 42 - Caracterização das intervenções do tipo ensinar, instruir e treinar, necessária à capacitação do cuidador, no processo do sistema tegumentar 151

Tabela 43 - Caracterização das intervenções do tipo ensinar, instruir e treinar, necessária à capacitação do cuidador, no processo do sistema regulador 157
Tabela 44 - Caracterização das intervenções do tipo ensinar, instruir e treinar, necessária à capacitação do cuidador, nos autocuidados 162
Tabela 45 - Caracterização das intervenções do tipo ensinar, instruir e treinar, necessária à capacitação do cuidador, nas atitudes terapêuticas 166

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Evolução da taxa bruta de natalidade (/1000 habitantes), 1996-2017 116

INDICE

INTRODUÇÃO **23**

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO **27**

1 – TEORIAS DE ENFERMAGEM **29**

2 – A PESSOA COM DEPENDÊNCIA NO AUTOCUIDADO NUMA ECCI **39**

2.1 - CARACTERIZAÇÃO DA PESSOA DEPENDENTE NO AUTOCUIDADO 40

2.2 - REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS 45

3 - QUE CUIDADOS, QUE CUIDADORES? **49**

4 - A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO NA CAPACITAÇÃO DOS CUIDADORES **64**

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO **73**

5 - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO **75**

5.1 - A PROBLEMÁTICA E OBJECTIVOS DA INVESTIGAÇÃO 75

5.2 - TIPO DE ESTUDO 76

5.3 - QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO 77

5.4 - INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS 77

5.5 - OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS 79

5.6 - POPULAÇÃO E AMOSTRA 116

5.7 - TRATAMENTO ESTATÍSTICO 118

5.8 - PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS 119

6 - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS **120**

6.1 - CARACTERIZAÇÃO DA PESSOA DEPENDENTE 121

6.2 - CARACTERIZAÇÃO DO CUIDADOR FAMILIAR 131

6.3 - CARACTERIZAÇÃO DAS INTERVENÇÕES DO TIPO ENSINAR, INSTRUIR E TREINAR, NECESSÁRIA À CAPACITAÇÃO DO CUIDADOR 137

7 - DISCUSSÃO DE RESULTADOS **167**

CONCLUSÃO **183**

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS **189**

ANEXOS

ANEXO I – Formulário de avaliação das necessidades de cuidados de saúde e sociais das pessoas dependentes no autocuidado a viver no domicílio e dos seus cuidadores no contexto da ECCI

ANEXO II – Guia orientador para a aplicação do formulário

ANEXO III – Fluxograma de referenciação

ANEXO IV – Parecer de autorização da UICISA: E

ANEXO V – Formulário para submissão de pedidos de apreciação à comissão de ética relativos a Estudos de Investigação da UICISA: E

ANEXO VI – Parecer de autorização á comissão de ética para a saúde da ARS do Centro

ANEXO VII – Consentimento Informado

INTRODUÇÃO

Recentemente, as alterações demográficas e epidemiológicas da população, provocadas pelo aumento da esperança média de vida, pelo envelhecimento progressivo da população e pela prevalência das doenças crónicas e degenerativas, conduziu ao crescimento das necessidades de cuidados gerais e especializados. Assim como, a valorização do papel dos cuidadores pela importância da sua intervenção no autocuidado das pessoas dependentes no domicílio.

Em Portugal, foram criadas Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) que vieram dar uma ajuda para também responder às necessidades das pessoas dependentes no autocuidado, assim como aos seus familiares/cuidadores. Contudo, estas respostas têm se manifestado insuficientes para as necessidades existentes (Petronilho, 2012; Ribeiro & Pinto, 2014; Ordem dos Enfermeiros, 2015; Marques-Vieira & Sousa, 2017).

Na perspetiva de Gonçalves (2013) verificou-se que as alterações demográficas que conduziram a uma mudança das necessidades em saúde das famílias e dos membros envolvidos no processo de prestação de cuidados, justificam uma nova abordagem de intervenção da enfermagem, principalmente, da enfermagem de reabilitação na comunidade. Este facto constitui uma oportunidade para produzir e revelar conhecimento baseado na evidência científica e em modelos da prática profissional capazes de contribuir para a transição saudável da pessoa dependente, do cuidador familiar e da família.

A intervenção do Enfermeiro de Reabilitação na pessoa e na família em contexto domiciliário poderá contribuir para dar resposta às reais e possíveis necessidades dos cuidadores, podendo ter como referência os modelos teóricos: a Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem e a Teoria das Transições de Afaf Meleis.

A Teoria do Autocuidado facilita a promoção da autonomia e independência da pessoa dependente no autocuidado onde poderá incluir o cuidador/familiar. Assim como, a Teoria das Transições que permite a vivência do processo saúde-doença de uma pessoa dependente no autocuidado, tal como, dos seus cuidadores/familiares.

Com base nestes modelos, a dependência no autocuidado é definida por um estado em que a pessoa vivencia um processo de transição saúde-doença, uma vez que, deixa de ser autónoma para a realização das atividades básicas do autocuidado pessoal e passa a depender de outros para a satisfação do seu autocuidado (Rocha, 2015).

A Ordem dos Enfermeiros (2019) referiu que manter a independência funcional das pessoas, melhorar a sua capacidade funcional e proporcionar melhor qualidade de vida são os objetivos da enfermagem de reabilitação.

Deste modo, estando a frequentar uma formação especializada em Enfermagem de Reabilitação e tendo presente todas as suas competências tornou-se para mim relevante caraterizar os cuidadores, avaliar as suas necessidades e refletir sobre as possíveis respostas que podem ser dadas.

Tendo por base este propósito, quisemos saber quais as intervenções/cuidados, do tipo ensinar, instruir e treinar, dirigidas aos cuidadores de pessoas dependentes no autocuidado admitidas para ECCI, que são necessárias para os capacitar para o exercício do papel de cuidador?

Neste sentido, tornou-se também importante considerar como objetivos específicos:

•Caracterizar os cuidadores principais, das pessoas dependentes que continuam a viver em casa;

•Identificar os compromissos nos processos corporais e autocuidados, apresentados pela Pessoa Dependente;

•Descrever as intervenções, do tipo ensinar, instruir e treinar, necessárias para capacitar o cuidador para o exercício do papel;

•Identificar a proporção de intervenções que são implementadas face ao esperado.

A opção metodológica deste trabalho orientou-se para uma abordagem quantitativa, de natureza não experimental, exploratória e descritiva. Considerou-se o tipo de amostragem não probabilística acidental e sequencial. Para responder á questão de investigação acima mencionada, e deste modo atingir os objetivos do trabalho, foi aplicado um formulário de avaliação das necessidades de cuidados de saúde e sociais das pessoas dependentes no autocuidado a viver no domicílio e dos seus cuidadores no contexto das ECCI.

Para organizar e sistematizar a informação contida nos dados e obter resultados descritivos, recorremos ao programa de tratamento estatístico *Statistical Package for the Social Sciences.*

Estruturalmente, este trabalho está organizado em três partes distintas.

Na primeira parte encontra-se o enquadramento teórico em que foi realizada a revisão da literatura para a compreensão da temática em estudo. Neste âmbito, são abordados aspetos relativos às teorias de enfermagem, á pessoa com dependência no autocuidado numa ECCI, às necessidades de cuidados de enfermagem dos cuidadores e á intervenção do Enfermeiro de Reabilitação na sua capacitação.

A segunda parte refere-se ao estudo empírico, em que é apresentada a descrição das opções metodológicas utilizadas para a realização do presente estudo, descrevendo a problemática e os objetivos da investigação, definindo as questões de investigação, a amostra, o instrumento de colheita de dados e as considerações éticas, de forma a obter respostas à problemática em estudo.

E na terceira parte são apresentados e discutidos os resultados de acordo com as questões de investigação formuladas, comparando-os com outros estudos.

Na conclusão, são apresentados os resultados e suas implicações efetivas para a intervenção da enfermagem de reabilitação, as limitações do estudo, assim como algumas sugestões para futuras investigações.

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1 – TEORIAS DE ENFERMAGEM

As teorias de enfermagem podem ser definidas como uma articulação organizada, coerente, sistemática e comunicada de conceitos sobre um fenómeno central da enfermagem que visam descrever e explicar as relações entre os fenómenos para predizer as consequências ou prescrever cuidados de enfermagem (Meleis,2012).

Reconhecendo a importância que todas as teorias tiveram e têm para a prática de enfermagem vamos realçar neste capítulo, as duas que consideramos importantes e que melhor respondem às exigências deste estudo, a teoria do défice do autocuidado e a teoria das transições.

1.1.TEORIA DO DÉFICE DE AUTOCUIDADO

A teoria do défice de autocuidado de Dorothea Orem permite a compreensão do fenómeno da dependência no autocuidado, sendo este considerado o foco central da intervenção da enfermagem. Para Orem (2001), o autocuidado carateriza-se como a prática diária de atividades reguladoras que visam responder aos objetivos de manutenção da vida, de saúde e do bem-estar da pessoa.

Neste âmbito, Queirós (2010) acrescenta que este autocuidado é universal por compreender todas as dimensões vivenciais, que permitem mitigar as necessidades, não só as referentes às atividades de vida diária e às atividades instrumentais de vida diária, mas também às necessidades que vão surgindo ao longo do ciclo vital.

A centralidade desta teoria para a enfermagem surge pela sua capacidade de clarificar um propósito, a promoção e a reconstrução do autocuidado, e pelo poder explicativo de uma ação, aquisição de competências para a autonomia (Queirós, 2010).

A Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem, é constituída por três teorias que se relacionam entre si: a Teoria do Autocuidado, a Teoria do Défice de Autocuidado e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem (Orem,2001).

A Teoria do Autocuidado descreve o modo e o motivo pela qual as pessoas cuidam de si para a manutenção da sua vida, saúde e bem-estar, tendo em consideração os seguintes pressupostos: toda a pessoa têm a capacidade para cuidar de si, a pessoa tem potencial e motivação para adquirir conhecimentos e desenvolver capacidade para cuidar de si e a

experiência adquirida ao longo da vida tem impacto na forma como cuida de si (Orem,2001).

De acordo com a mesma autora, esta teoria abrange os seguintes conceitos: o agente de autocuidado, a ação de autocuidado, os requisitos de autocuidado e a necessidade de autocuidado terapêutico.

O agente de autocuidado refere-se á pessoa que é capaz de cuidar de si própria e suprir todas as suas necessidades de autocuidado. Enquanto, a ação de autocuidado tem por base ações tomadas com motivação, deliberadas e apreendidas que dão resposta aos requisitos de autocuidado com objetivo da satisfação do autocuidado e manutenção do bem-estar. Relativamente, aos requisitos de autocuidado são os objetivos que os indivíduos devem ter quando realizam as atividades de autocuidado (Orem, 2001).

Os requisitos de autocuidado podem ser universais, de desenvolvimento e de desvio de saúde. Os requisitos universais de autocuidado são comuns a todos os seres humanos, sendo eles: a ingestão suficiente de ar, de água, de comida; tomar conta dos processos de eliminação; obter o equilíbrio entre a atividade e descanso; obter o equilíbrio entre a solidão e interação social; proteger-se dos perigos para a sua vida, funções corporais e bem-estar; promover o funcionamento e desenvolvimento humano normal integrado num grupo social, de acordo com o seu potencial e limitações (Orem, 2001).

Os requisitos de desenvolvimento derivam dos universais e relacionam-se com os processos de desenvolvimento ou quando surge uma nova condição, como por exemplo a gravidez. Estes representam as necessidades existentes para manter as condições para o desenvolvimento e maturação saudável do ser humano ou mitigar os efeitos de condições adversas (Orem, 2001).

Os requisitos de desvio de saúde referem-se aos requisitos que resultam de uma doença ou lesão, ou de situações que envolvam deficiências e incapacidades, em que haja alteração da condição de saúde, assim como dos tratamentos necessários (Orem, 2001).

De acordo com a mesma autora, é necessário procurar e assegurar ajuda dos profissionais de saúde se em situação de doença; reconhecer e tomar conta dos sinais e sintomas da doença, sem esquecer do seu impacto no desenvolvimento; cumprir as medidas de diagnósticos, terapêuticas e de reabilitação necessárias, com o propósito de prevenir ou tratar a doença, manter o funcionamento corporal adequado, corrigir as deformidades ou compensar as incapacidades; reconhecer e tomar conta dos efeitos dos tratamentos, não

esquecendo o seu impacto no desenvolvimento; modificar o seu autoconceito, aceitando a sua nova condição de saúde; aprender a viver com os sinais e sintomas da doença e com os efeitos dos tratamentos, assumindo um estilo de vida promotor do seu desenvolvimento pessoal.

E por fim, a necessidade de autocuidado terapêutico que resulta da soma das intervenções necessárias e da sua continuidade, a concretizar por si ou por outro num determinado período de tempo em resposta aos requisitos de autocuidado para satisfazer o autocuidado. A capacidade da pessoa dependente para o autocuidado e dos seus cuidadores para cuidar são adquiridas de acordo com as suas necessidades, pela educação, cultura, conhecimento científico e experiências vividas, durante o crescimento e desenvolvimento humano (Orem, 2001).

No entanto, existem fatores de domínio cognitivo (conhecimento da condição de saúde e as capacidades cognitivas necessárias para cumprir a ação de autocuidado), físico (capacidade física para realizar a ação de autocuidado), emocional ou psicossocial (atitude, valores, desejos, motivação e perceção de competência na realização da ação do autocuidado) e comportamental (aptidões necessárias para executar os comportamentos de autocuidado) que influenciam o processo de autocuidado da pessoa dependente (agente de autocuidado) e dos seus cuidadores (Orem, 2001).

A Teoria do Défice de Autocuidado descreve e explica a razão pela qual as pessoas necessitam de cuidados de enfermagem. O défice de autocuidado ocorre quando a pessoa não consegue dar resposta às suas necessidades de autocuidado, resultantes de limitações na sua capacidade de autocuidado ou aumento da exigência dos cuidados necessários (Orem, 2001).

O défice de autocuidado estabelece a relação entre a ação de autocuidado e as necessidades de autocuidado. Nesta relação, existem fatores condicionantes básicos, como: a idade, o género, o estádio de desenvolvimento, a condição de saúde, o meio sociocultural, o suporte de saúde, o meio familiar, os padrões de vida, os fatores ambientais, a disponibilidade e adequação dos recursos (Orem, 2001).

Diversos estudos concordam com Orem (2001) quando referem que as necessidades mudam durante a vida e podem ser influenciadas por fatores condicionantes básicos, tais como a idade, o sexo, o estado civil, a orientação sociocultural, as experiências pessoais da doença, a capacidade funcional e cognitiva, a satisfação com a vida, a autoestima, a

perceção da autoeficácia, os recursos que a comunidade oferece, tal como as condições de vida (Petronilho, 2012; Pinto, 2018; Bento, 2020).

A mesma autora identifica cinco métodos para ajudar as pessoas com défice de autocuidado, tais como: agir ou fazer para a pessoa (substituindo-a se necessário); guiar, orientar e adaptar; cuidar na vertente holística através de apoio físico e psicológico; proporcionar ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal e ensinar, no sentido de educar, capacitar a pessoa dependente e o cuidador, para manter a dignidade e a autonomia da pessoa com incapacidade (défice do autocuidado).

Em Portugal, a primeira ajuda da pessoa dependente pode advir numa primeira fase dos cuidadores familiares e amigos que assumem o papel de agentes de cuidados a pessoas dependentes (Bento, 2020). E numa segunda fase, dos profissionais de saúde, em particular dos enfermeiros, que dão resposta às necessidades das pessoas com défice de autocuidado.

Após a avaliação deste défice, o enfermeiro adapta as suas intervenções que visam suprimir ou minimizar o efeito do défice no autocuidado na saúde e bem-estar das pessoas (Petronilho, 2012).

A Teoria dos Sistemas de Enfermagem descreve e explica as relações de ajuda entre a pessoa dependente e o enfermeiro que devem ser mantidas para que se prescrevam cuidados de enfermagem que respondam às necessidades de autocuidado terapêutico da pessoa dependente (Orem, 2001).

Os sistemas de enfermagem são definidos como um conjunto de ações de planeamento e execução que visam o cuidado ao indivíduo com diferentes graus de dependência e a promoção do seu autocuidado. Nesta teoria, o processo de enfermagem é considerado um método de identificação das necessidades e de definição das responsabilidades da pessoa dependente ou do enfermeiro para satisfazer as suas necessidades (Orem, 2001).

Para Petronilho (2012), o sistema de enfermagem é concebido baseado nas necessidades de autocuidado e na capacidade da pessoa no desempenho do autocuidado, quando existe um défice de autocuidado.

Orem (2001) identifica três sistemas de enfermagem que suporta a ação de autocuidado terapêutico implementada pelos enfermeiros, tais como: o sistema totalmente compensatório, o sistema parcialmente compensatório e o sistema de apoio e educação.

O sistema totalmente compensatório caracteriza-se pela ação exclusiva da equipa de enfermagem para substituir a pessoa em todas as suas atividades. Deste forma, o enfermeiro suprime as necessidades de autocuidado terapêutico pela pessoa, compensando a sua incapacidade através do seu apoio e proteção (Orem, 2001).

O sistema parcialmente compensatório surge quando o enfermeiro e a pessoa dependente executam ações de autocuidado. Neste caso, o indivíduo é capaz de realizar algumas atividades de forma autónoma, contudo necessita de ajuda do enfermeiro naquilo que o individuo não é capaz de realizar por si. Por exemplo, um utente que é independente no autocuidado alimentar-se, mas dependente parcial, no autocuidado higiene corporal (Orem,2001).

O sistema de apoio e educação é útil quando o indivíduo é capaz de realizar o autocuidado, mas necessita da ajuda da equipa de enfermagem para o ensinar e supervisionar na realização das suas ações de forma adequada, ou seja, com este sistema o enfermeiro promove o autocuidado através de ações do tipo ensinar, instruir e treinar, prevenindo o défice na pessoa (Orem, 2001).

Em concordância Petronilho (2012), refere que a teoria dos sistemas de enfermagem mostrou que um sistema de enfermagem desenvolvido pelos enfermeiros é baseado nas necessidades de autocuidado e no potencial da pessoa dependente para o desempenho das atividades do autocuidado. Em particular, as necessidades de cuidados de enfermagem surgem quando existe um défice de autocuidado entre o que a pessoa doente pode realizar e o que necessita de ser realizado para manter o funcionamento pretendido.

Também por esta razão, a finalidade da intervenção da enfermagem nestes casos é garantir o cuidado do indivíduo e promover o autocuidado naquilo que ele é capaz de realizar por si. Neste processo de promoção do autocuidado da pessoa dependente, os seus cuidadores também devem ser alvo de intervenção de enfermagem para serem capazes de cuidar do indivíduo dependente em situações de transição saúde-doença.

1.2.TEORIA DAS TRANSIÇÕES

A teoria das transições de Meleis (1975; 1985; 1986; 1991), facilitou a compreensão do fenómeno que ocorre na transição saúde-doença da pessoa dependente e na transição do familiar da pessoa dependente para o papel de cuidador.

A transição surge como conceito central de enfermagem, uma vez que, o propósito dos enfermeiros é facilitar os processos de transição das pessoas que cuidam ao longo ciclo vital, de forma a melhorar a sua saúde e bem-estar. Neste âmbito, a transição é definida como "*a passagem de uma fase de vida, condição ou estado para outro, é um conceito multidimensional que engloba os elementos do processo, o intervalo de tempo e as perceções. O processo sugere fases e sequência, o intervalo de tempo indica um fenómeno em curso, mas limitado e a perceção tem a ver com o significado da transição para a pessoa que a experimenta"* (Meleis, 2010, p. 25).

A teoria sobre as experiências de transições proposta por Meleis (2010) constitui um conjunto de dimensões, tais como: os tipos de transição, os padrões da transição, as propriedades da transição, os fatores pessoais e ambientais, os padrões de resposta (indicadores de processo), os indicadores de resultado e as terapêuticas de enfermagem.

Os tipos de transição podem ser de: desenvolvimento (desenvolvimento do ciclo vital); de situação (alterações vivenciais); do estado saúde/doença (recuperação da saúde), situacionais (mudanças nos papéis) e organizacionais (mudanças dentro de organizações que têm influência na saúde e bem-estar).

As transições de desenvolvimento ocorrem quando associadas às fases do ciclo de vida, como é exemplo, o fenómeno da transição da pessoa associado à dependência no autocuidado e o processo de envelhecimento. As transições de saúde-doença surgem também associados ao fenómeno da dependência no autocuidado (Petronilho et al., 2017; Gonçalves, 2015; Petronilho, 2013; Brito, 2012). As transições situacionais acontecem quando existem mudanças nos papéis, padrões de comportamentos estabelecidos, nas expetativas e na aquisição de novos conhecimentos e habilidades, como a transição para o exercício do papel de prestador de cuidador. E as transições organizacionais advêm quando existem mudanças nas lideranças das equipas de trabalho, por exemplo.

Os padrões da transição que podem ser: simples, em que as pessoas apenas estão sujeitas apenas a uma transição num determinado período ou múltiplas, quando os indivíduos

experienciam mais do que uma transição. Por exemplo, a transição da pessoa associada à dependência no autocuidado por motivo de doença e, em simultâneo, a transição associada à reforma.

As propriedades da transição são: a consciencialização, o envolvimento, as mudanças e diferenças, o intervalo de tempo e os pontos críticos e eventos.

A consciencialização está relacionada com a perceção, o conhecimento e o reconhecimento da experiência da transição, reconhecimento do que mudou (Brito, 2012). O reconhecimento e a aceitação da dependência no autocuidado é um processo de consciencialização e uma experiência individual para cada pessoa.

O envolvimento demonstrado pela pessoa é um processo intrínseco à transição, em que a pessoa inicia o consumo de recursos próprios que levam á transição, como por exemplo, quando a pessoa com dependência no autocuidado começa a questionar o que deve aprender ou adquirir a para chegar a uma determinada finalidade ou estado de saúde.

As mudanças e diferenças que são sentidas nas transições fazem parte de um processo natural ao longo do ciclo de vida do indivíduo. No entanto, é importante salientar que apesar de todas as transições envolverem mudança, nem todas as mudanças estão relacionadas com a transição.

O intervalo de tempo é considerado porque as transições são caracterizadas por fluxo e movimento ao longo do tempo. E os pontos críticos e eventos marcantes podem dar origem às transições, como o nascimento, a morte, o diagnóstico da doença ou o período imediato ao regresso a casa do familiar dependente.

Os fatores pessoais e ambientais podem ser facilitadores ou inibidores das transições. Meleis et al. (2000) identificaram diversos fatores, como as condições pessoais, da comunidade e da sociedade.

Relativamente aos fatores pessoais, estes referem-se ao significado atribuído ao evento, podendo precipitar a transição e, deste modo, ser um fator facilitador ou inibidor da transição. Por outro lado, as crenças culturais e a atitude das pessoas dependentes do autocuidado e os seus cuidadores face à sua condição e aos produtos de apoio, podem condicionar as próprias transições.

O status socioeconómico que se refere á capacidade económica das famílias para aceder aos recursos necessários para assegurar os cuidados aos dependentes, será um fator decisivo das transições.

A preparação e o conhecimento, quando adequado permite antecipar e preparar a experiência da transição, sendo um fator facilitador da própria transição vivenciada pelos indivíduos.

Os fatores associados à comunidade e sociedade dizem respeito aos recursos disponíveis, como o apoio e aconselhamento dos pares, amigos, vizinhos, profissionais de saúde, produtos de apoio, económicos, equipamentos sociais ou instituições de saúde.

Os padrões de resposta referem-se aos indicadores suportados pelas manifestações das transições ao longo do tempo, indicam a direção das transições de modo saudável ou de modo de maior vulnerabilidade. Neste sentido, nos indicadores de processo, temos como dimensão, sentir-se conectado perante a experiência de transição. Por este motivo, é tão importante sentir e contar com novos apoios e continuar com os apoios de que já se tinha antes transição por parte dos familiares, dos amigos, da rede social e de saúde.

Outro indicador a salientar, é a interação que existe com os profissionais de saúde, familiares ou amigos, os comportamentos, deste modo estes são integrados e reconhecidos como responsáveis no exercício do seu papel, nomeadamente, da pessoa dependente e do cuidador. Nesta interação, também é importante que a pessoa dependente e seus cuidadores em parceria com os profissionais de saúde possam desenvolver confiança e mecanismos de coping, como um indicador de processo.

Os indicadores de resultado refletem o grau de aproximação ou não da experiência de transição com a qualidade de vida percecionada pelos indivíduos, tais como, a mestria e a integração fluída da nova identidade.

A mestria é concetualizada como a necessidade de desenvolver novas habilidades e comportamentos para gerir o processo de transição, tais como reconstrução da autonomia, tomar decisões, providenciar ações, fazer ajustamentos, acesso aos recursos, capacidades instrumentais, trabalhar em colaboração com os profissionais de saúde, negociar com o sistema de saúde. Enquanto, a integração fluida da nova identidade surge após a experiência da transição e a reformulação da identidade que permite a uma melhor adaptação.

A integração por parte das pessoas dependentes de novas experiências, novos contextos culturais, económicos, sociais, políticos e de novas competências, transformam a sua identidade, o que proporciona melhores condições para que a experiência de transição seja saudável. No entanto, a avaliação do momento em que a transição está completa é variável e depende do tipo de mudança ou do evento que dá início à transição, bem como, da natureza e os padrões da transição.

As terapêuticas de enfermagem vão para além das intervenções de enfermagem, uma vez que se referem à intencionalidade colocada nas ações de enfermagem (Meleis, 2010). Neste âmbito, podemos considerar que as terapêuticas de enfermagem são por exemplo: antecipar o suporte necessário às famílias através da demonstração de disponibilidade profissional em tempo útil e sistematizado; promover a coesão familiar; promover a consciencialização do que mudou ou está a mudar; dar um melhor sentido ao significado pessoal atribuído à aquisição de dependência; avaliar os recursos disponíveis; advogar a utilização de equipamento adaptativo e de recursos na comunidade; promover conhecimentos e capacidades no uso de estratégias adaptativas ou equipamento adaptativo para o autocuidado; facilitar a tomada de decisão das pessoa com dependência e das família; facilitadores da reconstrução da autonomia da pessoa dependente e promover e desenvolver as competências no tomar conta por parte dos cuidadores (Brito 2012; Petronilho, 2013).

Desta forma, considerando que a dependência no autocuidado é uma transição de saúde-doença ou de desenvolvimento, as terapêuticas de enfermagem podem ser observadas como intervenções de enfermagem, suportadas nas necessidades de cuidados de enfermagem previamente identificadas, com o propósito de facilitar esta transição para que a pessoa volte a conquistar uma condição de equilíbrio, saúde e bem-estar.

Quando a pessoa dependente experimenta uma transição do estado de saúde-doença, existem alterações no estado de saúde que podem gerar a passagem da independência no autocuidado para uma situação de dependência. Esta transição pode ser de instalação súbita e limitada no tempo ou de instalação gradual consoante o agente causal da dependência como as doenças crónicas, agudas, acidentes ou a diminuição das capacidades funcionais associadas ao envelhecimento. Enquanto, o cuidador vivencia uma transição de situação de membro da família ou amigo para membro prestador de cuidados, ou seja, cuidador da pessoa dependente no autocuidado.

O fenómeno da transição da pessoa com dependência no autocuidado pode resultar do processo natural de envelhecimento ou de eventos críticos como a doença que levam os indivíduos a experimentar transições em que os cuidados de enfermagem podem contribuir de modo benéfico para o bem-estar e qualidade de vida. Partindo do pressuposto, que a transição da pessoa com dependência no autocuidado tem consequências nas atividades de vida diárias, particularmente, pela mudança nas rotinas e nos hábitos de vida dos indivíduos.

Um exemplo destas consequências, é desequilíbrio no seio das famílias, como uma mãe que tem de cuidar de um filho adulto, ou um filho que tem de cuidar de uma mãe, nomeadamente quando desenvolvem vivências de tristeza, solidão e até mesmo de depressões recorrentes (Pinto,2018).

Na perspetiva de Meleis et al. (2000), as mudanças na vida das pessoas promovem processos de transição que as torna mais vulneráveis e expostas a riscos que poderão afetar a sua saúde e o seu bem-estar. Por este motivo, é fundamental que os enfermeiros reconheçam três indicadores de transições saudáveis relevantes em todos os tipos de transição, tais como, uma sensação de bem-estar subjetiva, o domínio de novos comportamentos (mestria) e o bem-estar das relações interpessoais.

Contudo, para que estes cuidados prestados pelos cuidadores familiares sejam eficazes, os mesmos exigem conhecimentos e competências de enorme complexidade e intensidade (Meleis, 2010).

Assim, compreendemos que a enfermagem, e em particular a enfermagem de reabilitação ao aplicar a teoria do autocuidado de Orem e a teoria das transições de Meleis, promove a aquisição de capacidades da pessoa com dependência funcional e dos seus cuidadores para a reconstrução do autocuidado e contribui para uma transição saúde-doença saudável da pessoa após um acontecimento gerador de dependência no autocuidado, tornando os cuidadores familiares mais competentes a gerir os novos desafios de saúde durante o ciclo vital.

2 – A PESSOA COM DEPENDÊNCIA NO AUTOCUIDADO NUMA ECCI

Nas últimas décadas, a demografia nos países desenvolvidos, em particular em Portugal, tem vindo a mudar, sendo evidente um envelhecimento da população resultado da diminuição do índice de natalidade, da diminuição da taxa de mortalidade e do aumento da esperança de vida (Instituto Nacional de Estatística, 2017; Ministério da Saúde, 2018).

É de destacar, que o índice de envelhecimento, em Portugal em 2015 era de 147 e estima-se que 2080 seja 317, ou seja, nos próximos 60 anos duplica o índice de envelhecimento e estima-se que existam 317 pessoas com mais de 65 anos por cada 100 jovens com menos de 15 anos. Em 2080, estima-se que existirão o triplo de idosos em relação aos jovens (INE, 2017). Perante estes dados estatísticos, é claramente visível que em Portugal a população está envelhecida, sendo que em 2018 já existia mais de um milhão de portugueses com mais de 75 anos (INE, 2017; MS, 2018). O índice de envelhecimento médio nos concelhos que constituem o ACES Baixo Mondego era, em 2019, de 230,7 sendo o nacional de 161, o que significa que o ACES apresenta uma população envelhecida mais envelhecida que a média nacional (FFMS, 2020).

Por outro lado, com a evolução do conhecimento científico e técnico nas ciências da saúde nas últimas décadas, podemos observar o aumento da assistência em saúde e a eficácia dos tratamentos, o que permitiu o aumento significativo das doenças crónicas e a sobrevivência de mais doentes, durante mais anos. No entanto, com mais incapacidades e com maior nível de dependência na satisfação das necessidades individuais. (Gonçalves, 2015; MS, 2018). Em Portugal, acrescido ao problema do envelhecimento da população, a população envelhecida é também pouco saudável, sofrendo de doenças crónicas (MS,2018; OPSS, 2018).

A conjugação do desenvolvimento da ciência e da sociedade, nos últimos anos em Portugal, bem como noutros países desenvolvidos, tem conduzido ao aumento da esperança média de vida, do envelhecimento da população, da prevalência das doenças crónicas e por sua vez, ao aumento de pessoas com dependência no autocuidado, principalmente nos idosos, dependendo de terceiros ou de equipamento para as suas necessidades. Esta realidade tornou-se um desafio para os cuidadores da pessoa dependente no autocuidado, o que os leva a procurar respostas sociais e de saúde ajustadas às necessidades de autocuidado (Brito, 2012; Petronilho, 2013; Filipe, 2015; Gonçalves, 2015; OPSS, 2015; Petronilho et al., 2017; Petronilho, Pereira e Silva, 2017; MS, 2018).

2.1 - CARACTERIZAÇÃO DA PESSOA DEPENDENTE NO AUTOCUIDADO

Na caraterização da pessoa dependente, podemos ter por base concetual o que o Decreto-Lei 101/2006, de 6 de junho, considera como dependência:

"(…) a situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas, pós-traumáticas, deficiência, doença severa e ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as atividades da vida diária".

Esta definição salienta que a dependência não é apenas motivada pela incapacidade física da pessoa, mas também pelas dificuldades familiares e pela escassez de apoios sociais (Gomes & Martins, 2016). O conceito de dependência consiste num estado, permanente ou temporário, em que as pessoas se encontram por falta ou perda de independência física, psíquica ou intelectual, têm a necessidade de uma assistência e/ou de ajuda para realizar as atividades de vida diária. Estas atividades estão associadas á capacidade de autonomia do indivíduo tanto ao nível do autocuidado como também ao nível da participação social enquanto cidadão de plenos direitos. Este facto, ajuda-nos a compreender a dificuldade de dissociação entre o conceito de autonomia e independência (Nogueira, 2009).

Quando existe dependência, o enfermeiro como cuidador formal necessita de preparar antecipadamente o cuidador informal para assumir a responsabilidade dos cuidados, que era desempenhado pela pessoa antes da situação de dependência e para desenvolver em parceria com o mesmo, alguns cuidados básicos de suporte ao autocuidado. Este trabalho de equipa deve ser organizado baseado nos objetivos que se pretendem obter em termos de independência e autonomia. A autonomia remete-nos para a capacidade da pessoa em manter o seu poder de decisão, enquanto a independência se refere á capacidade da pessoa em executar as atividades básicas de vida diária ou atividades instrumentais do dia-a-dia, de forma satisfatória, sem ajuda de outrem (Gomes & Martins, 2016). Araújo, Paúl e Martins (2011), acrescentam que a dependência de uma pessoa envolve o recurso a um cuidador que pode ser familiar ou não, podendo este desempenhar este papel por tempo indeterminado, de acordo com as necessidades da pessoa dependente.

Gonçalves (2013) refere que o fenómeno da dependência apresenta dois quadros, um que se organiza tendo em conta o nível elevado de dependência no autocuidado da pessoa

dependente e outro que é estruturado a partir da ação do cuidador familiar centrada na promoção do autocuidado da pessoa dependente.

De acordo, com o mesmo autor, as consequências da dependência no autocuidado são preocupantes para o próprio indivíduo e para os cuidadores familiares, porque quadros complexos podem gerar manifestações como, desidratação, desnutrição, úlceras de pressão, rigidez articular, obstipação entre outras. Neste caso, a avaliação realizada pela equipa de enfermagem, identificando a presença de alterações a nível nutricional, intestinal, respiratório, perfusão de tecidos e outros aspetos como a rigidez articular pela alteração da mobilidade e a higiene e conforto, pode ser benéfico por um lado pelo reconhecimento do desvio de valores do padrão da normalidade. E por outro lado, pela educação para saúde realizada pela enfermagem à pessoa dependente e ao cuidador familiar pode contribuir para preservar a independência possível no autocuidado, facilitando a transição saudável para o papel de cuidador.

Nesta linha de pensamento, Rocha (2015) evidenciou a existência de um grande número de pessoas dependentes que necessitam de ajuda dos membros familiares prestadores de cuidados para realizar todos os autocuidados. Estas pessoas apresentavam-se circunscritas a permanecer continuamente na cama, por incapacidade para movimentar o corpo de um lado para o outro e para mudar a sua posição no leito. Deste modo, estes dados permitiram verificar a presença de dois tipos de famílias que integram dependentes no autocuidado e as necessidades em cuidados de enfermagem. Por outro lado, verificou-se que a presença elevada de pessoas com dependência no autocuidado reflete-se no compromisso dos processos corporais, como a rigidez articular, a presença de úlceras de pressão e os sinais aparentes de desidratação.

A dependência caracteriza-se por três fatores, tais como, a limitação física, psíquica ou intelectual; a incapacidade para realizar por si as atividades de vida diária e a necessidade de assistência ou cuidados por parte de terceiros (Gomes & Martins, 2016). E é considerada um dos juízos clínicos mais atribuídos pelos enfermeiros ao domínio do autocuidado (Petronilho 2013, Brito 2012), sendo definida como "estar dependente de alguém ou alguma coisa" (ICN, 2016, p.107).

Por outro lado, este conceito também é referido, muitas vezes, como um compromisso do desempenho da ação de autocuidado, em que o compromisso é definido como um "um estado julgado como negativo, alterado, comprometido ou ineficaz", (ICN, 2016, p.93),

em que a pessoa não é capaz de realizar as ações de autocuidado ou necessita de ajuda de pessoas ou de equipamento adaptativo para poder satisfazer as suas necessidades de autocuidado (Gonçalves, 2015).

O autocuidado pode ser caraterizado como um cuidado aprendido e intencional realizado pela própria pessoa, provido de decisão, para tratar do necessário para manter-se operacional, e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e lidar com atividades de vida diárias, por forma a manter a saúde e o bem-estar (Orem 2001; ICN, 2016).

Petronilho (2012) defende que o autocuidado consiste na compreensão, na capacidade e nos comportamentos das pessoas em realizarem atividades práticas que visam a promoção e manutenção da saúde, a prevenção e a gestão das doenças. No entanto, o autocuidado também é considerado um resultado de saúde sensível aos cuidados de enfermagem com efeito positivo na promoção da saúde e bem-estar das populações. Durante a investigação deste autor, este verificou que durante o processo de saúde-doença e de desenvolvimento ao longo do ciclo vital estão presentes fatores físicos, cognitivos, psicológicos, sociodemográficos, sociais, espirituais, culturais e económicos determinantes do autocuidado, ou seja, que influenciam as pessoas e famílias a integrarem diariamente comportamentos e atividades que promovam o autocuidado.

Os fatores físicos referem-se á força muscular, equilíbrio corporal, o tónus muscular, ou seja, á sua funcionalidade. Os fatores cognitivos estão relacionados com a facilidade de adaptação a novos contextos, a perspicácia, a perceção de autoeficácia e assimilação de ordens. Os fatores psicológicos remetem-se para a resposta que ocorre perante o obstáculo, a motivação e a aptidão para a aprendizagem.

Neste âmbito, o processamento emocional da situação é importante para que o utente ultrapasse as dificuldades o que facilita o processo de adaptação, minimize o peso psicológico da doença, evite o isolamento e previna complicações. Por exemplo, uma pessoa com dependência no autocuidado pode estar na fase de negação durante o seu processo de transição, frequentemente causada por vivências passadas negativas, pela educação, genética e pela personalidade.

Este individuo tende a percecionar as experiências negativas face á transição saúde-doença, envelhecimento, insatisfação com a vida e rejeição na dependência do

autocuidado. Por estes motivos, a falta de controlo emocional tanto do dependente como do cuidador, dificulta todo o plano de reabilitação.

Na prática, perante as dificuldades o utente com baixa eficácia, falta de motivação e baixa auto-estima tem maior propensão de abandono. No entanto, cabe ao Enfermeiro de Reabilitação trabalhar o controlo emocional através de técnicas de relaxamento e de motivação para aumentar a eficácia do plano terapêutico implementado. E os fatores sociodemográficos incluem a idade, o sexo, a educação, os recursos económicos, posição social e o estilo de vida. E finalmente, os fatores socioculturais dizem respeito ao contexto familiar e as relações interpessoais, ao suporte social e financeiro, acessibilidade aos recursos, a literacia, as crenças, práticas culturais e religiosas (Pinto, 2018).

Por outro lado, existem diversos fatores que promoveram o autocuidado como foco de atenção, no domínio da saúde, tais como: o aumento da prevalência de doenças crónicas relacionadas ao envelhecimento da população; a mudança de paradigma com o progresso de uma perspetiva de cuidados curativos para uma maior abordagem nos cuidados norteados para a promoção da saúde; a economia da saúde, determinada pela limitação de recursos e o foco direcionado para a contenção de custos para a diminuição do tempo de internamentos hospitalares e a gradual pertinência dos cuidados de proximidade, em contexto domiciliário, com a necessidade de capacitar as pessoas para uma melhor adaptação aos desafios de saúde e o maior consumo de informação por parte dos cidadãos, tornando-os mais capazes de tomar decisões sobre as questões da saúde e estratégias de intervenção, maior exigência no controlo da saúde, envolvimento ativo e maior motivação para melhorar a sua saúde e o bem-estar (Wilkinson & Whitehead, 2009; Sidani, 2011).

Em resposta a estas mudanças, o autocuidado assume outra dimensão importante na saúde e do bem-estar dos cidadãos, principalmente nos grupos mais vulneráveis, por quatro motivos, nomeadamente, pela instabilidade do comportamento das patologias e do seu tratamento no decorrer do tempo; pela necessidade das pessoas serem eficientes na identificação e controlo de sinais e sintomas da doença crónica; pela necessidade das pessoas adquirirem comportamentos e atividades promotores de equilíbrio físico e mental (por exemplo, a dieta saudável, a prática de exercício físico, regime medicamentoso, autovigilância, estratégias de autocontrolo) e pela necessidade de apoio real e percecionado pelos familiares, amigos, vizinhos e profissionais de saúde como recurso decisivo para a promoção da saúde e gestão favorável dos processos de doença (Petronilho,2013).

O International Self- Care Foundation justifica com base na evidência científica sete pilares ou domínios para o autocuidado, tais como: literacia em saúde, consciencialização, atividade física, alimentação saudável, prevenção ou controlo de riscos, higiene e uso racional e responsável de produtos e serviços. (Martins & Rocha, 2016).

Nesta linha de pensamento, o foco do desenvolvimento do autocuidado deverá ser sempre a pessoa dependente, atendendo às suas dificuldades e também às potencialidades existentes, com um planeamento de intervenções de enfermagem precoces. Portanto, a dependência no autocuidado apresenta-se como elemento primordial no processo de cuidados de enfermagem que visa capacitar a pessoa no desempenho das atividades que constituem os domínios do autocuidado, tais como, o domínio cognitivo, físico, emocional e do comportamento (Marques-Vieira & Sousa, 2017).

O estudo do fenómeno da dependência no autocuidado realizado a nível nacional, pela comunidade científica permitiu demonstrar que são necessárias novas políticas de saúde que responsabilizem a pessoa e suas famílias para cuidarem de si próprios em relação às atividades de vida diária e para procurar comportamentos de saúde definidos com ajuda de profissionais de saúde que visem a capacitação da pessoa dependente e dos seus cuidadores com maior eficácia nos processos de transição saúde-doença, durante o ciclo de vida (Bento, 2020; Gonçalves 2015; Rocha 2015; Costa 2013; Petronilho, 2013).

Em termos estatísticos, estima-se que em Portugal, existem 110 355 pessoas dependentes no autocuidado nos domicílios, e destas 48 454 serão pessoas dependentes "acamadas" (OPSS, 2015). As pessoas acamadas apresentam-se em situação de grande fragilidade, com níveis elevados de dependência e apresentam risco de complicações associadas aos processos corporais como: rigidez articular; desidratação, quedas; compromisso respiratório; úlceras por pressão, entre outros, que acarretam exigências complexas ao cuidador para tomar conta (OPPS, 2015; Gonçalves 2015; Rocha 2015; Costa 2013; Petronilho, 2013).

Deste modo, podemos concluir que a dependência no autocuidado é causada por compromisso dos processos corporais e/ou mentais, contudo sem um suporte assistencial face às verdadeiras necessidades, a própria dependência promove a deterioração dos processos corporais e mentais (OPPS, 2015).

2.2 - REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) surgiu para dar respostas às necessidades em saúde da população, apoiando-se numa aposta clara de acompanhamento das pessoas dependentes no autocuidado e/ou no desenvolvimento de competências dos cuidadores para tomar conta (Decreto-lei nº 101, 2006).

A missão da RNCCI assenta na prestação cuidados de saúde e de apoio social às pessoas em situação de dependência e tem como modelo conceptual baseado na promoção de autonomia da pessoa em situação de dependência e recuperação das funcionalidades afetadas pela situação de saúde, permitindo a continuidade de cuidados.

Esta integra a Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) que segundo o Decreto-Lei nº28/2008, são unidades funcionais do agrupamento de centros de saúde (ACES) vocacionadas para atuar na comunidade e capazes de mobilizar competências instaladas noutras unidades, com objetivo de prestar cuidados de saúde a indivíduos, famílias e grupos com necessidades especiais de cuidados de saúde, através de intervenções específicas nos domicílios e na comunidade que atuam na prevenção, na promoção e na proteção da saúde.

As Unidades de Cuidados na Comunidade são coordenadas por um enfermeiro e integram as equipas de cuidados continuados integrados (ECCI) e as equipas de suporte em cuidados paliativos (ECSCP), no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), podendo também integrar a equipa de coordenação local (ECL). Neste âmbito, as ECCI são *"equipas multidisciplinares da responsabilidade dos Cuidados de Saúde Primários e das entidades de apoio social, para a prestação de serviços domiciliários, decorrentes da avaliação integral, de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social, ou outros, a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal, ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento, mas que não podem deslocar-se de forma autónoma*" (Diário da República nº 101/2006 de 6 de junho, p.3862).

Estas equipas domiciliárias, destinam-se a "*pessoas em situação de dependência funcional transitória ou prolongada, que não se podem deslocar de forma autónoma, limitação funcional grave ao longo do ciclo de vida, que reúnam condições no domicílio que permitam a prestação dos cuidados"* (Portaria 50, 2017, p.610).

O principal objetivo da ECCI é garantir progressivamente a prestação de cuidados domiciliários médicos e de enfermagem, de natureza preventiva, curativa, reabilitadora e ações paliativas, devendo as visitas dos profissionais serem programadas, regulares e terem por base as necessidades clínicas detetadas pela equipa, bem como, a resposta das necessidades do dependente e/ou família, em situação de agravamento súbito do seu estado de saúde; cuidados de fisioterapia; apoio psicológico, social e ocupacional envolvendo os familiares e outros prestadores de cuidados; educação para a saúde aos doentes, familiares e cuidadores; coordenação e gestão de casos com outros recursos de saúde e sociais e produção e tratamento de informação nos suportes de registo preconizados no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários e da RNCCI (Ministério da Saúde, 2007).

Estas equipas têm apoio dos recursos locais (humanos e outros) disponíveis, no âmbito de cada Centro de Saúde/ACES e do serviço local da Segurança Social, integrados com os outros serviços comunitários, nomeadamente as autarquias e integram os profissionais médicos, de enfermagem, de reabilitação, de apoio social e psicológico e outros destinados à prestação de cuidados no domicílio.

A prestação de cuidados no domicílio dos utentes integrados nas ECCI é realizada todos os dias do ano, no horário de funcionamento das 8 às 20 horas nos dias úteis e, consoante as necessidades, aos fins-de-semana e feriados e têm como finalidade, em concordância com o previsto no documento da Administração Central do Sistema de Saúde (Ministério da Saúde, 2007).

Este documento revela a constituição destas equipas para prestar cuidados domiciliários médicos e de enfermagem, de natureza preventiva, curativa, reabilitadora e ações paliativas, devendo as visitas dos profissionais serem programadas, regulares e terem por base as necessidades clínicas detetadas pela equipa. Neste sentido, esta equipa deve responder de acordo com as necessidades do dependente e/ou família, em situação de agravamento súbito do seu estado de saúde; prestar cuidados de fisioterapia; prestar apoio psicológico, social e ocupacional envolvendo os familiares e outros prestadores de cuidados; fazer educação para a saúde aos doentes, familiares e cuidadores; fazer a coordenação e gestão de casos com outros recursos de saúde e sociais e, a produção e tratamento de informação nos suportes de registo recomendados no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários e da RNCCI.

A prestação de cuidados no contexto domiciliário pela ECCI tem como população alvo pessoas em situação de dependência e seus cuidadores com necessidades de cuidados de saúde e de intervenção da enfermagem de reabilitação, com ou sem necessidade de apoio social, mas que integre um contexto sociofamiliar e uma situação de saúde em que a intensidade e complexidade dos cuidados permita a sua prestação no domicílio e que se encontre acamada a maior parte do tempo ou dependam de terceiros para a realização das atividades de vida diária ou que apresentem a impossibilidade temporária/permanente de se deslocar de forma autónoma para fora dos seus domicílios ou que, pela a intensidade dos cuidados de saúde que necessitam não possam ser cuidados pelas equipas das Unidades de Saúde Familiares a que pertencem.

Neste contexto do domicilio, é importante referir que estão excluídas do conjunto de cuidados das Unidade de Saúde Familiares, pela intensidade dos cuidados, pessoas cuja frequência da prestação de cuidados domiciliários necessários seja superior a uma vez por dia; exceda 1 hora e 30 minutos por dia e pelo menos três vezes por semana; tenham necessidade de cuidados fora dos dias úteis ou fora do horário compreendido entre as 8 e as 20 horas; tenham necessidades de cuidados que exijam um grau de diferenciação que exceda a equipa básica, como por exemplo, a fisioterapia, a psicologia e a terapia ocupacional.

No entanto, para haver uma coordenação, monitorização e avaliação eficazes das diferentes intervenções é nomeado para cada utente um gestor de caso, que corresponde ao profissional que num determinado momento gere e responde melhor às necessidades da pessoa dependente e que lhe serve de suporte na comunidade. Na maioria dos casos, este gestor de caso é o enfermeiro responsável pela implementação do plano individual de intervenção, que faz parte da ECCI.

É de realçar, que a criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados evidenciou as necessidades de cuidados de enfermagem das pessoas dependentes, considerando os cuidados de enfermagem como serviços a prestar de forma permanente.

Este facto, mostra que os cuidados de enfermagem são reconhecidos como fundamentais para prevenir o agravamento da condição de saúde, para a reabilitação e para a reconstrução da autonomia da pessoa dependente no autocuidado, bem como, para o ensino, instrução, supervisão e apoio do familiar prestador de cuidados (Rocha, 2015).

As principais razões de referenciação dos doentes para a RNCCI são a transição da pessoa com dependência no autocuidado e a transição relacionada com o exercício do papel de prestador de cuidados (Petronilho, 2013). Por estes motivos, também pode-se verificar que os cuidados de enfermagem são necessários e cruciais para a recuperação da saúde das pessoas com dependência no autocuidado no processo de transição saúde-doença.

No entanto, apesar da criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados (RNCCI) ter sido benéfica para mitigar algumas necessidades de saúde das pessoas dependentes no autocuidado e dos seus cuidadores, existem significativas assimetrias regionais na sua distribuição quanto ao número de vagas disponíveis (OPSS,2015).

Recentemente, o número de "*vagas da rede representarão menos 30% das necessidades atuais e ainda menos das expectáveis necessidades futuras relacionadas com o envelhecimento populacional em Portugal*" (OPSS,2015), o que poderá demonstrar alguns problemas relacionados ao processo de referenciação de doentes e injustiça na acessibilidade (Araújo & Martins, 2016).

Por outro lado, segundo os mesmos autores, o tempo que demora entre a referenciação dos doentes e a identificação da vaga na RNCCI é muito elevado. Este facto deve-se a uma baixa taxa de referenciação e á tentativa acrescida de empurrar o doente para o regresso ao domicílio (Petronilho, 2013).

Assim, a insuficiente resposta às necessidades da pessoa dependente em contexto domiciliário tem implicações no agravamento da saúde da pessoa dependente e no seu cuidador, na pessoa dependente traduzida pelo agravamento da condição de dependência e agravamento na condição dos processos corporais e no cuidador traduzido pela sobrecarga, diminuição da confiança, da qualidade de vida e de stress associado a aprendizagem baseada na tentativa erro (Petronilho et al., 2017; OPSS, 2015; Parente 2015; Petronilho 2013).

A ausência de um acompanhamento de proximidade, no contexto domiciliário, por parte dos profissionais de saúde às pessoas dependentes e seus cuidadores, faz com que se sintam inseguras face às alterações das suas condições de saúde e recorram frequentemente serviço de urgência. A população de pessoas dependentes no autocuidado em Portugal representará cerca de 53 160 episódios de internamento e cerca de 129 508 episódios de recurso aos serviços de urgência, por ano. (OPSS, 2015).

3 - QUE CUIDADOS, QUE CUIDADORES?

Recentemente, assiste-se a um aumento das necessidades dos cuidadores de pessoas dependentes no autocuidado devido ao aumento da população dependente, que consequentemente levou ao aumento nos custos com a saúde e que afeta o sistema financeiro, social e de saúde das sociedades. As principais causas deste facto estão associadas á diminuição da taxa de mortalidade e natalidade, ao aumento da esperança média de vida incitados pelo progresso dos processos terapêuticos e pela melhoria das condições socioeconómicas das populações. Neste sentido, surge uma tendência acentuada para o aumento do número de pessoas com doenças crónicas que estão intimamente ligadas á transição saúde-doença vivenciada pela pessoa após um acontecimento gerador de dependência no autocuidado e á transição dos membros da família para o exercício do papel de prestador de cuidados, ou seja, cuidador familiar (Petronilho, 2013).

Numa fase inicial, algumas doenças crónicas, permitem que a pessoa seja capaz de gerir o seu regime terapêutico de forma autónoma. Porém, conforme a doença vai progredindo, aumenta a necessidade de suporte por parte de um familiar cuidador. Neste sentido, diversos estudos têm demonstrado a pertinência do envolvimento do cuidador na gestão do regime terapêutico do familiar. As componentes do regime terapêutico são diferentes consoante a condição de doença, o seu estádio, a sobreposição de condições e a situação global da pessoa. As componentes mais reconhecidas como tal, são: a medicação; a dieta ou ingestão hídrica; a atividade física ou exercício; a monitorização de sinais vitais; índice de glicemia e a oxigenoterapia. Enquanto que, as componentes menos reconhecidas, mas também importantes são: a gestão de sinais e sintomas (dispneia, incontinência); o uso de equipamentos (BiPAP; nebulizador); a prevenção de complicações (pé diabético; planeamento de atividade) e a utilização de recursos (Sousa & Bastos, 2016).

O envolvimento da família nas atividades de autocuidado em pessoas com doença crónica está associado a resultados positivos como: a redução significativa de reinternamentos aos 30 dias, 90 dias e 180 dias; o aumento da qualidade de vida percebida aos três, seis e doze meses; a maior adesão aos medicamentos e a comportamentos de autocuidado. Para que possa haver envolvimento do familiar cuidador. Para que possa haver envolvimento familiar, estes devem ser incluídos em três categorias de intervenção para a prestação de cuidados á pessoa dependente.

A primeira categoria visa promover o autocuidado do doente e suporte do cuidador, a segunda visa promover competências de coping do doente e cuidador; e a terceira visa a educação e suporte do paciente e cuidador. Em todas as categorias e com diferentes abordagens, os resultados esperados centram-se no desenvolvimento de competências para o exercício do autocuidado, gestão da doença, incontinência, nutrição, prevenção de complicações e apoio ao desempenho do papel de cuidador familiar (Deek et al., 2016).

A família é a rede de apoio mais próxima da pessoa dependente no autocuidado que assume a responsabilidade de cuidador na organização, assistência e prestação de cuidados (Sousa, 2012). No entanto, a conceção de família sofreu grandes mudanças ao longo dos tempos, devido á emancipação da mulher no mundo do trabalho, que antes tinha um papel fulcral no cuidar da casa, filhos e pais, agora investe na sua formação ficando o cuidar para o segundo plano. E por esta razão, também se assiste a famílias sem filhos e sem retaguarda familiar (Sequeira, 2018).

Neste âmbito, surgem diferentes estruturas familiares, como por exemplo, a família constituída por casal e um filho; a família constituída por casal e dois ou mais filhos; grupo de pessoas que coabita e que consiste em mais do que apenas os pais e os filhos; figura parental única; mãe, pai ou outro cuidador e presença de uma ou mais crianças ou outros dependentes. A constituição da família e a profissão do cuidador da pessoa dependente são variáveis a considerar, quando verificamos que as famílias que apresentam maior potencial para integrarem pessoas dependentes em casa são aquelas que possuem núcleos familiares mais numerosos e maiores rendimentos económicos (Petronilho et al., 2015).

Apesar destas alterações estruturais das famílias, os cuidadores são expressivamente do sexo feminino (81,3%) em comparação com o valor de 18,8% do sexo masculino, têm, em média 55,3 anos, a maioria (86,3%) habita com o familiar dependente e o grau de parentesco mais representativo é filho(a) (42,1%) e marido/esposa (29,5%). Da totalidade dos cuidadores, 38,1% é pensionista/reformado e 21,7% está no desemprego. Em relação ao estado civil, 73,9% é casado ou em união de facto e 50% possui o 1º ciclo do ensino básico (Rocha,2015).

Teixeira et al. (2017) concorda com Rocha (2015) afirmando que os cuidados continuam a ser prestados principalmente por mulheres, com idades compreendidas entre os 45 e os 75 anos e com baixas habilitações académicas. Uma parte significativa dos cuidadores

está ainda em idade ativa, no entanto revela dificuldades/necessidades em conciliar o papel de cuidador no contexto domiciliário com as funções da atividade profissional (Teixeira et al., 2017). O papel do cuidador é muito importante na promoção da saúde e bem-estar da pessoa que cuidam, principalmente no autocuidado e nas atividades instrumentais de vida diária, fornecendo apoio emocional e bem-estar, assegurando a promoção da autonomia e a manutenção da sua qualidade de vida e da dignidade humana.

Neste ponto, é importante esclarecer a existência de dois tipos de cuidadores: o formal e o informal. O cuidador formal pode ser definido como um profissional de saúde preparado numa instituição de ensino para prestar cuidados no domicílio, segundo as necessidades específicas do cliente. Enquanto que, o cuidador informal é definido como algum membro da família ou da comunidade que presta qualquer tipo de cuidados a pessoas dependentes sem receber remuneração económica por isso, de acordo com suas necessidades específicas (Ferreira, 2012).

É de destacar que, os cuidadores informais poupam ao Estado 132 biliões de euros por ano e na Escócia 10,3 biliões de euros por ano (Carers UK, 2017). Esta realidade demonstra a vantagem económica com a presença de cuidadores informais na sociedade, no entanto é necessária a capacitação destes após uma avaliação prévia das suas necessidades, por parte da enfermagem para que sejam prestados cuidados de qualidade e permitam a recuperação efetiva da pessoa dependente nas atividades de vida diária.

Em 2019, o Estatuto do Cuidador Informal foi aprovado em Portugal, pela Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro, que consiste num "conjunto de normas que regula os direitos e deveres do cuidador e da pessoa cuidada e estabelece as respetivas medidas de apoio".

Para obter o reconhecimento do estatuto de cuidador informal, este tem que reunir determinadas condições, bem como, a pessoa cuidada. No domínio do cuidador informal, este tem que, conjuntamente, reunir as seguintes condições: residir legalmente em território nacional; ter idade superior a 18 anos; ter condições físicas e psicológicas adequadas aos cuidados a prestar à pessoa cuidada e ser cônjuge ou unido de facto parente ou afim até ao 4.º grau da linha reta ou da linha colateral da pessoa cuidada. Por outro lado, o estatuto do cuidador informal apenas pode ser reconhecido a um cuidador por domicílio.

No domínio da pessoa cuidada, esta tem que reunir as seguintes condições: estar numa situação de dependência de terceiros e necessitar de cuidados permanentes; não se

encontrar acolhida em resposta social ou de saúde, pública ou privada, em regime residencial e ser titular de uma das prestações sociais, como o complemento por dependência de 2º grau, o complemento de 1º grau, se temporariamente, se encontrar acamada ou necessitar de cuidados permanentes por estar em situação de dependência e o subsídio por assistência de terceira pessoa. Deste modo, o cuidador Informal refere-se sempre o cônjuge ou unido de facto, parente ou afim até ao 4.º grau da linha reta ou da linha colateral da pessoa cuidada, por exemplo, filhos, netos, bisnetos, trinetos, irmãos, pais, tios, avós, bisavós, trisavós, tios-avós ou primos.

O cuidador informal pode ser denominado principal e não principal. O cuidador informal principal é o cuidador informal que acompanha e cuida da pessoa cuidada de forma permanente, que com ela vive em comunhão de habitação e que não aufere qualquer remuneração de atividade profissional ou pelos cuidados que presta à pessoa cuidada. Enquanto, o cuidador informal não principal é o cuidador informal que acompanha e cuida da pessoa cuidada de forma regular, mas não permanente, podendo auferir ou não remuneração de atividade profissional ou pelos cuidados que presta à pessoa cuidada (Instituto Português da Segurança Social, 2021).

Por outro lado, é importante referir que a pessoa cuidada é considerada pelo Instituto da Segurança Social, I.P (2021), a pessoa titular de complemento por dependência de 2.º grau ou de subsídio por assistência de terceira pessoa, ou titular de complemento por dependência de 1.º grau, desde que se encontre, transitoriamente, acamado ou a necessitar de cuidados permanentes, mediante avaliação especifica do sistema de verificação de incapacidades permanentes, da segurança social.

A Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro antecipa o desenvolvimento de projetos-piloto que utilizem de forma experimental as medidas de apoio comuns ao cuidador informal e medidas de apoio específicas ao cuidador informal principal, enquadrados nas condições previstas no Estatuto.

As medidas de apoio comuns ao cuidador informal englobam: a assistência de profissionais de referência de acordo com as necessidades da pessoa cuidada para capacitar o cuidador informal na prestação dos cuidados; a presença de um plano de intervenção específico ao cuidador (PIE) realizado pelo profissional de referência da saúde, com colaboração do profissional de referência da segurança social e a participação ativa do cuidador informal e da pessoa cuidada; a participação do cuidador informal em

grupos de ajuda criados nos serviços de saúde; a presença de formação e informação ao cuidador informal adequada às necessidades da pessoa cuidada; a garantia de apoio psicossocial; a assistência no aconselhamento, acompanhamento e orientação; o direito ao descanso do cuidador informal; o direito á promoção da integração no mercado de trabalho após a cessação da prestação de cuidados; o direito á conciliação entre a atividade profissional e a prestação de cuidados e o direito ao estatuto do trabalhador-estudante.

O cuidador informal principal, para além das medidas de apoio comuns acima descritas, tem direito às seguintes medidas específicas, como, um subsídio de apoio; a inscrição no regime de seguro social voluntário e a promoção da integração no mercado de trabalho específicos através de apoios e intervenções técnicas promovidas pelo Instituto do Emprego e da Formação Profissional, I.P., que validam a sua inserção socioprofissional e o regresso ao mercado de trabalho. Contudo, um Relatório de Acompanhamento Trimestral sobre a implementação das medidas de apoio ao cuidador informal, do primeiro trimestre (2020), demonstra a presença de constrangimentos referentes ao reconhecimento do Estatuto e á implementação das medidas de apoio ao cuidador informal.

Um dos constrangimentos relevante para o nosso estudo, é o oitavo constrangimento que demonstra a necessidade de formação e supervisão dos cuidadores informais. Para avaliação das competências do cuidador informal, é importante que o profissional de referência e/ou equipa multidisciplinar avalie as condições em que a pessoa se tornou cuidador informal; há quanto tempo assumiu este papel de cuidador informal; que acompanhamento teve até aquele momento; de que forma adquiriu as competências para cuidar numa abordagem de apoio e não de julgamento (Associação Nacional de Cuidadores Informais – Panóplia Heróis, 2020 como referido pela Comissão de Acompanhamento, Monitorização e Avaliação Intersetorial, 2020).

Esta realidade demonstra que o cuidador familiar não constitui uma solução adaptada para todas as situações da pessoa dependente no autocuidado integrada no domicílio, sem recurso ao enfermeiro (Costa,2013). Neste contexto, o enfermeiro ao identificar as necessidades dos cuidadores informais, utilizando instrumentos de avaliação validados podem ajudar a formar e a supervisionar os mesmos através capacitação e formação dos mesmos na prestação de cuidados da pessoa dependente no autocuidado.

Apesar da existência do estatuto do cuidador informal e da implementação destes projetos-piloto ser um avanço colossal para o processo do cuidar em Portugal, estes não são suficientes para a complexidade da prestação de cuidados na pessoa dependente no autocuidado e para as múltiplas necessidades dos cuidadores informais nas ECCI.

O primeiro passo a ser dado para responder às reais necessidades dos cuidadores informais é ultrapassar dificuldades, como a morosidade burocrática para a aceitação do estatuto de cuidador informal, a desigualdade existente entre territórios de implementação dos projetos-piloto e a falta de recursos materiais e de profissionais de saúde especialistas para colmatar as necessidades dos cuidadores informais.

Assim, podemos afirmar que o estudo das necessidades dos cuidadores familiares das pessoas com dependência no autocuidado numa ECCI sendo do domínio da enfermagem é pertinente, para podermos dar respostas mais eficazes para a saúde e bem-estar dos cidadãos e dos seus cuidadores através de cuidados de enfermagem especializados na área de reabilitação.

As necessidades dos cuidadores familiares vão mudando á medida que estes integram e assumem o seu papel. Shyu (2000), citado por Gonçalves (2013) e Peixoto & Machado (2016), descreveu três fases no processo de adaptação ao papel do cuidador e identificou as principais necessidades do cuidador familiar percecionadas em três momentos. O primeiro momento refere-se às necessidades na fase de integrar o papel que inclui a informação de saúde, sobretudo sobre a condição de saúde do recetor de cuidados, os sintomas ou a gestão de emergências. O segundo momento corresponde às necessidades na fase de negociar o papel que integra a ajuda no domínio das capacidades para o autocuidado e para o controlo das emoções do recetor de cuidados. E o terceiro momento mostra as necessidades na fase de assumir o papel, em que o cuidador familiar apesar de exercer o seu papel de modo confortável e preparado para situações de emergência, necessita de suporte emocional, apoio em força de trabalho através da colaboração e disponibilidade de outras pessoas no cuidado ao familiar, o que leva á sua adaptação. Este processo de adaptação pode ser considerado uma transição vivenciada pelo cuidador familiar, que de acordo com a teoria de médio alcance de Meleis (2010) justifica os processos associados á velhice e a diversas situações de saúde-doença.

Um exemplo desta realidade dos cuidadores familiares, surge num estudo sobre a preparação do regresso a casa do utente desenvolvido por Petronilho (2007) quando se

verifica que os cuidadores familiares não estão preparados para dar resposta adaptada ás necessidades dos familiares dependentes, estando estes, a viver um processo de transição com a necessidade do exercício de um novo papel de cuidador, no contexto familiar. Neste âmbito, é indispensável conceber intervenções de enfermagem especializada para capacitar o cuidador familiar na aquisição de competências para *tomar conta* das pessoas dependentes no autocuidado e desta forma se adaptarem ao novo papel de prestador de cuidados (Schumacher, 1995; Schumacher et al., 2000; Shyu, 2000a, 2000b; Shyu et al., 2008; Petronilho, 2013).

Segundo a CIPE® Versão 2.0 (ICN, 2011), o conceito *tomar conta* é definido como: "Atender: Providenciar cuidados quando necessário" (p. 78). Por outro lado, o conceito de *papel de prestador de cuidados* refere-se ao "papel do indivíduo: interagir de acordo com as responsabilidades de cuidar de alguém, interiorizar a expetativa mantida pelas instituições de cuidados de saúde e profissionais de saúde, membros da família e sociedade relativamente aos comportamentos apropriados ou inapropriados do papel de um prestador de cuidados; expressar estas expetativas sob a forma de comportamentos e valores; sobretudo relativamente a cuidar de um membro da família dependente" (p.65).

Quando surge uma situação de dependência no autocuidado, é na família que a pessoa encontra o apoio necessário. Apesar da participação no cuidado á pessoa dependente ser da responsabilidade de toda a família, geralmente surge um membro que se assume como cuidador familiar. Este tem a função de prestar cuidados de saúde, assistindo ou executando as atividades de autocuidado, bem como, planear e gerir o processo de *tomar conta*. Deste forma, pode-se compreender que a participação ou a sua inexistência, podem-se revelar cruciais no processo de transição. Todavia, a qualidade dessa participação poderá influenciar muito o processo de reconstrução da autonomia. Por exemplo, cuidadores familiares mais experientes ou que estimulem o familiar dependente a satisfazer as necessidades de autocuidado estarão melhor preparados, mais motivados e mais perto de executarem bem os autocuidados. Por outro lado, os cuidadores familiares sem experiência ou mais paternalistas tendem a substituir o familiar dependente no autocuidado, com o objetivo de o proteger, o que dificulta o envolvimento da pessoa na reconstrução da sua autonomia (Brito, 2016).

Neste âmbito, os enfermeiros intervêm através da sua ação profissional com o objetivo de reduzir os efeitos do défice (dependência) no autocuidado. Perante este défice, torna-se fulcral que estes tenham a capacidade de avaliar o potencial de desenvolvimento dos

indivíduos recorrendo a instrumentos de avaliação adequados. Para assim, planear intervenções adaptadas às necessidades reais do dependente no autocuidado e do cuidador.

Martins & Gomes (2016), referem que o processo de avaliação multidimensional da pessoa deve ter em conta cinco componentes: a função cognitiva e saúde mental; a história pessoal, familiar e social, o estado funcional, a função social e o potencial de bem-estar e de qualidade de vida da pessoa. E por sua vez, a avaliação multidimensional da pessoa é orientadora do processo terapêutica e visa melhores resultados em saúde e evidenciar o trabalho do EEER na promoção da autonomia no autocuidado do dependente em parceria com o cuidador familiar.

Esta promoção da autonomia do autocuidado é realizada de modo terapêutico, estabelecendo uma relação de interajuda e de negociação, com o intuito de promover o autocuidado e reduzir complicações relacionadas com a dependência funcional (McEwen & Wills, 2009).

Nesta linha de pensamento, é de salientar que, como a maioria dos cuidadores informais são membros da família, é necessário que o EEER seja detentor de uma abordagem de intervenção centrada na família, tendo em consideração, o Modelo de Avaliação da Família de Calgary. Este modelo é constituído por três categorias principais: estrutural, de desenvolvimento e funcional. Cada uma destas categorias de avaliação familiar permite aos enfermeiros de reabilitação compreenderem a realidade familiar e melhorarem a sua intervenção (Ferreira, 2015).

A finalidade da intervenção da Enfermagem de Reabilitação é ajudar a família/cuidador informal a adaptar-se á situação patológica da pessoa dependente, capacitando-a na prestação de cuidados que visem a promoção da saúde e prevenção de complicações decorrentes das sequelas da doença.

Neste contexto, torna-se evidente a necessidade da discussão sobre a elaboração e implementação de um plano individua de cuidados que inclua a pessoa dependente e os seus cuidadores, visando a construção de uma estratégia de apoio e suporte para ele e para o doente, que possa minimizar os impactos gerados no âmbito familiar no qual estão inseridos. Nesta perspetiva, é imperativo que os profissionais de saúde integrem o cuidador como foco da produção do cuidado, para estabelecer um binómio indissolúvel entre a pessoa com incapacidades e seu cuidador. Desta forma, a produção do cuidado em

saúde deve estar voltada para esse binómio, considerando as necessidades de cuidados de ambos (Oliveira, Garanhani & Garanhani, 2011).

Os cuidadores familiares desempenham um papel fundamental na prestação de cuidados a pessoas idosas ou a pessoas dependentes que vivem em contexto comunitário. Apesar de existirem poucas estatísticas que apresentam o número de pessoas dependentes de outras para realizarem as suas atividades diárias, temos a perceção através dos resultados de algumas teses e relatórios oficiais (Gonçalves, 2013; OPSS,2015), que em Portugal a percentagem de famílias que asseguram cuidados a membros dependentes ou idosos vulneráveis é bastante significativa. Neste âmbito, os cuidadores familiares devem ser foco de atenção dos serviços de saúde por serem um grupo vulnerável em risco de numerosas e graves condições de saúde física e mental e por mostrarem parceria nos cuidados às pessoas que cuidam. Os profissionais de saúde ao avaliarem os cuidadores familiares identificam as suas potencialidades, aptidões, competências, bem como, as suas vulnerabilidades, necessidades e pontos críticos, a ter em consideração num plano de acompanhamento de pessoas dependentes. Por estas razões, as áreas que o enfermeiro deve avaliar nos cuidadores familiares são: o contexto; as perceções do familiar cuidador e da pessoa envolvida nos cuidados; os valores e preferências do familiar cuidador; o bem-estar e condição de saúde do familiar cuidador; as consequências e recompensas da prestação de cuidados; as competências e habilidades do familiar cuidador para assegurar os cuidados necessários e os recursos disponíveis para os cuidados (Araújo e Martins, 2016).

Existem diversos estudos sobre o papel dos cuidadores informais e pode concluir-se que, de um modo geral, todos convergem para o tema da sobrecarga do cuidador e das dificuldades vivenciadas durante o desempenho da sua função, bem como do comprometimento físico e psicológico decorrente deste papel. A promoção do bem-estar dos cuidadores e a prevenção de crises merece por parte dos profissionais de saúde uma atenção particular, pois deles dependem os doentes a seu cargo, bem como a sua permanência na comunidade (Saruga, 2016).

A confirmação da sobrecarga e outras consequências adversas relacionados ao cuidar de alguém em contexto domiciliário, desencadeou, nos últimos anos, com predomínio a partir da década de 80, programas de intervenção para ajudar os cuidadores a desenvolverem estratégias que assegurem uma maior qualidade de vida e bem-estar e em simultâneo, promovam uma melhor e eficaz continuidade de cuidados. Os programas

servem para prevenir e/ou reduzir a sobrecarga percecionada pelos cuidadores, recorrendo a um maior controlo dos impactos negativos que se deparam ao cuidar do seu familiar. As vantagens destes programas tornam-se evidentes na qualidade de vida dos cuidadores pelo desenvolvimento nas competências para cuidar e na diminuição da sobrecarga (Santos, Sousa, Brasil & Dourado, 2011).

A variedade de programas de apoio e intervenções direcionadas aos cuidadores familiares, podem ser classificadas quanto ás estratégias, nos seguintes tipos de intervenções a implementar com os cuidadores: apoio formal; intervenções educativas/programas educativos; programas de ajuda mútua/grupos de suporte/grupos de ajuda mútua; programas psicoeducacionais/intervenções psicoterapêuticas e *counseling* e programas multimodais ou multicompetentes (Peixoto & Machado,2016). Por exemplo, intervenções desenvolvidas em grupo destinadas a cuidadores informais, como grupos de ajuda mútua ou intervenções psicoeducativas, nos quais é dada a oportunidade aos membros para partilharem experiências e conhecimentos, têm vindo a demonstrar-se úteis no alívio da sobrecarga e na diminuição dos sintomas depressivos, bem como no favorecimento de comportamentos de saúde e de procura de apoio social, os quais colaboram para uma melhor qualidade de vida e satisfação com a tarefa de cuidar (Ribeiro, Almeida, Barbosa, Duarte & Brandão, 2017).

Nesta perspetiva, Vandepitte et al., (2016) realizaram uma revisão sistemática sobre a efetividade de diferentes estratégias de apoio a cuidadores informais de pessoas com demência e concluíram que as intervenções psicoeducativas levam comummente a resultados positivos para os cuidadores e atrasam a institucionalização permanente dos recetores desses cuidados; a terapia comportamental cognitiva diminui os pensamentos disfuncionais dos cuidadores e a terapia ocupacional diminui os problemas comportamentais entre os utentes e melhora a autoeficácia dos cuidadores. Em geral, essas intervenções ajustadas a cada pessoa produzem melhores resultados.

O apoio e orientação dos profissionais (cuidadores formais) assumem um papel fundamental. Este apoio deve ser prestado na medida das necessidades do cuidador informal e tendo por base a necessidade de cuidados do dependente. Pode ir desde a informação, formação e treino de competências e habilidades, até ao suporte e apoio ao cuidador como forma de prevenção da exaustão a que este muitas vezes está exposto. É obrigatório que o cuidador, à semelhança do utente, seja alvo prioritário das intervenções

da equipa de profissionais de saúde, avaliando as capacidades, necessidades e limitações deste para o desempenho do papel de cuidador informal (Saruga, 2016).

Nesta perspetiva, um estudo desenvolvido por Melo et al, (2014) classificou as necessidades do cuidador familiar em quatro categorias, tendo por base a Teoria das transições: os recursos comunitários e sociais, conhecimentos, aprendizagem e preparação, significado pessoal, crenças e atitudes e condição socioeconómica.

Na categoria de recursos comunitários e sociais, a necessidade de apoio familiar e social dos cuidadores é bastante evidenciada por diferentes autores. O apoio aos cuidadores como forma de responder a esta necessidade facilita todo o processo de transição, pelo acesso aos recursos disponíveis na comunidade e sociedade e pelo auxílio intrínseco aos grupos de apoio. No entanto, a privação de tempo que o cuidador tem para si próprio é visto como um fator inibidor pela falta de recursos que permitam intervalos de descanso na prestação de cuidados para dispor de tempo para as suas necessidades pessoais de lazer e socialização. A satisfação das necessidades ao nível dos recursos da comunidade e sociedade permite melhorar o relacionamento interpessoal no seio familiar e comunitário, promove o desenvolvimento de habilidades individuais facilitadoras do aumento da auto-estima, fortalecimento da identidade pessoal e facilita a integração do papel de cuidador (Melo et al, 2014).

Neste âmbito, atendendo á sobrecarga do cuidador inerente á atividade do cuidar a RNCCI apresenta, desde 2011, serviços que permitem o descanso do cuidador nas unidades de longa duração e manutenção. Esta tipologia de resposta proporciona o internamento temporário até 90 dias por ano da pessoa dependente, cujo objetivo principal é de colmatar as dificuldades do cuidador familiar, permitindo o seu descanso e a oportunidade de cuidar de si, ir de férias ou resolver problemas particulares. Em simultâneo, o seu familiar continua a receber cuidados de saúde e apoio social adaptados à sua condição de saúde. A admissão nestas unidades é decidida pelas equipas coordenadoras, após análise da situação de dependência e a necessidade real de descanso do cuidador (UMCCI, 2011). A questão é que existe um número de vagas muito limitado nestas unidades de longa duração e manutenção na área de residência da pessoa dependente para dar resposta a inúmeras necessidades existentes por parte dos cuidadores familiares. Este facto, torna o processo de resposta muito demorado até que a pessoa com dependência no autocuidado seja admitida nestas unidades.

No mesmo ano, surgiu um estudo exploratório realizado por Tavares (2011), sobre os critérios, intervenientes e níveis de decisão para determinar o destino dos doentes dependentes no autocuidado após a alta hospitalar, referiu que a criação da REDE abriu portas para uma panóplia de opções como resposta integradora. No entanto, são insuficientes para responder a todas as necessidades que recentemente surgem, principalmente, aquelas em que o fator social prevalece.

As famílias que assumem os cuidados dos seus familiares com dependência no autocuidado estão muitas vezes sujeitas a uma sobrecarga física, emocional e socioeconómica que torna difícil suportar. Por este motivo surgem sentimentos de medo, desamparo, preocupação, vulnerabilidade e insegurança que só são possíveis de serem reduzidos quando existe um processo de cuidar em enfermagem adequado às suas necessidades e sentimentos, tendo por base uma relação de ajuda e relação empática que promovam o bem-estar familiar (Sequeira, 2007). A transição do membro familiar para prestador de cuidados surge num processo de aprendizagem que exige intervenções de enfermagem para ajudar a pessoa a viver uma transição saudável e a integrar uma nova identidade (Meleis et al., 2010; Rocha, 2015).

Um estudo sobre os fatores de sobrecarga do cuidador informal da pessoa dependente no autocuidado, desenvolvido por Dixe & Querido (2020), demonstrou que os cuidadores informais evidenciam um nível sobrecarga elevada e não receberam as informações necessárias para cuidar do seu familiar em casa. Estes resultados permitem alertar os enfermeiros para a necessidade de afirmar o seu valor, ainda mais na transmissão de informação/formação do cuidador informal, como cuidar do seu familiar, para prevenir a sua sobrecarga e melhorar a qualidade de cuidados.

Neste estudo, também são descritos os fatores de sobrecarga que influenciam o cuidador informal, tais como: as caraterísticas sociodemográficas, o tipo de necessidades, o tempo de cuidado, o grau de parentesco e a saúde psicológica do cuidador (Zhu & Jiang, 2018 citado por Dixe & Querido, 2020).

Outra necessidade evidente nos cuidadores é a necessidade de conhecimento, aprendizagem e preparação não só para cuidarem melhor dos seus familiares, mas também de si mesmos. O apoio dos enfermeiros, enquanto profissionais de saúde competentes para dotar os cuidadores através do ensino, instrução e treino sobre o desempenho do novo papel de prestador de cuidados são aspetos destacados por diversos

investigadores. Por outro lado, as dificuldades e adversidades, ao acesso aos serviços de saúde, como aspetos burocráticos, barreiras arquitetónicas, recursos humanos reduzidos, inexistência de protocolos e articulação entre serviços entre outros, podem tornar-se fatores inibidores no processo de exercício do papel de cuidador, caso não sejam ultrapassadas. Neste âmbito, alguns autores defendem a importância das competências instrumentais na prestação de cuidados, do treino para o cuidar e de um conjunto de habilidades que os cuidadores necessitam de adquirir no domínio dos autocuidados para satisfazerem todas atividades de vida diária (Melo et al., 2014).

As necessidades apresentadas pelos cuidadores informais referem-se ao saber cuidar instrumental, nomeadamente: a alimentação e cuidado com a SNG; a realização de posicionamentos e levante; os cuidados de higiene e vestuário; realizar aspiração de secreções; cuidados de eliminação vesical (cuidados com a algália); medicação; utilização de ajudas técnicas; e o cuidar emocional, ou seja, o saber lidar com o familiar, apoio emocional, estratégias de relaxamento e postura (Araújo, Paúl & Martins, 2008; Pereira & Silva, 2012). Por outro lado, cuidar de uma pessoa dependente é muito mais do que os aspetos instrumentais e físicos. Este ato exige uma entrega total, o que requer do cuidador uma disponibilidade cognitiva, emocional e física, sendo legítimo que os cuidadores informais necessitem de preparação, por profissionais na área da saúde. (Marques, 2007 como referido por Sousa, 2012).

A identificação das necessidades dos cuidadores familiares é de extrema relevância para enfermeiro por ser o primeiro passo para realizar o diagnóstico da situação familiar para posteriormente, proceder-se ao planeamento das intervenções de enfermagem. A recolha de dados eficiente possibilita o correto diagnóstico destas necessidades e a construção de um plano de intervenções que se esperam úteis, poderá ajudar todo o processo de transição. Durante estas fases, o cuidador familiar de uma pessoa dependente no autocuidado fica vulnerável, pela diversidade e complexidade de cuidados que tem de assumir e pelas mudanças que esta situação pode desencadear nos seus próprios processos de vida, necessitando de ajuda para planear e restabelecer as rotinas e diminuir a instabilidade durante o período de transição saúde-doença (Pereira & Silva, 2012).

Nesta linha de pensamento, Petronilho (2013) constatou que existe um agravamento da condição de saúde das pessoas dependentes, a nível do sistema tegumentar e músculo-esquelético entre o momento da alta clínica e um mês após o regresso a casa. Estes factos demonstraram que as necessidades de aprendizagem dos membros familiares prestador

de cuidados para prestar cuidados á pessoa dependente, para prevenir complicações, não foram colmatadas pela equipa de saúde.

Por este motivo, é essencial a mudança de políticas da saúde que permitam fazer a reorganização territorial das ECCI que visam a promoção de cuidados de enfermagem e particularmente de enfermagem de reabilitação acessíveis e próximos das pessoas com dependência no autocuidado, através de terapêuticas de enfermagem que permitem uma transição saudável para o membro familiar prestador de cuidados e consequentemente, melhoria da condição de saúde da pessoa dependente no autocuidado (Rocha, 2015).

Contudo, é importante referir que o processo de transição para o papel de prestador de cuidados é uma experiência vivenciada de forma distinta por cada cuidador. Diversos estudos demonstram a necessidade de informação do cuidador informal sobre a etiologia, diagnóstico, prognóstico da doença, apoios e ajudas, nomeadamente de educação e informação clara, personalizada e isolada da pessoa doente. Por outro lado, referem que as necessidades de informação variam consoante o estádio da doença, mas salientam a sua a importância, não só pelos dados disponibilizados sobre a mesma, mas também sobre o prognóstico/evolução, pelas opções de tratamento, o que concede uma certa sensação de controlo e segurança ao cuidador familiar (Melo et. al., 2014).

Outra necessidade identificada nos cuidadores é o significado pessoal, crenças e atitudes. O exercício do papel de cuidador familiar é muito desgastante o que provoca um aumento de sobrecarga emocional. Neste âmbito, vários autores evidenciam a importância da aprendizagem de estratégias de *coping* eficazes, que promovam a gestão de diferentes tipos de reações emocionais, tais, como, a ansiedade, o medo e a incerteza. Deste modo, estas estratégias de aprendizagem de formas de lidar com o stress, sentimentos, medos, solidão, permitem resolver problemas e reduzem o stress do cuidador. Neste aspeto, a família é um recurso de apoio emocional, mas a falta de apoio emocional e assistência por parte dos familiares e o não assumir o papel de cuidador pode dificultar todo o processo de transição. Outro aspeto, a salientar é a importância do envolvimento familiar e o apoio social para evitar o isolamento dos cuidadores familiares devido principalmente ao estigma social intrínseco ao tipo de patologia, às crenças antes definidas e ao défice de conhecimento na área da doença mental (Melo et. al., 2014).

Um estudo desenvolvido por Pereira & Silva (2012), demonstra que apesar dos cuidadores familiares apresentarem um percurso idêntico, os significados atribuídos ao

exercício do papel de prestador de cuidados são diferentes, pois para uns a experiência de cuidador foi gratificante e para outros a experiência foi desgastante. Porém, quer durante o internamento, quer em casa, a maioria tem a consciência de ser uma experiência difícil pelo impacto que o desempenho do papel de prestador de cuidados teve na vida diária, na saúde e bem-estar do cuidador.

De acordo com Meleis (2010), o ato de compreender a forma como os cuidadores vivenciam o processo de transição da pessoa com dependência em contexto domiciliário, estabelecendo uma relação de suporte emocional com o cuidador, constitui um indicador positivo na transição que se demonstra pelo desenvolvimento da confiança no exercício do seu papel e a aceitação de mecanismos e estratégias de coping, que representam os indicadores de resultado. E por fim, outra necessidade a destacar é a condição socioeconómica. Diversos autores mencionam que a sobrecarga financeira e os elevados custos associados á prestação de cuidados á pessoa dependente dificultam o exercício do papel de prestador de cuidados. Por outro lado, a necessidade de flexibilidade de horário de trabalho dos cuidadores para conciliar o cuidado prestado á pessoa dependente com o emprego, que é uma fonte de rendimento que necessitam de manter para controlo dos gastos inerentes ao cuidado do familiar dependente (Melo et. al., 2014).

Outro aspeto a salientar, é o estudo empírico realizado por Carretero, Stewart e Centeno (2015) que refere que os cuidadores informais apresentam necessidades de treino e educação; informação; apoio psicológico; aconselhamento; participação social e atividades de lazer; linguagem e cultura inclusiva; reconciliação casa e trabalho; e, proteção nos seus direitos. Nesta perspetiva, a revisão integrativa da literatura realizada por Fernandes & Ângelo (2016) evidenciou que as principais necessidades manifestadas pelo cuidador familiar são: a necessidade de conhecimento e aprendizagens (transição para o cuidar); a necessidade de tempo para a multiplicidade de atividades (ser responsável por tudo); as necessidades emocionais e interpessoais (a importância do suporte); as necessidades sociais, rede apoio para cuidadores, apoio financeiro e estrutural (o acesso aos apoios formais) e a necessidade de informação, comunicação (os processos de comunicação e informação). Assim sendo, é importante que o EEER tenha em consideração as necessidades dos cuidadores para os ajudar na adaptação e a aceitação da nova condição física de vida e no planeamento de novas metas face á nova condição de saúde do seu familiar, ou seja, capacitar a pessoa com dependência no autocuidado e seus familiares para novos desafios decorrentes da nova condição de saúde.

4 - A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO NA CAPACITAÇÃO DOS CUIDADORES

Desde os primórdios da história da enfermagem, que os cuidados de enfermagem fazem a diferença na sociedade. Nesta perspetiva, Petronilho et al. (2015) defende que os cuidados de enfermagem são reconhecidos como facilitadores das transições saudáveis do familiar cuidador após o regresso a casa da pessoa dependente. Este facto leva-nos a refletir sobre a importância dos cuidados de enfermagem no contexto domiciliário.

Petronilho (2007) refere que a pessoa que irá assumir o papel de cuidador informal terá de ser o foco de atenção dos enfermeiros nos diferentes contextos da prática, de modo a consciencializá-la da necessidade de exercer um novo papel e habilitá-la a dar respostas adequadas às carências da pessoa dependente. O mesmo autor refere, ainda, que no sentido de garantir e promover adequadamente o papel do cuidador informal, os enfermeiros devem promover, nos mesmos, o aumento dos seus conhecimentos e capacidades, de modo a darem resposta às necessidades decorrentes da alteração da condição de saúde, consequência da doença.

Os resultados dos estudos sobre a preparação do regresso a casa permitem assumir que a intervenção dos enfermeiros pode ser, no campo de ação que lhes é específico, potenciador de ganhos em saúde nas famílias que integram membros dependentes no autocuidado, principalmente, porque são o recurso profissional privilegiado para o suporte necessário a esta população-alvo.

Neste âmbito, as terapêuticas de enfermagem facilitadoras da experiência de transição vivenciada pelas famílias estão associadas aos seguintes aspetos: "*antecipar o suporte necessário ás famílias através da demonstração de disponibilidade profissional em tempo útil; promover coesão familiar; a consciencialização e o envolvimento dos familiares cuidadores na transição para exercício do papel; identificar e dar melhor sentido ao significado pessoal atribuído pelos familiares cuidadores; promover a capacitação dos familiares cuidadores sobre os cuidados a assegurar; apoiar as famílias nas decisões, principalmente, as que envolvem maior complexidade nos cuidados a assegurar; advogar a utilização de equipamentos adaptativos e de recursos na comunidade, promotores da reconstrução de autonomia do dependente e facilitadores do exercício do papel de prestador de cuidados" (*Petronilho, 2016).

Quando a pessoa começa a ter a consciência do que mudou e do que terá de mudar, esta tende a envolver-se mais na transição que está a vivenciar. Neste campo de ação, o envolvimento da pessoa dependente no autocuidado e do seu cuidador familiar depende da sua participação ativa e empenho no processo de reconstrução da autonomia. E como tal, é influenciado por aspetos extrínsecos, como os recursos e o suporte social e por aspetos intrínsecos, como a condição e saúde, as crenças, os significados e consciencialização (Chick & Meleis, 1986).

Nesta linha de pensamento, Brito (2016), refere que o processo de reconstrução da autonomia da pessoa dependente no autocuidado é influenciado de forma positiva ou negativa, por distintos fatores críticos extrínsecos e intrínsecos. Dos fatores extrínsecos evidenciam-se a família, a comunidade e a sociedade. E dos fatores intrínsecos destacam-se a condição de saúde, a motivação, a atitude face ao cuidado e os significados atribuídos á transição vivida ao longo do ciclo vital.

Uma investigação desenvolvida por Brito (2012), através da análise dos discursos de pessoas que vivenciaram situações de dependência no autocuidado, surgiu a teoria da reconstrução da autonomia organizada em sete categorias principais: o percurso de reconstrução da autonomia, a consciencialização, o envolvimento, o que muda e o que fica diferente, os fatores críticos, as terapêuticas de enfermagem e os indicadores de resultado. Neste sentido, as ações de enfermagem a implementar no âmbito do autocuidado são diferentes e tem objetivos distintos, consoante o percurso de reconstrução da autonomia no autocuidado. No final do primeiro percurso, ocorrem novos comportamentos para alcançar a autonomia. No segundo percurso, a pessoa poderá ter necessidade de equipamentos ou ajuda de terceiros para realizar as suas atividades de vida diária. E por fim, no terceiro percurso, as terapêuticas de enfermagem visam a substituição da pessoa dependente ou a capacitação do cuidador familiar, em que a avaliação é centrada na condição de saúde da pessoa dependente (estado da pele, nível de mobilidade, nível de equilíbrio, hidratação e estado nutricional) e no desenvolvimento de competências do cuidador familiar, a partir das necessidades da pessoa com dependência no autocuidado.

A utilização das tecnologias educacionais, enquanto terapêutica de enfermagem pode constituir um caminho inovador na vivência das transições saudáveis da pessoa dependente e do familiar cuidador, ou seja, pode ser um recurso valioso nas estratégias

educativas adotadas pelos profissionais de saúde na capacitação das pessoas dependentes e dos familiares cuidadores (Lumini & Freire, 2016).

A preparação do familiar para o cuidar é do domínio central da enfermagem e a literatura evidencia a preocupação da enfermagem na preparação destes para substituir, assistir ou apoiar o seu familiar na gestão do regime terapêutico, nomeadamente, das suas atividades de autocuidado. No apoio á autogestão ou gestão do regime terapêutico por parte do familiar cuidador, o enfermeiro trabalha com a pessoa cuidada e com o familiar na aquisição de competências para a resolução de problemas que surgem diariamente, promovendo autoeficácia e trabalhando na técnica de resolução de problemas. Neste contexto, com a ajuda do enfermeiro, são os utentes a identificar os problemas, as emoções, as necessidades, os objetivos a curto e a longo prazo, a delinear o plano de ação, a implementá-lo e a avaliar a sua eficácia. Deste modo, tendo em conta a filosofia do empoderamento, o enfermeiro capacita, valoriza a opinião do cuidador e da pessoa cuidada e orienta á tomada de decisões e soluções do problema. Perante múltiplos fatores que afetam a adesão ao regime terapêutico, o enfermeiro deve investir num processo de identificação de necessidades e dificuldades, mas também de fatores facilitadores que fomentem a gestão do regime terapêutico por parte dos cuidadores familiares. Assim, o enfermeiro deve conceber intervenções personalizadas baseadas num modelo de cuidados focado na pessoa, promovendo no cuidador familiar e na pessoa cuidada, o desenvolvimento de competências para uma gestão autónoma e informada do regime terapêutico, norteada pelos valores e objetivos próprios (Sousa & Bastos, 2016).

Em concordância, um estudo desenvolvido por Fernandes (2014) concluiu que reabilitar e recuperar uma pessoa dependente no autocuidado requer do enfermeiro o desenvolvimento de intervenções de enfermagem que promovam a autonomia centradas na pessoa dependente e na assistência às famílias nos seus processos de transição e adaptação.

Junior et al. (2016), acrescenta que a longevidade das pessoas, adquirida pelos avanços da tecnologia e da medicina pode desencadear a necessidade de capacitar não só os cuidadores, como também, o idoso para realizar o autocuidado e viver independente na comunidade e deste modo garantir a sua autonomia, bem-estar e funcionalidade no fim da vida.

Para ajudar as pessoas com dependência no autocuidado e os seus cuidadores, o enfermeiro deve avaliar a relação que existe entre as capacidades de ação da pessoa dependente e as suas necessidades de cuidado. Após esta avaliação, este adapta a sua intervenção quando as necessidades terapêuticas da pessoa dependente são superiores á sua capacidade de realizar o autocuidado (Petronilho,2013).

Neste sentido, os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação encontram-se bem posicionados para ajudar as pessoas dependentes no autocuidado na reconstrução da sua autonomia e os seus cuidadores familiares no ensino, instrução e treino de competências no processo do cuidar adaptadas às suas necessidades. A evidência científica demonstra a eficácia da intervenção de enfermagem de reabilitação na satisfação das necessidades dos cuidadores de pessoas dependentes no autocuidado em diversos estudos de investigação.

O EEER intervém para facilitar o processo de transição do cuidador e a promoção do autocuidado através de uma relação de parceria (Maia,2014), esta é uma das competências acrescidas que possui e que está bem definida e regulamentada pela Ordem dos Enfermeiros.

Nesta área específica da ciência de enfermagem, Branco (2014), evidencia a importância da intervenção do EEER na identificação das necessidades da família do idoso com AVC e no planeamento de intervenções específicas e direcionadas para satisfazer as suas necessidades que promovam a continuidade dos cuidados no domicílio.

Na perspetiva de Krusch (2018), os cuidados de enfermagem de reabilitação são pertinentes para melhoria do autocuidado e funcionalidade, bem como do estado de dependência global nas atividades de vida diária do individuo.

Segundo Januário (2013) a intervenção dos enfermeiros de reabilitação centrado no autocuidado e na respiração apresenta evolução positiva nas capacidades de autocuidado e expetorar dos doentes, ou seja, demonstra ganhos em saúde efetivos dos doentes, pelos cuidados prestados serem de qualidade.

Nesta área de intervenção, Rodrigues (2018) realça o valor dos cuidados do enfermeiro de reabilitação na diminuição dos níveis de sobrecarga, incidência de lesões músculo-esqueléticas e da intensidade da dor do cuidador.

Pinto (2018) defende que um programa de reabilitação implementado pelo EEER para promover a recuperação da funcionalidade revela ganhos em saúde na capacitação para o autocuidado e motivação, com repercussões positivas na autoestima e potencial para a participação social. Este facto ocorre, em contexto comunitário, porque a intervenção do EEER ajuda a pessoa dependente e os seus cuidadores familiares a reorganizarem os seus objetivos e adaptarem-se á nova condição de saúde.

Nesta linha de pensamento Gonçalves (2012), verificou que os programas de enfermagem de reabilitação organizados podem promover melhoria na autonomia e independência dos idosos e que os enfermeiros de reabilitação através sua formação especializada podem ser, os profissionais melhor posicionados para estimular, ensinar e treinar o idoso dependente e o seu cuidador a desenvolverem métodos de adaptação que visam a diminuição da dependência e promoção da autonomia.

De acordo com a evidência científica as técnicas de conservação de energia produzem benefícios na vida das pessoas, uma vez que, permite uma melhor gestão das atividades, numa perspetiva parcialmente compensatória, recorrendo ao treino, apoio e educação (Soares, 2016).

Um exemplo desta realidade, é o estudo de Soares (2012) que concluiu a presença de uma melhoria no grau de independência nas atividades de vida diária e nas atividades de vida instrumentais, após a aplicação de um programa de reabilitação, baseado em técnicas de reeducação respiratória e de conservação de energia em pessoas com doença pulmonar obstrutiva crónica em tratamento com oxigenoterapia de longa duração.

A condição da pessoa com intolerância á atividade exige de todos os profissionais de saúde e em particular do enfermeiro de reabilitação um foco para a prática das atividades da vida diária e das atividades de vida instrumentais. Este facto requer do EEER um novo olhar sobre as pessoas dependentes, muitas vezes, com intolerância á atividade e seus cuidadores, no sentido de preservar o direito á autonomia, á independência e á qualidade de vida durante mais tempo possível, independentemente da sua doença crónica ou da sua idade. Por outro lado, privilegiar o ensino e treino de técnicas de conservação de energia como recurso valioso na gestão da intolerância á atividade, através de uma intervenção que dê resposta às verdadeiras necessidades de cada pessoa, é deveras importante para as pessoas e famílias que são confrontadas com esta situação de dependência.

Neste sentido, o contexto domiciliário é extramente potenciador dos processos de mudança porque permite maior aproximação á realidade de cada pessoa e transmite maior segurança para a pessoa e a sua família, o que salvaguarda a sua identidade e preserva a sua autonomia (Soares, 2016).

Segundo Fonseca et. al (2017), existem necessidades elevadas e de intervenção ao nível dos cuidados de enfermagem de reabilitação, ao nível do autocuidado, da aprendizagem e funções mentais, comunicação e relação com amigos e cuidadores. Neste sentido, os autores recomendam um programa de melhoria do comportamento de autocuidado das pessoas com 65 e mais anos de idade, através da intervenção dos cuidados de enfermagem especializados de reabilitação e de planos individuais de intervenção ao nível da reabilitação funcional motora, de posicionamentos, da reabilitação funcional respiratória e de atividades terapêuticas.

Deste modo, é de realçar que apesar de existirem provas científicas da importância dos cuidados de enfermagem de reabilitação na comunidade, é fundamental conhecer as necessidades em cuidados de reabilitação para promover melhores cuidados às pessoas dependentes que vivem nos seus domicílios e a capacitação dos seus cuidadores familiares.

De acordo com, Ribeiro & Pinto (2014) a identificação das características dos portugueses dependentes no autocuidado e integrados em famílias pode melhorar as respostas às necessidades em cuidados de saúde dos cidadãos e pode estimular a construção de modelos de intervenção de saúde mais ajustadas às verdadeiras necessidades da pessoa dependente e das suas famílias prestadoras de cuidados.

Assim como, a caracterização da população dependente no autocuidado permite aos enfermeiros implementar intervenções que contribuam para aumentar o bem-estar das pessoas dependentes, promovendo o autocuidado nas suas atividades de vida diária. Este é um desafio que a Enfermagem de Reabilitação está atenta, por prestar cuidados nos três níveis de prevenção, procurando obter níveis máximos de independência funcional, promovendo o autocuidado, reforçando comportamentos de adaptação positiva, prevenindo complicações e possíveis deficiências (Hoeman, 2002).

No entanto, a presença de novas políticas de saúde com internamentos de curta duração, o envelhecimento demográfico, as mudanças no perfil epidemiológico, na estrutura e nos comportamentos sociais e familiares da sociedade portuguesa tem vindo a mostrar novas necessidades de enfermagem de reabilitação dos cuidadores de pessoas com dependência no autocuidado em contexto domiciliário, que exigem respostas urgentes e mais adequadas á condição de saúde da pessoa dependente.

Perante esta realidade, a intervenção dos enfermeiros e em particular dos enfermeiros especialistas de reabilitação é fundamental, para mitigar estas necessidades, e por sua vez, obter ganhos em saúde no domínio do autocuidado das pessoas dependentes e dos seus cuidadores, através das suas competências e da sua relação terapêutica de proximidade (Fernandes, 2014).

O enfermeiro especialista é o profissional de saúde com competências reconhecidas para prestar cuidados específicos na área clínica da sua especialidade. A sua intervenção tem em consideração as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, que se manifestam num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção (Regulamento nº125/2011, 2011).

A especialidade de reabilitação é constituída por um conjunto de conhecimentos e atuações específicas que visam promover o potencial funcional, a independência física, emocional e social dos doentes com patologias agudas e crónicas. Neste sentido, esta especialidade distingue-se pela prevenção e tratamento das incapacidades dos doentes, tendo em consideração, objetivos previamente definidos, priorizados e compartilhados entre os Enfermeiros de Reabilitação, doentes e família. Deste modo, a reabilitação deve ser o mais precoce possível para levar à prevenção de incapacidades e à promoção da saúde (Faro, 2006).

De acordo com, o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação,

"a reabilitação, enquanto especialidade multidisciplinar, compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que permite ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência. Os seus objetivos gerais são melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa e, deste modo, preservar a auto-estima.

O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas. O nível elevado de conhecimentos e experiência acrescida permitem-lhe tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação maximizando o potencial da pessoa. A sua intervenção visa promover o diagnóstico precoce e ações preventivas de enfermagem de reabilitação, de forma a assegurar a manutenção das capacidades funcionais dos clientes, prevenir complicações e evitar incapacidades, assim como proporcionar intervenções terapêuticas que visam melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas atividades de vida, e minimizar o impacto das incapacidades instaladas (quer por doença ou acidente) nomeadamente, ao nível das funções neurológica, respiratória, cardíaca, ortopédica e outras deficiências e incapacidades" (Regulamento nº 125/2011, p.8658).

Os enfermeiros e em particular os enfermeiros de reabilitação pelas competências especializadas que têm, podem ajudar os cuidadores a melhorar a funcionalidade das pessoas dependentes e a gerir os seus compromissos dos processos corporais e o défice de autocuidado, com técnicas de reabilitação que visem melhorar a capacidade do sistema neuromuscular, cardiorrespiratório, gastrointestinal, urinário, tegumentar e regulador e promovam a prevenção de quedas e úlceras por pressão. Se por um lado, os enfermeiros são os profissionais que estão mais bem-dotados de técnicas relacionais para dar resposta às pessoas dependentes e consequentemente aos seus cuidadores informais e familiares, quando ajudam a lidar com essa dependência no autocuidado. Por outro lado, os enfermeiros de reabilitação como são possuidores de técnicas e exercícios de reabilitação podem ser facilitadores se utilizados pelos cuidadores, para promover a melhor autonomia e mobilidade nos processos corporais e com uma maior segurança das pessoas que cuidam.

Assim, considerando a importância das teorias do autocuidado e das transições como estruturas de excelência para otimizar a qualidade do exercício profissional de enfermagem e as competências da enfermagem de reabilitação acima descritas, podemos verificar que os enfermeiros de reabilitação são os profissionais que melhor podem responder às necessidades reais e potenciais das pessoas que cuidam, capacitando os seus cuidadores.

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

5 - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

A investigação científica é um método sistemático e rigoroso para a obtenção de novos factos ou dados, possíveis de serem observados e verificados a nível empírico, e tem como objetivo a aquisição de conhecimentos que possam descrever, explicar e predizer factos, acontecimentos ou fenómenos para responder a questões reais (Fortin, 2009). A investigação utiliza normas e processos distribuídos em fases organizadas, através de códigos de ética para obter soluções (Ruas,2017). Neste âmbito, a fase metodológica permite determinar os meios para alcançar as respostas às questões de investigação, definindo de forma clara o desenho ou plano de trabalho com as etapas a percorrer durante a investigação (Fortin, 2009).

Assim, neste capítulo será abordada a justificação, finalidade e objetivos do estudo, bem como, o tipo de estudo, o método de recolha de dados, o instrumento de recolha de dados a utilizar, a população e amostra e as considerações éticas a ter em conta durante todo o processo de investigação.

5.1 -A PROBLEMÁTICA E OBJECTIVOS DA INVESTIGAÇÃO

A população de cuidadores familiares/informais tem crescido de forma sistemática, pela necessidade criada pelo aumento da esperança média de vida, do envelhecimento e da prevalência das doenças crónicas, em consequência do avanço dos processos terapêuticos e pela melhoria das condições socioeconómicas das populações.

Esta realidade é um dos maiores desafios a nível da saúde, social e político, por este motivo pressupõe medidas urgentes para melhorar a qualidade de vida das pessoas dependentes no autocuidado e dos seus cuidadores familiares/informais, dado que existe um elevado número de pessoas, especialmente, idosos que não conseguem realizar as suas atividades de vida diária sozinhos e necessitam diariamente da ajuda de cuidadores familiares/informais para as concretizar.

Em Portugal, tal como em outros países desenvolvidos, os cuidados, às pessoas dependentes, são prestados, principalmente no seio familiar e as políticas existentes que contribuem para um envelhecimento ativo, para melhorar a qualidade de vida das pessoas dependentes no autocuidado e para responder às necessidades geradas pela dependência

para a execução das atividades de vida diária, como a RNCCI e as ECCI não são suficientes para a imensidão de necessidades existentes.

Neste sentido, sendo o autocuidado o foco central da profissão de enfermagem e dos enfermeiros de reabilitação, na prestação de cuidados domiciliários aos doentes dependentes no autocuidado e respetivas famílias, torna-se relevante para EEER conhecer o fenómeno da dependência no autocuidado, descrever e quantificar as necessidades dos cuidadores das pessoas dependentes no autocuidado para melhorar as respostas ás suas necessidades, de forma a obter uma transição saúde-doença da pessoa dependente no autocuidado e uma transição para o papel de prestador de cuidados saudáveis.

Deste modo, consideramos como objetivo geral do presente estudo avaliar as necessidades em cuidados de Enfermagem de Reabilitação dos cuidadores das pessoas com dependência no autocuidado, referenciadas para ECCI. E como objetivos específicos consideramos os seguintes:

•Caracterizar os cuidadores principais, das pessoas dependentes que continuam a viver em casa;

•Identificar as necessidades de cuidados/compromissos nos processos corporais e autocuidados, apresentados pela Pessoa Dependente;

•Descrever as intervenções, do tipo ensinar, treinar e instruir, necessárias para capacitar o cuidador para o exercício do papel;

•Identificar a proporção de intervenções que são implementadas face ao esperado, ao cuidador.

5.2-TIPO DE ESTUDO

Este estudo de investigação segue uma orientação do tipo quantitativo, exploratório e descritivo que visa descrever um fenómeno (autocuidado) relativo a uma população (pessoas dependentes para o autocuidado) de modo, a caracterizar esta população e os seus cuidadores familiares. O corrente estudo de investigação é do tipo quantitativo, visto que vão ser utilizadas estimações numéricas e ilações estatísticas adquiridas a partir de uma amostra representativa de uma população real mais ampla, que tem como finalidade descrever e explicar o fenómeno sobre o qual se referem as observações e estabelecer as relações causais em condições controladas.

5.3 -QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

Para descrever o estudo de investigação, o melhor ponto de partida é identificar questões relacionadas com o tema de investigação. Por este motivo, a realização deste trabalho de investigação resultou de uma problemática que é bastante pertinente investigar para evidência científica da enfermagem de reabilitação, tendo em consideração, as competências do EEER no seu domínio do exercício profissional para avaliar e descrever as necessidades de cuidados de enfermagem de reabilitação dos cuidadores familiares. Desta forma, no percurso da fase de concetualização e definição da problemática, foram formuladas questões que serviram como ponto de partida para a investigação:

- Quais as características do cuidador familiar principal da pessoa dependente no autocuidado?
- Quais as necessidades de cuidados/compromissos nos processos corporais e autocuidados, apresentados pela pessoa dependente?
- Quais as intervenções/cuidados, do tipo instruir, ensinar, treinar, dirigidas aos cuidadores de pessoas dependentes no autocuidado referenciadas para ECCI, que são necessárias para os capacitar para o exercício do papel de cuidador?
- Qual a proporção de intervenções que são implementadas face ao esperado, ao cuidador familiar principal?

5.4 -INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Neste estudo usámos o seguinte formulário para recolha dos dados: “Formulário de avaliação das necessidades de cuidados das pessoas dependentes no autocuidado a viver no domicílio e dos seus cuidadores no contexto das ECCI’s”. Este formulário foi desenvolvido por Bento (2020) no âmbito da tese de doutoramento “Contributos para a definição de um modelo organizacional dos cuidados às pessoas dependentes no autocuidado e seus cuidadores, em contexto domiciliário - Estudo realizado nas ECCI do ACES Baixo Mondego”, apresentado á Universidade Católica Portuguesa.

A seleção do formulário como instrumento de colheita de dados surgiu por esta técnica de recolha de dados permitir uma colheita alargada de dados, de carácter complexo e que requerem juízos clínicos, adquirindo informações de forma direta do entrevistado

tanto por entrevista como por observação, a uma enorme heterogeneidade de pessoas, como é o caso deste estudo.

A diversidade expectável da população, no que se refere á caracterização sociodemográfica, nomeadamente, a idade e a escolaridade de uma parte significativa da população desta investigação, como por exemplo no grupo de pessoas com mais 65 anos, iletrado ou pouco letrado que se veio a verificar e a natureza complexa da colheita de dado, exigia que um investigador estivesse presente para simultaneamente, colocar as questões e efetuar as observações de auscultação, palpação, inspeção e precursão e as mensurações pertinentes para aquisição de informação importante para formular o juízo diagnóstico e sempre que conveniente, reformular as questões, solicitar e ou prestar esclarecimentos fundamentais para adaptá-las á compreensão de cada entrevistado.

Este instrumento de colheita de dados foi apropriado por possibilitar a descrição de comportamentos e características de uma população ou subpopulação de modo mais aprofundado (Ghiglione & Matalon, 1993), com um grau de rigor e exatidão eficiente (Marconi & Lakatos, 2003) permitindo quantificar os dados e realizar a sua análise (Quivy & Campenhoudt, 2005). Por este motivo, o formulário incorporava -se por todos estes requisitos com os objetivos da investigação, ou seja, era compatível com a dimensão da amostra do estudo. Neste âmbito, para a conceção do formulário foram necessárias duas fases: a elaboração do formulário e a fase do pré-teste.

O "Formulário avaliação das necessidades de cuidados das pessoas dependentes no autocuidado a viver no domicílio e dos seus cuidadores no contexto das ECCI's", que aplicámos no nosso estudo, é constituído por duas partes.

A primeira parte, corresponde aos dados a colher com vista à Caracterização da Pessoa Dependente e do Familiar Prestador de Cuidados/ cuidador principal. Enquanto, a segunda parte tem como finalidade recolher dados para responder às questões: Que necessidades de cuidados, decorrentes de alterações nos processos de vida e de saúde, têm as pessoas dependentes no autocuidado que vivem no domicílio? Quem implementa os cuidados de que a pessoa dependente necessita? Qual a proporção de cuidados necessários que não são implementados? Este aplica-se a Utentes/Pessoas Dependentes e seus cuidadores admitidos em ECCI, preferencialmente até 5 dias após admissão e exclusivamente após obtenção consentimento informado da Pessoa dependente/Utente ou do seu representante legal, em concordância com o guia orientador para aplicação do

formulário e o fluxograma de referenciação e de aplicação do formulário que se encontra no anexo II e III e preenchido em parceria com o enfermeiro "gestor de caso" do utente admitido em ECCI, baseado no seu juízo clínico (Bento, 2020).

5.5 -OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS

Na operacionalização das variáveis, que são definidas como qualidades, propriedades e características do objeto de estudo que mudam durante o tempo (Fortin, 2009), tivemos em consideração a evidência científica da literatura sobre a dependência no autocuidado, a legislação e as diretrizes técnicas promulgadas nesta área em Portugal, provenientes da Direção Geral de Saúde e da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Por outro lado, tivemos em consideração os Relatórios de Monitorização (ACSS, 2016, 2017 e 2018) da RNCCI que nos facilitaram a tomada de decisão sobre as dimensões dos processos de vida e de saúde que geram possíveis necessidades de cuidados às pessoas dependentes no autocuidado e aos seus cuidadores, particularmente, nos compromissos nos processos corporais. Os processos de vida são caracterizados como alterações na saúde, ambiente ou relações que requerem dos indivíduos e/ou família, enquanto agentes determinados, alterações nos seus papeis e comportamentos (Meleis, 2012; Pereira, 2009). Enquanto que, os compromissos dos processos corporais referem-se ao conjunto de funções do corpo que estão modificadas, inadequadas ou incapazes (ICN,2011), que estão ligados á fisiopatologia das doenças, que se traduzem em sinais e sintomas, que determinam a necessidade de cuidados.

Para compreender estas necessidades de cuidados, foi profícua a análise da Parametrização Nacional do Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem – SAPE, que visa a proposta de enunciados de diagnósticos e intervenções de enfermagem unificados, bem como uma estrutura de junção entre ambos e que apresenta todos os focos de atenção/ juízos diagnóstico formulados pelos enfermeiros constantes no SAPE das Unidades de Saúde dos Agrupamentos de Centros de Saúde e das Unidades Hospitalares em 2013 (Paiva, A. et al., 2014). Nesta linha de pensamento, a ontologia de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2020) foi muito útil porque é um documento que associa diagnósticos de enfermagem a intervenções e corresponde aos parâmetros de avaliação do formulário aplicado neste estudo.

Deste modo, as necessidades de cuidados são um conjunto de cuidados ou intervenções associadas a diagnósticos que promovem a manutenção, recuperação ou melhoria da saúde e bem-estar e promoção de autocuidado, de acordo com o juízo profissional dos enfermeiros. Por outro lado, para podermos responder às questões de investigação requeremos também da necessidade de assegurar como foco as variáveis "*frequências de cuidados esperada*", "*frequência de cuidados implementada*" e "*entidade/pessoa/profissional que presta o cuidado*".

A frequência esperada, indica o número de vezes por unidade de tempo em que o cuidado/intervenção era esperado, de acordo com o juízo diagnóstico do investigador, Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, na recolha dos dados. A frequência implementada refere o número de vezes em que foi realizado ou estava previsto ser realizado esse cuidado/intervenção, no mesmo período de tempo, de acordo com a informação prestada pelo enfermeiro da ECCI e pelo cuidador principal.

Assim, decidimos que as variáveis selecionadas para o presente estudo, são constituídas por três tipos de variáveis principais, tais como, variáveis de "*caracterização da Pessoa Dependente e do respetivo cuidador";* "*Focos/diagnósticos de enfermagem"*, tradutores das necessidades de cuidados da Pessoa Dependente associados aos processos corporais e autocuidados e processo familiar; "*Necessidades de Cuidados do Cuidador"*, que foram operacionalizadas, como correspondendo *às intervenções do tipo instruir, treinar e ensinar, prescritas a implementar dirigidas ao cuidador*, em resposta a focos/diagnósticos de enfermagem presentes.

5.5.1 - Caracterização da Pessoa Dependente

Para a operacionalização da variável sociodemográfica da pessoa dependente e do respetivo cuidador, foram analisados formulários de estudos anteriores, desenvolvidos na mesma área de estudo (Costa, 2013; Fernandes, 2014; Gonçalves, 2013; Maia, 2012; Rocha, 2015; Sequeira, 2011) que incluíam um conjunto de questões com esta mesma finalidade e previamente testados. Neste âmbito, como estas questões demonstraram ser adequadas, decidimos incluí-las no formulário construído para este estudo.

Deste modo, a primeira parte do formulário refere-se à caraterização da pessoa dependente que abrange as seguintes variáveis de atributo: idade, sexo, estado civil,

nacionalidade, escolaridade, profissão, situação que originou a dependência, tempo de dependência, número de episódios de internamento e de recurso ao serviço de urgência no último ano e número e variedade de fármacos consumido, a tipologia de referência indicada para os cuidados na ECCI e a constituição da família, tal como estão enunciadas na tabela 1 quanto ao valor e ao tipo que podem atribuir.

Tabela 1 - Operacionalização das variáveis de caraterização da pessoa dependente

VARIÁVEL	**VALOR**	**TIPO**
1 - Data de Admissão na ECCI		
2 - Data de Avaliação		
3 - Sexo	0: Masculino; 1: Feminino	Nominal dicotómica
4 - Idade	Em anos	Quantitativa contínua
5 - Estado Civil	1: Casado/ União de facto; 2: Solteiro; 3: Viúvo; 4: Divorciado	Nominal
6 - Nacionalidade	1: Portuguesa; 2: Não Portuguesa Se não Portuguesa Especificar (Nacionalidade_outra_doente)	Nominal dicotómica
7 - Profissão	1: Membros das forças armadas; 2: Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa; 3: Especialistas das profissões intelectuais e científicas; 4: Técnicos e profissionais de nível intermédio; 5: Pessoal dos serviços e vendedores; 6:Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura; 7: Operários, artífices e trabalhadores similares; 8: Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem; 9: Trabalhadores não qualificados; 10: Doméstico, Desempregado; 11: Pensionista/Reformado; 12: Estudante Se Outra, especificar	Nominal

8 - Nível de escolaridade	1: Nenhum; 2: Ensino básico: 1.º ciclo (4 anos); 3: Ensino básico-2.º ciclo (6 anos); 4: Ensino básico-3.º ciclo (9 anos); 5: Ensino secundário (11 ou 12 anos); 6: Ensino superior	Nominal
9 - Situação que originou a dependência envelhecimento 9.a. Situação que originou a dependência acidente; 9.b. Situação que originou a dependência doença aguda; 9.c. Situação que originou a dependência doença crónica 9.d. Situação que originou a dependência	0: Não; 1: Sim 0: Não; 1: Sim 0: Não; 1: Sim 0: Não; 1: Sim 5: outra	Nominal Dicotómica
10 - Instalação da Dependência	1: Súbita 2: Gradual	Nominal. Dicotómica
11 - Tempo de dependência	N.º meses	Quantitativa discreta
12 - Consumo de Medicamentos	0: Não; 1: Sim	Nominal. Dicotómica
13 - Variedade de Fármacos	N.º absoluto de fármacos diferentes	Quantitativa discreta
14 - Fármacos nas tomas/dia	N.º absoluto de fármacos	Quantitativa discreta
15 - Internamentos no último Ano	1: Nenhum; 2: Um; 3: Dois; 4: Três; 5: Mais de três	Quantitativa discreta
16 - Episódio de recursos Serviço Urgência	1: Nenhum; 2: Um; 3: Dois; 4: Três; 5: Mais de três	Quantitativa discreta

17 - Tipologia de Referência: Cuidados de Enfermagem	0: Não; 1: Sim	Nominal dicotómica
Cuidados de Fisioterapia	0: Não; 1: Sim	
Acompanhamento Psicológico	0: Não; 1: Sim	
Cuidados Paliativos	0: Não; 1: Sim	
18 - Constituição da família	1: Família constituída apenas pelo casal 2: Família constituída por casal e um filho 3: Família constituída por casal e dois ou mais filhos 4: Grupo de pessoas que coabita e que consiste em mais do que apenas os pais e os filhos 5: Família constituída por figura parental única; mãe, pai ou outro cuidador e presença de uma ou mais crianças ou outros dependentes	Nominal

5.5.2 - Caracterização do Cuidador Principal

Relativamente às variáveis de caraterização do cuidador principal, considerou-se a idade, sexo, estado civil, nacionalidade, escolaridade, profissão e grau de parentesco com a pessoa dependente, tal como se apresenta na tabela 2.

Tabela 2 - Operacionalização das variáveis de caraterização do cuidador principal

VARIÁVEL	**VALOR**	**TIPO**
1 - Sexo	0: Masculino; 1: Feminino	Nominal dicotómica
2 - Idade	Em anos	Quantitativa Discreta
3 - Estado Civil	1: Casado/ União de facto; 2: Solteiro;	Nominal

	3: Viúvo; 4: Divorciado	
4 - Nacionalidade Não Portuguesa	1: Portuguesa; 2: Não Portuguesa Se não Portuguesa Especificar	Nominal dicotómica Nominal
5 - Profissão	1: Membros das forças armadas; 2: Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa; 3: Especialistas das profissões intelectuais e científicas; 4: Técnicos e profissionais de nível intermédio; 5: Pessoal dos serviços e vendedores; 6:Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura; 7: Operários, artífices e trabalhadores similares; 8: Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem; 9: Trabalhadores não qualificados; 10: Doméstico, Desempregado; 11: Pensionista/Reformado; 12: Estudante; 13: Outra; Se outra, especificar	Nominal
6 - Nível de escolaridade	1: Nenhum; 2: Ensino básico: 1.º ciclo (4 anos); 3: Ensino básico-2.º ciclo (6 anos); 4: Ensino básico-3.º ciclo (9 anos); 5: Ensino secundário (11 ou 12 anos); 6: Ensino superior	Nominal
7 - Grau de Parentesco	1: Pai; 2: mãe; 3: filha; 4: filho; 5: conjugue; 6: outro; Se outro, especificar	Nominal

5.5.3 - Caracterização das necessidades de cuidados da Pessoa Dependente nos processos corporais, autocuidados e processo familiar

A tabela 3 apresenta a operacionalização das variáveis de caracterização das necessidades de cuidados da pessoa dependente referentes aos processos corporais, autocuidados e processo familiar. Foram organizadas em subgrupos: atitudes terapêuticas, autocuidados e focos de atenção do domínio dos processos corporais, processos psicológicos, todas as variáveis são binominais de tipo "Presente/Ausente", correspondendo, em cada caso, à presença ou ausência do foco de atenção/diagnóstico de enfermagem.

Tabela 3 - Operacionalização das variáveis de caracterização das necessidades de cuidados da pessoa dependente nos processos corporais, autocuidados e processo familiar

PROCESSOS DE VIDA/SAÚDE	FOCO DE ATENÇÃO/JUÍZO DIAGNÓSTICO	CONCEITO (CIPE)	OPERACIONALIZAÇÃO
Atitudes Terapêuticas	Oxigenoterapia	Terapia	0: Não; 1: Sim
	Sonda Gástrica	Sonda Entérica	0: Não; 1: Sim
	Cateter Venoso Periférico	Cânula	0: Não; 1: Sim
	Cateter Urinário	Cateter	0: Não; 1: Sim
	Traqueostomia	Estoma	0: Não; 1: Sim
	Ostomia de Eliminação	Estoma	0: Não; 1: Sim
Processo Psicológico	Memória Comprometida	Dificuldade/ Incapacidade de recuperar informação Dificuldade/ Incapacidade para adquirir nova informação	0: Não; 1: Sim
Processo Neuromuscular	Consciência Comprometida	Status: resposta mental a impressões resultantes de uma combinação dos sentidos; mantendo a mente alerta e sensível ao ambiente exterior.	0: Não; 1: Sim
	Desuso	Hipoatividade: falta de atividade	0: Não; 1: Sim
	Paresia	Paralisia: paralisia total ou parcial; perda incompleta ou completa da capacidade de mover partes do corpo, tais como a boca, a orofaringe ou a pálpebra.	0: Não; 1: Sim

	Rigidez Articular	Processo do sistema musculosquelético comprometido: angulação da articulação; fibrose do tecido conjuntivo da cápsula articular que impede a mobilidade normal da mão, dos dedos da mão, do cotovelo, do ombro, do pé, do joelho ou dos dedos do pé; movimentos limitados ou incapacidade de movimentos e alinhamento anormal da articulação, associada a atrofia ou encurtamento das fibras musculares devido a ausência de movimentos articulares passivos ou ativos, ou a perda da elasticidade normal da pele, devido à formação de extenso tecido cicatricial sobre a articulação.	0: Não; 1: Sim
	Espasticidade	Processo do sistema musculosquelético comprometido: contração descontrolada dos músculos esqueléticos; aumento do tónus muscular; rigidez muscular e movimentos descoordenados.	0: Não; 1: Sim
	Equilíbrio Comprometido	Equilíbrio estático e dinâmico	0: Não; 1: Sim
	Comunicação	Comportamento interativo: dar e receber informações utilizando comportamentos	0: Não; 1: Sim

		verbais e não-verbais face a face ou com meios tecnológicos sincronizados ou não sincronizados.	
	Dor	Perceção comprometida: aumento de sensação corporal desconfortável, referência subjetiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tónus muscular, comportamento de autoproteção, limitação do foco de atenção, alteração da perceção do tempo, fuga do contacto social, processo de pensamento comprometido, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite.	0: Não; 1: Sim
Processo Cardiorrespiratório	Ventilação Comprometida	Processo do sistema respiratório: deslocar o ar para dentro e para fora dos pulmões com frequência e ritmo respiratórios determinados; profundidade inspiratória e força expiratória.	0: Não; 1: Sim
	Limpeza da via aérea comprometida	Processo do sistema respiratório: manter aberta a passagem de ar desde a boca até aos alvéolos pulmonares através da capacidade para limpar as secreções ou obstruções do trato respiratório.	0: Não; 1: Sim

	Perfusão dos tecidos periféricos comprometida	Perfusão dos tecidos inefetiva	0: Não; 1: Sim
Processo do Sistema Gastrointestinal	Mastigação comprometida	Comer ou beber: decomposição mecânica dos alimentos na boca, esmagando-os com os dentes e os movimentos da língua.	0: Não; 1: Sim
	Deglutição comprometida	Comer ou beber: passagem dos líquidos e dos alimentos fragmentados, pelo movimento da língua e dos músculos, da boca para o estômago através da orofaringe e esófago.	0: Não; 1: Sim
	Impactação Fecal	Obstipação: ausência de emissão de fezes, evacuação dolorosa, sensação de pressão e preenchimento retal, massa palpável ou coleção de fezes endurecidas no reto.	0: Não; 1: Sim
	Incontinência Intestinal	Incontinência intestinal: passagem involuntária e expulsão não controlada de fezes.	0: Não; 1: Sim
Processo do Sistema Urinário	Retenção Urinária	Status urinário: acumulação involuntária de urina na bexiga; esvaziamento incompleto da bexiga associado a perda da sua função muscular; efeitos secundários da medicação narcótica ou lesão da bexiga.	0: Não; 1: Sim

	Incontinência Urinária	Status de continência: passagem involuntária de urina; incapacidade de controlo voluntário dos esfíncteres vesical e uretral.	0: Não; 1: Sim
Processo do Sistema Tegumentar	Membrana Mucosa Comprometida	Componente do sistema tegumentar: camadas de revestimento natural, sem queratina, na superfície interna do corpo, forrando cavidades ou canais que abrem para o exterior do corpo; incluem as mucosas da boca, nariz, vagina, tubo digestivo, vias respiratórias e trato genito-urinário; as mucosas protegem as estruturas subjacentes, segregam muco que lubrifica as estruturas associadas, absorvem água, sais e outros solutos.	0: Não; 1: Sim
	Eritema pelas Fraldas	Eritema: erupção localizada na área de pele em contacto com as fraldas.	0: Não; 1: Sim
	Úlcera de Pressão	Úlcera: dano, inflamação ou ferida da pele ou estruturas subjacentes como resultado da compressão tecidular e perfusão inadequada.	0: Não; 1: Sim
	Úlcera Venosa	Úlcera: lesão circunscrita semelhante a uma loca, normalmente situada na	0: Não; 1: Sim

		perna, acima do maléolo; edema em torno da ferida; pele seca em torno da ferida; descamação acastanhada ou descoloração da pele; lipodermatosclerose; atrofia da pele; exantema; dor e dor na ferida, associada á insuficiência venosa crónica, lesão dos retalhos venosos e diminuição do retorno do sangue venoso dos membros inferiores para o tronco.	
	Úlcera Diabética	Ferida: ferida aberta ou lesão; perda da camada mais profunda de tecido; lesão circunscrita semelhante a uma loca; diminuição do aporte sanguíneo; tecido de granulação vermelho; necrose do tecido celular subcutâneo; odor da ferida; sensibilidade em redor da periferia, dor, crosta de tecido inflamado e necrótico associado a um processo inflamatório, infecioso ou maligno.	0: Não; 1: Sim
Processo do Sistema Regulador	Hipoglicémia	Processo do sistema regulador comprometido	0: Não; 1: Sim
	Hiperglicemia	Processo do sistema regulador comprometido	0: Não; 1: Sim
	Desidratação	Processo do sistema regulador comprometido	0: Não; 1: Sim

	Edema	Retenção de líquidos	0: Não; 1: Sim
	Intolerância à atividade	Status comprometido: falta de capacidade ou energia para tolerar ou completar atividades.	0: Não; 1: Sim
Autocuidado	Virar-se Comprometido	Virar: mover e mudar o corpo de um lado para outro e de frente para trás.	0: Não; 1: Sim
	Transferir-se Comprometido	Capacidade comprometida para: deslocar-se e mudar o corpo de um local para outro.	0: Não; 1: Sim
	Sentar-se Comprometido	Capacidade comprometida para sentar-se - Baixar: mover-se, modificando a posição do corpo, partindo da posição de deitado ou de pé para a de sentado.	0: Não; 1: Sim
	Cuidar da Higiene Pessoal Comprometido	Capacidade comprometida para Executar: Tomar banho, mudar de roupa, levantar da cama, associado a padrão cultural e nível socioeconómico.	0: Não; 1: Sim
	Vestir-se ou despir-se Comprometido	Incapacidade de vestir-se/despir-se e arranjar-se.	0: Não; 1: Sim
	Andar. Comprometido	Capacidade comprometida para andar - Mobilizar: movimento do corpo de um lugar para outro, movendo as pernas passo a passo; capacidade para sustentar o peso do corpo e andar com uma marcha eficaz, com velocidades que vão de lenta a moderada ou rápida; subir	0: Não; 1: Sim

			ou descer escadas e rampas.	
		Alimentar-se Comprometido	Capacidade comprometida para: levar e colocar na boca os alimentos sólidos e líquidos.	0: Não; 1: Sim
		Gestão do regime Medicamentoso comprometido	Capacidade comprometida para se encarregar de, e organizar o regime medicamentoso.	0: Não; 1: Sim
Processo familiar	Preparação da Família para integrar um familiar dependente/ Capacidade do cuidador dificultadoras do exercício do papel	Capacidade Física para posicionar		0: Não; 1: Sim
		Capacidade física para vestir/despir		0: Não; 1: Sim
		Capacidade física para assistir no erguer-se		0: Não; 1: Sim
		Capacidade física para transferir		0: Não; 1: Sim
		Capacidade física para assistir no andar		0: Não; 1: Sim
		Capacidade Física para deslocar cliente em cadeira de rodas		0: Não; 1: Sim
		Capacidade física para alimentar		0: Não; 1: Sim
		Capacidade física para dar banho		0: Não; 1: Sim
		Capacidade para adquirir nova informação	Incapaz de reter nova informação Dificuldade em reter nova informação	0: Não; 1: Sim

		Capacidade na gestão do regime medicamentoso	Capacidade para gerir o regime	0: Não; 1: Sim
	Avaliação da participação da família na Organização do funcionamento da casa	Fazer Compras		0: Não; 1: Sim
		Arranjar a Casa		0: Não; 1: Sim
		Armazenamento dos Alimentos		0: Não; 1: Sim
		Acompanhar membro da família ao Serviço de saúde		0: Não; 1: Sim

5.5.4 - Descrição das intervenções do tipo, ensinar, instruir e treinar, dirigidas ao cuidador, em resposta a focos/diagnósticos de enfermagem presentes

A variável necessidades de intervenções dirigidas ao cuidador familiar, no domínio do suporte e educação, referem-se aos fenómenos de enfermagem, ou seja, fatores que influenciam o estado de saúde com as seguintes caraterísticas especificas: aspeto da saúde relevante para a prática de enfermagem (ICN, 2005 citado por Silva, 2006).

Por outras palavras, são aspetos da saúde relevantes para a prática de enfermagem e diagnósticos de enfermagem, que respondem através do desenvolvimento intervenções que visam produzir um resultado para manter, melhorar ou recuperar a saúde e o bem-estar da pessoa dependente que recebe cuidados de saúde.

As necessidades de cuidados, foram operacionalizadas, referindo-se às intervenções prescritas a implementar, pelos enfermeiros e/ou cuidadores familiares (principais e outros), em resposta a focos/diagnósticos de enfermagem presentes, tal como se pode verificar da tabela 4 á tabela 11.

Estas abrangem todas as propostas terapêuticas possíveis, de acordo com as atuais evidências científicas do conhecimento de Enfermagem, que constam na Ontologia de Enfermagem versão 1.2019, aprovada pela Ordem dos Enfermeiros, para cada foco de atenção a avaliar.

Tabela 4 - Operacionalização das variáveis: Atitudes Terapêuticas

ATITUDE TERAPÊUTICA	INTERVENÇÕES	OPERACIONALIZAÇÃO	TIPO
Oxigenoterapia	Ensinar sobre Oxigenoterapia Prescrição e Beneficiário	0: Não 1: Sim, ao doente 2: Sim, ao cuidador 3: Sim, a ambos	Nominal
Sonda Gástrica	Treinar a otimizar sonda gástrica Prescrição e Beneficiário	0: Não 1: Sim, ao doente 2: Sim, ao cuidador 3: Sim, a ambos	Nominal
Cateter urinário	Ensinar sobre prevenção de infeção do sistema urinário Prescrição e Beneficiário	0: Não 1: Sim, ao doente 2: Sim, ao cuidador 3: Sim, a ambos	Nominal
Traqueostomia	Ensinar sobre traqueostomia Prescrição e Beneficiário	0: Não 1: Sim, ao doente 2: Sim, ao cuidador 3: Sim, a ambos	Quantitativa Discreta
	Ensinar sobre autovigilância da pele peri-traqueostomia Prescrição e Beneficiário	0: Não 1: Sim, ao doente 2: Sim, ao cuidador 3: Sim, a ambos	Nominal
	Treinar cuidados à traqueostomia Prescrição e Beneficiário	0: Não 1: Sim, ao doente 2: Sim, ao cuidador 3: Sim, a ambos	Nominal

	Treinar cuidados à pele periestomal Prescrição e Beneficiário	0: Não 1: Sim, ao doente 2: Sim, ao cuidador 3: Sim, a ambos	Nominal
	Treinar a trocar a cânula Prescrição e Beneficiário	0: Não 1: Sim, ao doente 2: Sim, ao cuidador 3: Sim, a ambos	Nominal
	Ensinar sobre acesso a dispositivos Prescrição e Beneficiário	0: Não 1: Sim, ao doente 2: Sim, ao cuidador 3: Sim, a ambos	Nominal
Ostomia de eliminação	Ensinar sobre ostomia de eliminação Prescrição e Beneficiário	0: Não 1: Sim, ao doente 2: Sim, ao cuidador 3: Sim, a ambos	Nominal
	Ensinar sobre autovigilância da pele peri-ostomia Prescrição e Beneficiário	0: Não 1: Sim, ao doente 2: Sim, ao cuidador 3: Sim, a ambos	Nominal
	Treinar cuidados à ostomia Prescrição e Beneficiário	0: Não 1: Sim, ao doente 2: Sim, ao cuidador 3: Sim, a ambos	Nominal
	Treinar cuidados à ostomia Prescrição e Beneficiário	0: Não 1: Sim, ao doente 2: Sim, ao cuidador 3: Sim, a ambos	Nominal

	Treinar a trocar o saco Prescrição e Beneficiário	0: Não 1: Sim, ao doente 2: Sim, ao cuidador 3: Sim, a ambos	Nominal
	Treinar a trocar a placa Prescrição e Beneficiário	0: Não 1: Sim, ao doente 2: Sim, ao cuidador 3: Sim, a ambos	Nominal
	Ensinar sobre acesso a dispositivos Prescrição e Beneficiário	0: Não 1: Sim, ao doente 2: Sim, ao cuidador 3: Sim, a ambos	Nominal

Tabela 5 - Operacionalização das variáveis: Autocuidado

FOCO	**INTERVENÇÕES**	**OPERACIONALIZAÇÃO**	**TIPO**
Virar-se comprometido	Ensinar sobre prevenção de complicações na articulação da anca enquanto deitado Prescrição e Beneficiário	0: Não 1: Sim, ao doente 2: Sim, ao cuidador 3: Sim, a ambos	Nominal
	Treinar o virar Prescrição e Beneficiário	0: Não 1: Sim, ao doente 2: Sim, ao cuidador 3: Sim, a ambos	Nominal
	Treinar o virar usando dispositivo Prescrição e Beneficiário	0: Não 1: Sim, ao doente 2: Sim, ao cuidador 3: Sim, a ambos	Nominal

	Ensinar sobre acesso a dispositivos Prescrição e Beneficiário	0: Não 1: Sim, ao doente 2: Sim, ao cuidador 3: Sim, a ambos	Nominal
	Ensinar sobre prevenção de quedas Prescrição e Beneficiário	0: Não 1: Sim, ao doente 2: Sim, ao cuidador 3: Sim, a ambos	Nominal
	Treinar a transferir Prescrição e Beneficiário	0: Não 1: Sim, ao doente 2: Sim, ao cuidador 3: Sim, a ambos	Nominal
	Treinar a transferir através de dispositivo Prescrição e Beneficiário	0: Não 1: Sim, ao doente 2: Sim, ao cuidador 3: Sim, a ambos	Nominal
	Treinar para prevenção de complicações na articulação da anca durante o transferir-se Prescrição e Beneficiário	0: Não 1: Sim, ao doente 2: Sim, ao cuidador 3: Sim, a ambos	Nominal
	Ensinar sobre acesso a dispositivos Prescrição e Beneficiário	0: Não 1: Sim, ao doente 2: Sim, ao cuidador 3: Sim, a ambos	Nominal
Sentar-se comprometido	Ensinar sobre prevenção de complicações na articulação da anca durante o sentar-se	0: Não 1: Sim, ao doente 2: Sim, ao cuidador 3: Sim, a ambos	Nominal

	Prescrição e Beneficiário		
Cuidar da higiene pessoal comprometido	Treinar a tomar/dar banho Prescrição e Beneficiário	0: Não 1: Sim, ao doente 2: Sim, ao cuidador 3: Sim, a ambos	Nominal
	Treinar a tomar/dar banho usando dispositivo Prescrição e Beneficiário	0: Não 1: Sim, ao doente 2: Sim, ao cuidador 3: Sim, a ambos	Nominal
	Treinar uso do sanitário Prescrição e Beneficiário	0: Não 1: Sim, ao doente 2: Sim, ao cuidador 3: Sim, a ambos	Nominal
	Ensinar sobre acesso a dispositivos Prescrição e Beneficiário	0: Não 1: Sim, ao doente 2: Sim, ao cuidador 3: Sim, a ambos	Nominal
Vestir-se e despir-se comprometido	Treinar a vestir ou despir Prescrição e Beneficiário	0: Não 1: Sim, ao doente 2: Sim, ao cuidador 3: Sim, a ambos	Nominal
	Treinar a vestir ou despir usando dispositivo Prescrição e Beneficiário	0: Não 1: Sim, ao doente 2: Sim, ao cuidador 3: Sim, a ambos	Nominal
	Ensinar sobre acesso a dispositivos Prescrição e Beneficiário	0: Não 1: Sim, ao doente	Nominal

		2: Sim, ao cuidador 3: Sim, a ambos	
Andar comprometido	Ensinar sobre prevenção de quedas Prescrição e Beneficiário	0: Não 1: Sim, ao doente 2: Sim, ao cuidador 3: Sim, a ambos	Nominal
	Ensinar sobre adaptação do domicílio para usar cadeira de rodas Prescrição e Beneficiário	0: Não 1: Sim, ao doente 2: Sim, ao cuidador 3: Sim, a ambos	Nominal
	Treinar o andar Prescrição e Beneficiário	0: Não 1: Sim, ao doente 2: Sim, ao cuidador 3: Sim, a ambos	Nominal
	Treinar o andar com auxiliar de marcha Prescrição e Beneficiário	0: Não 1: Sim, ao doente 2: Sim, ao cuidador 3: Sim, a ambos	Nominal
	Treinar a usar cadeira de rodas Prescrição e Beneficiário	0: Não 1: Sim, ao doente 2: Sim, ao cuidador 3: Sim, a ambos	Nominal
	Ensinar sobre acesso a dispositivos Prescrição e Beneficiário	0: Não 1: Sim, ao doente 2: Sim, ao cuidador 3: Sim, a ambos	Nominal
Alimentar-se comprometido	Treinar a alimentar	0: Não	Nominal

	Prescrição e Beneficiário	1: Sim, ao doente 2: Sim, ao cuidador 3: Sim, a ambos	
	Treinar a alimentar usando dispositivo Prescrição e Beneficiário	0: Não 1: Sim, ao doente 2: Sim, ao cuidador 3: Sim, a ambos	Nominal
	Treinar a alimentar usando dispositivo Prescrição e Beneficiário	0: Não 1: Sim, ao doente 2: Sim, ao cuidador 3: Sim, a ambos	Nominal
	Ensinar sobre acesso a dispositivos Prescrição e Beneficiário	0: Não 1: Sim, ao doente 2: Sim, ao cuidador 3: Sim, a ambos	Nominal
Autogestão do regime medicamentoso comprometida	Ensinar sobre gestão do regime medicamentoso Prescrição e Beneficiário	0: Não 1: Sim, ao doente 2: Sim, ao cuidador 3: Sim, a ambos	Nominal
	Ensinar sobre regime medicamentoso Prescrição e Beneficiário	0: Não 1: Sim, ao doente 2: Sim, ao cuidador 3: Sim, a ambos	Nominal
	Ensinar sobre ajuste da medicação de acordo com os resultados da vigilância Prescrição e Beneficiário	0: Não 1: Sim, ao doente 2: Sim, ao cuidador 3: Sim, a ambos	Nominal

	Treinar a administrar medicação Prescrição e Beneficiário	0: Não 1: Sim, ao doente 2: Sim, ao cuidador 3: Sim, a ambos	Nominal
	Treinar a gerir regime medicamentoso usando dispositivo Prescrição e Beneficiário	0: Não 1: Sim, ao doente 2: Sim, ao cuidador 3: Sim, a ambos	Nominal
	Ensinar sobre acesso a dispositivos Prescrição e Beneficiário	0: Não 1: Sim, ao doente 2: Sim, ao cuidador 3: Sim, a ambos	Nominal

Tabela 6 - Operacionalização das variáveis: Processo Neuromuscular

FOCO/JUÍZO	**INTERVENÇÕES**	**OPERACIONALIZAÇÃO**	**TIPO**
Desuso	Instruir exercícios músculos-articulares Prescrição e Beneficiário	0: Não 1: Sim, ao doente 2: Sim, ao cuidador 3: Sim, a ambos	Nominal
	Treinar exercícios músculos-articulares Prescrição e Beneficiário	0: Não 1: Sim, ao doente 2: Sim, ao cuidador 3: Sim, a ambos	Nominal. Dicotómica
	Instruir exercícios isométricos Prescrição e Beneficiário	0: Não 1: Sim, ao doente 2: Sim, ao cuidador 3: Sim, a ambos	Nominal

Paresia	Instruir exercícios músculos-articulares Prescrição	0: Não 1: Sim, ao doente 2: Sim, ao cuidador 3: Sim, a ambos	Nominal
	Treinar exercícios músculos-articulares Prescrição e Beneficiário	0: Não 1: Sim, ao doente 2: Sim, ao cuidador 3: Sim, a ambos	Nominal
	Instruir exercícios isométricos Prescrição e Beneficiário	0: Não 1: Sim, ao doente 2: Sim, ao cuidador 3: Sim, a ambos	Nominal
	Treinar exercícios isométricos Prescrição e Beneficiário	0: Não 1: Sim, ao doente 2: Sim, ao cuidador 3: Sim, a ambos	Nominal
Rigidez Articular	Instruir exercícios músculos-articulares Prescrição e Beneficiário	0: Não 1: Sim, ao doente 2: Sim, ao cuidador 3: Sim, a ambos	Nominal
	Treinar exercícios músculos-articulares Prescrição e Beneficiário	0: Não 1: Sim, ao doente 2: Sim, ao cuidador 3: Sim, a ambos	Nominal
	Instruir exercícios isométricos Prescrição e Beneficiário	0: Não 1: Sim, ao doente 2: Sim, ao cuidador 3: Sim, a ambos	Nominal

	Treinar exercícios isométricos Prescrição e Beneficiário	0: Não 1: Sim, ao doente 2: Sim, ao cuidador 3: Sim, a ambos	Nominal
Espasticidade	Instruir a posicionar em padrão antiespástico Prescrição e Beneficiário	0: Não 1: Sim, ao doente 2: Sim, ao cuidador 3: Sim, a ambos	Nominal
	Treinar a posicionar em padrão antiespástico Prescrição e Beneficiário	0: Não 1: Sim, ao doente 2: Sim, ao cuidador 3: Sim, a ambos	Nominal
	Treinar Equilibrio Estático Prescrição e Beneficiário	0: Não 1: Sim, ao doente 2: Sim, ao cuidador 3: Sim, a ambos	Nominal
	Assistir no treino do equilíbrio Prescrição e Beneficiário	0: Não 1: Sim, ao doente 2: Sim, ao cuidador 3: Sim, a ambos	Nominal
	Ensinar sobre prevenção de quedas Prescrição e Beneficiário	0: Não 1: Sim, ao doente 2: Sim, ao cuidador 3: Sim, a ambos	Nominal
	Instruir o treino do equilíbrio estático Prescrição e Beneficiário	0: Não 1: Sim, ao doente 2: Sim, ao cuidador 3: Sim, a ambos	Nominal

Equilíbrio Comprometido	Instruir o treino do equilíbrio dinâmico Prescrição e Beneficiário	0: Não 1: Sim, ao doente 2: Sim, ao cuidador 3: Sim, a ambos	Nominal
Comunicação comprometida	Ensinar sobre sistemas alternativos de comunicação Prescrição e Beneficiário	0: Não 1: Sim, ao doente 2: Sim, ao cuidador 3: Sim, a ambos	Nominal

Tabela 7 - Operacionalização das variáveis: Processo Cardiorrespiratório

FOCO/JUÍZO	**INTERVENÇÕES**	**OPERACIONALIZAÇÃO**	**TIPO**
Limpeza das vias aéreas	Treinar técnica respiratória Prescrição e Beneficiário	0: Não 1: Sim, ao doente 2: Sim, ao cuidador 3: Sim, a ambos	Nominal
	Treinar a executar inaloterapia Prescrição e Beneficiário	0: Não 1: Sim, ao doente 2: Sim, ao cuidador 3: Sim, a ambos	Nominal
Perfusão dos tecidos periféricos comprometida	Ensinar sobre posicionamento facilitador da perfusão dos tecidos Prescrição e Beneficiário	0: Não 1: Sim, ao doente 2: Sim, ao cuidador 3: Sim, a ambos	Nominal
	Ensinar sobre exercícios para prevenir complicações do compromisso da perfusão dos tecidos Prescrição e Beneficiário	0: Não 1: Sim, ao doente 2: Sim, ao cuidador 3: Sim, a ambos	Nominal

	Treinar exercícios músculo articulares promotores da perfusão periférica dos tecidos Prescrição e Beneficiário	0: Não 1: Sim, ao doente 2: Sim, ao cuidador 3: Sim, a ambos	Nominal

Tabela 8 - Operacionalização das variáveis: Processo do Sistema Gastrointestinal

FOCO/JUÍZO	INTERVENÇÕES	OPERACIONALIZAÇÃO	TIPO
Mastigação e deglutição comprometida	Ensinar sobre dieta para facilitar a mastigação Prescrição e Beneficiário	0: Não 1: Sim, ao doente 2: Sim, ao cuidador 3: Sim, a ambos	Nominal
	Ensinar sobre prevenção da aspiração Prescrição e Beneficiário	0: Não 1: Sim, ao doente 2: Sim, ao cuidador 3: Sim, a ambos	Nominal
	Ensinar sobre inspeção da cavidade oral após as refeições Prescrição e Beneficiário	0: Não 1: Sim, ao doente 2: Sim, ao cuidador 3: Sim, a ambos	Nominal
	Ensinar sobre dieta para facilitar a deglutição Prescrição e Beneficiário	0: Não 1: Sim, ao doente 2: Sim, ao cuidador 3: Sim, a ambos	Nominal
	Treinar técnica de deglutição Prescrição	0: Não 1: Sim	Nominal. Dicotómica
Incontinência Intestinal	Ensinar sobre planeamento da eliminação intestinal	0: Não 1: Sim, ao doente	Nominal

	Prescrição e Beneficiário	2: Sim, ao cuidador 3: Sim, a ambos	
	Ensinar sobre prevenção da maceração do períneo Prescrição e Beneficiário	0: Não 1: Sim, ao doente 2: Sim, ao cuidador 3: Sim, a ambos	Nominal
	Ensinar sobre regime dietético Prescrição e Beneficiário	0: Não 1: Sim, ao doente 2: Sim, ao cuidador 3: Sim, a ambos	Nominal

Tabela 9 - Operacionalização das variáveis: Processo do Sistema Urinário

FOCO/JUÍZO	**INTERVENÇÕES**	**OPERACIONALIZAÇÃO**	**TIPO**
Retenção urinária	Ensinar sobre prevenção da retenção urinária Prescrição e Beneficiário	0: Não 1: Sim, ao doente 2: Sim, ao cuidador 3: Sim, a ambos	Nominal
Incontinência urinária	Ensinar sobre acesso a dispositivos Prescrição e Beneficiário	0: Não 1: Sim, ao doente 2: Sim, ao cuidador 3: Sim, a ambos	Nominal
	Ensinar sobre planeamento da eliminação urinária Prescrição e Beneficiário	0: Não 1: Sim, ao doente 2: Sim, ao cuidador 3: Sim, a ambos	Nominal
	Ensinar sobre prevenção da maceração do períneo Prescrição e Beneficiário	0: Não 1: Sim, ao doente	Nominal

		2: Sim, ao cuidador 3: Sim, a ambos	
	Treinar autocateterização vesical Prescrição e Beneficiário	0: Não 1: Sim, ao doente 2: Sim, ao cuidador 3: Sim, a ambos	Nominal
	Treinar a trocar o dispositivo urinário Prescrição e Beneficiário	0: Não 1: Sim, ao doente 2: Sim, ao cuidador 3: Sim, a ambos	Nominal

Tabela 10 - Operacionalização das variáveis: Processo do Sistema Tegumentar

FOCO/JUÍZO	INTERVENÇÕES	OPERACIONALIZAÇÃO	TIPO
Membrana mucosa comprometida	Ensinar sobre tratamento da membrana mucosa Prescrição e Beneficiário	0: Não 1: Sim, ao doente 2: Sim, ao cuidador 3: Sim, a ambos	Nominal
	Ensinar sobre sinais de complicação da membrana mucosa Prescrição e Beneficiário	0: Não 1: Sim, ao doente 2: Sim, ao cuidador 3: Sim, a ambos	Nominal
Eritema pelas fraldas	Ensinar sobre tratamento do eritema Prescrição e Beneficiário	0: Não 1: Sim, ao doente 2: Sim, ao cuidador 3: Sim, a ambos	Nominal
	Ensinar sobre troca da fralda Prescrição e Beneficiário	0: Não 1: Sim, ao doente	Nominal

		2: Sim, ao cuidador 3: Sim, a ambos	
	Ensinar sobre vigilância da pele Prescrição e Beneficiário	0: Não 1: Sim, ao doente 2: Sim, ao cuidador 3: Sim, a ambos	Nominal
Úlcera de pressão	Ensinar sobre cuidados à úlcera de pressão Prescrição e Beneficiário	0: Não 1: Sim, ao doente 2: Sim, ao cuidador 3: Sim, a ambos	Nominal
	Ensinar sobre sinais de complicação da úlcera de pressão Prescrição e Beneficiário	0: Não 1: Sim, ao doente 2: Sim, ao cuidador 3: Sim, a ambos	Nominal
Úlcera Venosa	Ensinar sobre cuidados à úlcera venosa Prescrição e Beneficiário	0: Não 1: Sim, ao doente 2: Sim, ao cuidador 3: Sim, a ambos	Nominal
	Ensinar sobre sinais de complicação da úlcera venosa Prescrição e Beneficiário	0: Não 1: Sim, ao doente 2: Sim, ao cuidador 3: Sim, a ambos	Nominal
	Ensinar sobre terapia compressiva Prescrição e Beneficiário	0: Não 1: Sim, ao doente 2: Sim, ao cuidador 3: Sim, a ambos	Nominal
	Ensinar sobre estratégias de promoção do retorno venoso	0: Não	Nominal

	Prescrição e Beneficiário	1: Sim, ao doente 2: Sim, ao cuidador 3: Sim, a ambos	
Úlcera diabética	Ensinar sobre cuidados à Úlcera diabética Prescrição e Beneficiário	0: Não 1: Sim, ao doente 2: Sim, ao cuidador 3: Sim, a ambos	Nominal
	Ensinar sobre sinais de complicação da Úlcera diabética Prescrição e Beneficiário	0: Não 1: Sim, ao doente 2: Sim, ao cuidador 3: Sim, a ambos	Nominal
	Ensinar posicionamento facilitador da perfusão dos tecidos Prescrição e Beneficiário	0: Não 1: Sim, ao doente 2: Sim, ao cuidador 3: Sim, a ambos	Nominal

Tabela 11 - Operacionalização das variáveis: Processo do Sistema Regulador

FOCO/JUÍZO	**INTERVENÇÕES**	**OPERACIONALIZAÇÃO**	**TIPO**
Hipo/Hiperglicemia	Ensinar sobre regime medicamentoso Prescrição e Beneficiário	0: Não 1: Sim, ao doente 2: Sim, ao cuidador 3: Sim, a ambos	Nominal
	Ensinar sobre complicações da hipo/hiperglicemia Prescrição e Beneficiário	0: Não 1: Sim, ao doente 2: Sim, ao cuidador 3: Sim, a ambos	Nominal
	Ensinar sobre controlo da hipo/hiperglicemia	0: Não	Nominal

	Prescrição e Beneficiário	1: Sim, ao doente 2: Sim, ao cuidador 3: Sim, a ambos	
	Ensinar sobre glicemia Prescrição e Beneficiário	0: Não 1: Sim, ao doente 2: Sim, ao cuidador 3: Sim, a ambos	Nominal
	Ensinar sobre insulina Prescrição e Beneficiário	0: Não 1: Sim, ao doente 2: Sim, ao cuidador 3: Sim, a ambos	Nominal
	Ensinar sobre prevenção de complicações da hipoglicemia/hiperglicemia Prescrição e Beneficiário	0: Não 1: Sim, ao doente 2: Sim, ao cuidador 3: Sim, a ambos	Nominal
	Ensinar sobre sinais de hipo/hiperglicemia Prescrição e Beneficiário	0: Não 1: Sim, ao doente 2: Sim, ao cuidador 3: Sim, a ambos	Nominal
	Treinar a avaliar a glicemia capilar Prescrição e Beneficiário	0: Não 1: Sim, ao doente 2: Sim, ao cuidador 3: Sim, a ambos	Nominal
	Treinar a administrar insulina Prescrição e Beneficiário	0: Não 1: Sim, ao doente 2: Sim, ao cuidador 3: Sim, a ambos	Nominal

	Ensinar sobre acesso a dispositivos Prescrição e Beneficiário	0: Não 1: Sim, ao doente 2: Sim, ao cuidador 3: Sim, a ambos	Nominal
Desidratação	Ensinar sobre regime de ingestão de líquidos Prescrição e Beneficiário	0: Não 1: Sim, ao doente 2: Sim, ao cuidador 3: Sim, a ambos	Nominal
	Ensinar sobre desidratação Prescrição e Beneficiário	0: Não 1: Sim, ao doente 2: Sim, ao cuidador 3: Sim, a ambos	Nominal
Edema	Ensinar sobre sinais de retenção de líquidos Prescrição e Beneficiário	0: Não 1: Sim, ao doente 2: Sim, ao cuidador 3: Sim, a ambos	Nominal
	Ensinar sobre complicações da retenção de líquidos Prescrição e Beneficiário	0: Não 1: Sim, ao doente 2: Sim, ao cuidador 3: Sim, a ambos	Nominal
	Ensinar sobre prevenção de lesões tegumentares Prescrição e Beneficiário	0: Não 1: Sim, ao doente 2: Sim, ao cuidador 3: Sim, a ambos	Nominal
	Ensinar sobre sinais de compromisso do processo neurovascular Prescrição e Beneficiário	0: Não 1: Sim, ao doente 2: Sim, ao cuidador 3: Sim, a ambos	Nominal

	Ensinar sobre posicionamento para diminuir o edema Prescrição e Beneficiário	0: Não 1: Sim, ao doente 2: Sim, ao cuidador 3: Sim, a ambos	Nominal
Intolerância à atividade	Ensinar sobre conservação de energia Prescrição e Beneficiário	0: Não 1: Sim, ao doente 2: Sim, ao cuidador 3: Sim, a ambos	Nominal
	Ensinar sobre gestão dos períodos de atividade e repouso Prescrição e Beneficiário	0: Não 1: Sim, ao doente 2: Sim, ao cuidador 3: Sim, a ambos	Nominal

A "*frequência de cuidados esperada*" refere-se ao número de ocorrências durante um determinado período de tempo, ou seja, ao número de repetições por unidade de tempo (ICN, 2005) que era necessário implementar a intervenção, de acordo com o juízo clínico do enfermeiro investigador e a condição clínica do utente.

A "*frequência de cuidados implementada*" refere-se ao registo do número de repetições por unidade de tempo em que a intervenção foi, ou estava previsto, ser implementada. Estas variáveis dependem das condições desejáveis de tempo, dos recursos profissionais e materiais para o exercício profissional em contexto domiciliário.

Tabela 12 - Operacionalização das variáveis: Frequências

VARIÁVEIS	**OPERACIONALIZAÇÃO**	**TIPO**
Frequência da intervenção de enfermagem esperada	Número de vezes por dia Número de vezes por semana Número de vezes por mês	Quantitativa Discreta

Frequência da intervenção de enfermagem implementada	Número de vezes por dia Número de vezes por semana Número de vezes por mês	Quantitativa Discreta

5.5.5 - Pré-teste

O formulário como dissemos foi construído no âmbito do estudo de Bento (2020) em que colaborámos e realizámos a fase de pré-teste do mesmo. Deste modo, na fase de finalização do instrumento de colheita de dados, este foi, como refere Polit & Beck (2011), examinado criteriosamente por uma investigadora perita na área de enfermagem e por três investigadores, enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação, que participaram ativamente na fase de colheita de dados do estudo e por dois outros investigadores, peritos também na área de enfermagem, através de um método indicado por Goldman (1971) de reflexão falada que consiste numa análise qualitativa de itens, que teve como finalidade realizar a análise e apreciação relativamente ao conteúdo e à forma dos itens, designadamente, no que se refere á sua clareza, á sua compreensão e adequação aos objetivos (Bento, 2020).

Posteriormente, á realização das correções necessárias do formulário, o instrumento foi submetido à discussão de um painel constituído pelos responsáveis de cada Unidades de Cuidados na Comunidade, em que as ECCI se inserem, ou pelo seu representante, em reunião que decorreu no dia 19 de junho de 2019 na sede do ACES Baixo Mondego, com a finalidade de os ouvir sobre se o formulário comtemplava todos os focos da prática de enfermagem, que eram normalmente foco de atenção dos enfermeiros das ECCI no decurso da sua ação profissional relativa às pessoas dependentes no autocuidado a quem prestam cuidados e todas as intervenções. No entanto, não foi sugerida a introdução de nenhum novo foco ou intervenção.

De seguida, o formulário foi submetido a um pré-teste, com cinco casos, realizado na ECCI de Coimbra. O pré-teste do formulário, teve como objetivo compreender a adequação do instrumento e identificar potenciais erros, lacunas ou dificuldades no seu preenchimento. Porém, não se registaram alterações relevantes ao formulário.

E por fim, para responder aos objetivos do nosso estudo utilizámos apenas os dados do formulário referentes às variáveis descritas no subcapítulo anterior.

5.5.6 - Contexto do estudo

Este estudo foi realizado no domicílio das pessoas dependentes e seus cuidadores familiares, em parceria com as Equipas de Cuidados Continuados que integram o ACES Baixo Mondego da Administração Regional de Saúde do Centro. Estas equipas implementam intervenções de acordo com os respetivos diagnósticos que visam promover o bem-estar e a qualidade de vida dos utentes e dos cuidadores.

A área de intervenção do ACES Baixo Mondego abrange 10 concelhos, tais como: Mira, Cantanhede, Mealhada, Mortágua, Figueira da Foz, Montemor-o-velho, Coimbra, Penacova, Soure e Condeixa-a-nova e inclui atualmente uma população de 344 277 habitantes, representando 21% da população da região ARS Centro com 1663 772 habitantes que constam na tabela abaixo apresentada.

Tabela 13 - Distribuição da população residente (estimativas 2017), por sexo

LOCAL DE RESIDÊNCIA	**TOTAL**		
	HM	**H**	**M**
Continente	9 792 797	4 630 471	5 162 326
ARS Centro	1 663 772	786 304	877 468
Aces Baixo Mondego	344 277	161 231	183 046

HM- Homens e Mulheres | H – Homens | M - Mulheres

Fonte: Observatórios Regionais de Saúde (dados: INE, IP)

Por outro lado, o índice de envelhecimento (2018) tem aumentado e é superior ao da região e ao do Continente. O índice de dependência tem vindo aumentar, principalmente nos idosos, contrariamente ao que acontece no indice de dependência de jovens que diminuiu, com o passar dos anos, tal como se verifica no quadro abaixo exposto (ARS Centro, 2018).

Tabela 14 - Distribuição do índice de envelhecimento, de dependência de jovens e de dependência de idosos de 1991 a 2017

LOCAL DE RESIDÊNCIA	**1991**	**2001**	**2011**	**2017**

Índice de Envelhecimento				
Continente	73,6	104,8	130,5	158,3
ARS Centro	92,1	131,7	166,4	201,6
Aces Baixo Mondego	89,8	136,6	173,3	207,6
Índice de Dependência de Jovens				
Continente	28,5	23,7	22,5	21,4
ARS Centro	28,6	23,1	20,8	19,1
Aces Baixo Mondego	26,0	20,7	19,8	19,3
Índice de Dependência de Idosos				
Continente	21,0	24,8	29,3	33,9
ARS Centro	26,3	30,4	34,6	38,4
Aces Baixo Mondego	23,3	28,3	34,2	40,2

Fonte: Observatórios Regionais de Saúde (dados: INE, IP)

É também de evidenciar, que a esperança média de vida no Aces Baixo Mondego tem vindo aumentar desde 1996 a 2017, em ambos os sexos e é próxima da região centro e do continente.

Tabela 15 - Distribuição da esperança de vida à nascença da população residente no ACES Baixo Mondego, por triénios 1996-1998, 2005-2007 e 2015-2017

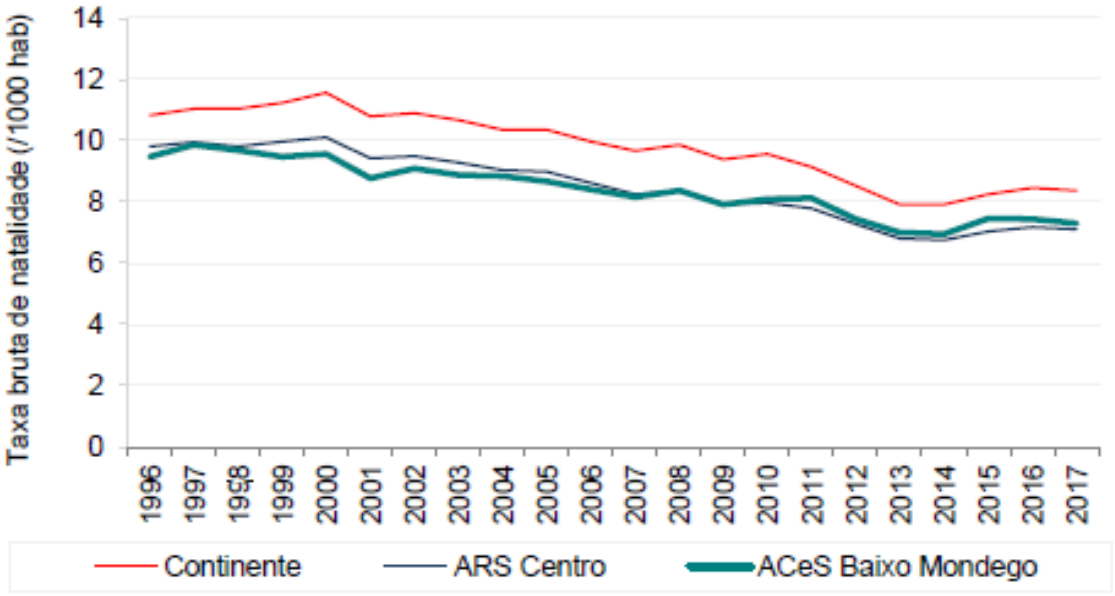
ESPERANÇA DE VIDA	**ACES BAIXO MONDEGO**		
	HM	**H**	**M**
Triénio 1996-1998	76,8	73,4	80,2
Triénio 2005-2007	79,9	76,7	82,8
Triénio 2015-2017	82,0	78,7	85,0

HM- Homens e Mulheres | H – Homens | M - Mulheres

Fonte: Observatórios Regionais de Saúde (dados: INE, IP)

No entanto, a taxa bruta de natalidade (7,4%) tem mostrado uma tendência decrescente, posicionando-se entre os valores da região e do continente, como se pode verificar abaixo no gráfico 1 (ARS Centro, 2018).

Gráfico 1 – Evolução da taxa bruta de natalidade (/1000 habitantes), 1996-2017



Fonte: Observatórios Regionais de Saúde (dados: INE, IP)

Numa análise centrada na realidade vivida em cada um dos municípios da região ACES do Baixo Mondego, constata-se que as características sociodemográficas são factores que influenciam as pessoas com dependência no autocuidado e os seus cuidadores familiares.

No que se refere, à população residente que incorpora a intervenção do ACES Baixo Mondego, em 2018 de acordo com os dados da PORDATA (2020), o número total de residentes era de 343218 pessoas, sendo que 87217 (25,41%) tinha 65 anos ou mais.

Relativamente às Unidades Funcionais, o ACES Baixo Mondego é composto por 47 unidades funcionais: 21 Unidades de Saúde Familiar, 13 Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados, 1 Unidade de Saúde Pública, 1 Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados e 11 Unidades de Cuidados na Comunidade. Estas Unidades de Cuidados na Comunidade estão agregadas a 13 ECCI, presentemente em funcionamento no ACES.

A população escolhida para este estudo refere-se ao conjunto de cuidadores familiares das pessoas dependentes no autocuidado a viver no domicílio, referenciadas e admitidas pelas ECCI´s. Neste âmbito. a amostra selecionada para este estudo é constituída por um conjunto de cuidadores de 130 pessoas dependentes no autocuidado a viver no domicílio, referenciadas e admitidas para ECCI´s do Agrupamento de Centros de Saúde Baixo Mondego, admitidas no período de julho de 2019 a fevereiro de 2020, após as devidas autorizações da Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde (UICISA-E) e do Agrupamento de Centros de Saúde Baixo Mondego.

Assim, a amostra foi assim constituída de forma sequencial, não probabilística, à medida que os utentes iam sendo referenciados para a ECCI até perfazer a totalidade das vagas disponíveis.

5.6.1 - Procedimentos de recolha de dados

A recolha de dados realizou-se durante o período de tempo do mês de julho de 2019 ao mês fevereiro de 2020, com o apoio de três investigadores, enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação, que se encontravam a desenvolver, dissertações de mestrado integrados no projeto. Estes dados confirmavam a realização de um juízo diagnóstico sobre os processos da saúde das pessoas dependentes no autocuidado e as dificuldades dos cuidadores familiares na resposta às necessidades destas pessoas dependentes.

No entanto, para certificar que a recolha de dados efetuada pelos investigadores fosse uniforme, foram realizadas reuniões de trabalho semanais durante os meses de março, maio e junho, com todos os investigadores para discutir o formulário e os procedimentos de recolha de dados. De acordo com a discussão e a revisão da literatura científica, foram estruturados dois documentos orientadores que constam nos Anexos I e II. Estes documentos são constituídos por orientações e procedimentos a ter em consideração, no contacto com os cuidadores familiares, na recolha de dados que validam a pertinência do juízo diagnóstico e no preenchimento do formulário. Para o planeamento da recolha de dados, foi também realizada uma reunião com todos os enfermeiros responsáveis pelas ECCI do ACES Baixo Mondego, onde se decidiu a forma de contato dos enfermeiros das ECCI com os investigadores, de modo a garantir que os mesmos eram informados perante a admissão de um novo utente para cuidados pela ECCI até às 72 horas após admissão.

Durante a recolha de dados os investigadores foram acompanhados pelo enfermeiro da ECCI responsável pelos cuidados à pessoa dependente para que o investigador pudesse obter o consentimento informado. Nesta primeira fase, o investigador procedia á sua identificação com o cartão da Ordem dos Enfermeiros, apresentava-se à pessoa dependente e ao familiar cuidador, informava sobre os objetivos e a finalidade da investigação, solicitava a colaboração de ambos e caso obtivesse consentimento requeria a assinatura da folha de consentimento informado.

Neste âmbito, as dúvidas colocadas pelos cuidadores e respetivas pessoas dependentes no autocuidado foram sempre esclarecidas e foi explicado que, em qualquer momento do preenchimento do formulário, era possível desistir de participar no estudo. Relativamente ao preenchimento da parte do formulário que corresponde à identificação dos focos comprometidos e das intervenções necessárias, o investigador fez a observação e procedeu ao registo do seu juízo diagnóstico (ação a implementar, beneficiário e frequência esperada), tendo solicitado ao enfermeiro responsável pelos cuidados e ao cuidador principal a informação necessária ao preenchimento do formulário referente às intervenções por eles implementadas, bem como sobre a frequência com que as implementavam.

E por último, realizou-se a recolha de informação de todas as pessoas que aceitaram participar no estudo, e conclui-se que quatro pessoas não aceitaram participar no estudo e duas desistiram durante o procedimento de colheita de dados. Neste sentido, verificou-se ainda que o tempo médio gasto na aplicação de cada formulário foi de aproximadamente de 60 minutos.

5.7 -TRATAMENTO ESTATÍSTICO

O tratamento estatístico iniciou com a análise de cada formulário para a verificar a integridade do seu preenchimento e o anonimato, retirando todos os elementos que pudessem permitir a identificação da pessoa dependente avaliada, atribuindo-lhes um número. Posteriormente, introduziu-se os dados no Programa IBM SPSS Statistics versão 26.0., realizado um processo de nomeação e codificação das variáveis utilizando um processo de distribuição do nome da variável de modo a poder ser introduzido no software.

Desta forma, foi realizada uma simplificação que possibilitasse, não apenas introdução dessa informação no SPSS, mas também facilitasse a identificação da variável. Seguidamente, foi atribuída uma legenda para cada variável que corresponde ao seu nome e foram codificados os valores para cada uma das variáveis.

Neste tratamento estatístico, foram concebidas tabelas com as frequências absolutas e relativas de todas as variáveis. Foram computadas variáveis relativas às proporções de implementação das intervenções face ao esperado, utilizando o cálculo da proporção implementada das intervenções de ensino, instrução e treino face á esperada ((Frequência da intervenção implementada/frequência da intervenção esperada) x100).

Assim, realizámos tratamento de dados com base no programa SPSS, utilizando a estatística descritiva através de parâmetros como: frequências absolutas e relativas assim como a média e o desvio padrão. E os dados foram apresentados em tabelas e gráficos.

5.8 -PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

Na investigação de Enfermagem, a ética é fundamental uma vez que, inclui todas as fases do processo de investigação, desde a pertinência do problema, a validade dos resultados, a escolha da metodologia, os instrumentos e processos de recolha de dados, a existência de resultados anteriores, até às regras de publicação e divulgação dos resultados.

Os principais requisitos a ter em conta na avaliação ética de uma investigação são: a relevância do estudo, a validade científica, a seleção da população/amostra, a relação risco-benefício, a revisão ética independente, a garantia de respeito dos direitos dos participantes, nomeadamente o consentimento informado, esclarecido e livre, a confidencialidade e proteção de dados em todas as etapas do estudo (Nunes, 2013).

Para além das considerações éticas acima referidas, o presente projeto tem em conta as diretrizes éticas para a Investigação em Enfermagem que abrange seis princípios éticos que devem guiar a investigação, nomeadamente, o princípio da beneficência, a avaliação da maleficência, a fidelidade, o princípio da justiça, a veracidade e a confidencialidade (International Council of Nurses, 2003 como referido por Nunes, 2013).

Neste sentido, é de considerar também para a investigação em Enfermagem, os direitos dos sujeitos/participantes que todos os investigadores devem respeitar: o direito a autodeterminação, o direito à intimidade, o direito ao anonimato e à confidencialidade, o

direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo e o direito a um tratamento justo e equitativo (Fortin, 2009).

Na perspetiva do mesmo autor, "a ética, no seu sentido mais amplo, é a ciência da moral e a arte de dirigir a conduta. De forma geral, a ética é o conjunto de permissões e de interdições que têm um enorme valor na vida dos indivíduos e em que estes se inspiram para guiar a sua conduta" Fortin (2009, p.114). Por outro lado, é relevante referir que a ética é uma constante nos estudos de investigação, para proteger os direitos e a liberdade dos indivíduos que participam no estudo. Dado que "(…) Qualquer investigação efetuada junto de seres humanos levanta questões éticas e morais." (Fortin, 2009, p.113). Outro aspeto a referir, é que a enfermagem enquanto profissão autorregulada, tem o dever de cumprir os princípios éticos e deontológicos no seu exercício, onde está incluída a investigação, que estão definidos no Código Deontológico do Enfermeiro (CDE) e no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) (Nunes, 2013).

Em concordância, Polit e Beck (2019), indicam que os princípios éticos servem para proteger os participantes do estudo, nomeadamente, no que diz respeito á beneficência, á dignidade humana e á justiça. Estes princípios abrangem diversos direitos que os participantes têm e que o investigador deve respeitar, tais como: o direito à autodeterminação, o direito a ficar livre de danos e desconforto, o direito a ser protegido contra a exploração, o direito ao pleno conhecimento, o direito ao tratamento justo e direito à privacidade (Polit & Beck, 2019).

Neste âmbito, para assegurar as questões éticas foi obtida a autorização do UICISA: E da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (Anexo IV e V) e das ECCI do ACES Baixo Mondego (Anexo VI), onde decorreu o estudo e para assegurar o respeito e dignidade pelas pessoas, todos os elementos constituintes da amostra receberam e assinaram o consentimento informado (Anexo VII). Posteriormente, foi transmitida toda a informação necessária sobre o estudo e respeitada a vontade dos participantes e assegurada a confidencialidade de todos os dados obtidos durante todo o estudo. Deste modo, o presente estudo garantiu todos os princípios éticos e legais no processo de investigação, nomeadamente, na colheita de dados e no tratamento dos dados.

6 - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

O presente capítulo refere-se á apresentação e análise dos resultados que caracterizam os cuidadores familiares de pessoas com dependência no autocuidado e avaliam as suas

necessidades em cuidados de enfermagem, particularmente de reabilitação, no ACES Baixo Mondego. A estrutura que se selecionou para a explicação dos resultados teve em consideração os objetivos de investigação.

Desta forma, dividiu-se este capítulo em cinco partes, dos principais resultados do estudo. Na primeira parte, mostra-se a caracterização sociodemográfica e da situação de saúde da pessoa dependente no autocuidado. Na segunda parte, apresenta-se a caracterização sociodemográfica do cuidador, a caracterização do cuidador face á constituição da família, a caracterização das capacidades da família nas AIVD (Atividades Instrumentais de Vida Diária) e a caracterização das capacidades do cuidador dificultadoras do exercício do papel nas ABVD (Atividades Básicas de Vida Diária). E na terceira parte, evidencia-se a caracterização das intervenções do tipo ensinar, instruir e treinar, necessária á capacitação do cuidador.

No decurso deste capítulo, faz-se a análise tendo por base de referência os resultados de estudos sobre o fenómeno da dependência no autocuidado, no domínio do cuidador realizados em Portugal. Esta opção deve-se ao facto de ser mais pertinente referir resultados obtidos em contextos mais próximos deste estudo.

Deste modo, alguns dos subcapítulos desta investigação, são descritos com particularidades decorrentes dos resultados obtidos através do instrumento de colheita de dados e de resultados de estudos exploratórios já publicados que integrem as variáveis dependentes e independentes do nosso estudo, para demonstrar a efetividade desta investigação.

6.1 - CARACTERIZAÇÃO DA PESSOA DEPENDENTE

6.1.1 - Caracterização sociodemográfica da Pessoa Dependente

Mais de metade das pessoas dependentes no autocuidado do nosso estudo são do sexo masculino, ou seja, 51,5% que corresponde a 67 homens e 48% destas são do sexo feminino, que corresponde a 63 mulheres.

Tabela 16 - Distribuição por sexo da pessoa dependente

SEXO DO DOENTE	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM
Masculino	67	51,5
Feminino	63	48,5
Total	130	100,0

Quanto ao estado civil das pessoas dependentes, a maioria (70%) são casadas ou vivem em união de facto (n=91). Das restantes pessoas dependentes, 20% são viúvas, 7,7% são solteiras e 2,3% são divorciadas.

Tabela 17 - Distribuição por estado civil da pessoa dependente

ESTADO CIVIL	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM
Casado/ União de facto	91	70,0
Solteiro	10	7,7
Viúvo	26	20,0
Divorciado	3	2,3
Total	130	100,0

Relativamente á nacionalidade, a nacionalidade portuguesa prevalece 99,2% que corresponde a 129 pessoas dependentes sobre a nacionalidade não portuguesa de 0,8% que corresponde a 1 pessoa dependente.

Tabela 18 - Distribuição por Nacionalidade da pessoa dependente

NACIONALIDADE	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM
Portuguesa	129	99,2

Não portuguesa	1	0,8
Total	130	100,0

Em relação á profissão das pessoas dependentes exercida no momento da colheita de dados, 86,9% são pensionistas/reformados, 3,8% são trabalhadores não qualificados, 1,5% domésticas desempregadas, 1,5% são agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas, 1,5% corresponde a outra profissão, 0,8% são estudantes, 0,8% são especialistas das profissões intelectuais e científicas, 0,8% são técnicos e profissionais de nível intermédio Pessoal administrativo e similares, 0,8% são pessoal dos serviços e vendedores, 0,8% são operários, artificies e trabalhadores similares e 0,8% são operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem.

Tabela 19 - Distribuição por Profissão da pessoa dependente

PROFISSÃO	**FREQUÊNCIA**	**PERCENTAGEM**
Doméstico Desempregado	2	1,5
Pensionista / Reformado	113	86,9
Estudante	1	0,8
Outra	2	1,5
Especialistas das profissões intelectuais e científicas	1	0,8
Técnicos e profissionais de nível intermédio Pessoal administrativo e similares	1	0,8
Pessoal dos serviços e vendedores	1	0,8
Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas	2	1,5
Operários, artificies e trabalhadores similares	1	0,8
Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem	1	0,8
Trabalhadores não qualificados	5	3,8

Total	130	100,0

No que se refere ao nível de escolaridade, mais de metade (61,5%) das pessoas dependentes têm o ensino básico - 1.º ciclo (4 anos). No entanto, 15,4% destas não tem nenhum nível de escolaridade, 9,2% tem o ensino básico - 3.º ciclo (9 anos), 6,9% tem o ensino superior, 3,8% tem o ensino secundário (11 ou 12 anos) e 3,1% tem o ensino básico - 2.º ciclo (6 anos).

Tabela 20 - Distribuição por nível de escolaridade da pessoa dependente

NÍVEL DE ESCOLARIDADE	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM
Nenhum	20	15,4
Ensino básico - 1.º ciclo (4 anos)	80	61,5
Ensino básico - 2.º ciclo (6 anos)	4	3,1
Ensino básico - 3.º ciclo (9 anos)	12	9,2
Ensino secundário (11 ou 12 anos)	5	3,8
Ensino superior	9	6,9
Total	130	100,0

No entanto, quando se analisa a distribuição por situação que originou a dependência, verifica-se que a maioria da dependência é causada por doenças crónicas (55,4%) e pelo envelhecimento (43,1%). Contudo, existe uma minoria que é provocada por doença aguda (28,5%) e por acidente (23,8%).

Tabela 21 - Distribuição da situação que originou a dependência da pessoa dependente

SITUAÇÃO QUE ORIGINOU A DEPENDÊNCIA - DOENÇA CRÓNICA	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM
Não	58	44,6
Sim	72	55,4
Total	130	100,0

SITUAÇÃO QUE ORIGINOU A DEPENDÊNCIA - ENVELHECIMENTO	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM
Não	74	56,9
Sim	56	43,1
Total	130	100,0
SITUAÇÃO QUE ORIGINOU A DEPENDÊNCIA - ACIDENTE	**FREQUÊNCIA**	**PERCENTAGEM**
Não	99	76,2
Sim	31	23,8
Total	130	100,0
SITUAÇÃO QUE ORIGINOU A DEPENDÊNCIA – DOENÇA AGUDA	**FREQUÊNCIA**	**PERCENTAGEM**
Não	93	71,5
Sim	37	28,5
Total	130	100,0

Neste âmbito, a instalação da dependência nestas pessoas surge 54,6% das vezes de forma gradual e 45,4% das vezes de forma súbita.

Tabela 22 - Distribuição por tipo de instalação da dependência da pessoa dependente

INSTALAÇÃO DA DEPENDÊNCIA	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM
Súbita	59	45,4
Gradual	71	54,6
Total	130	100,0

Relativamente ao consumo de medicamentos, a maioria (99,2%) das pessoas dependentes do nosso estudo consume medicamentos e é polimedicada. Contudo, 0,8% destas não consume medicamentos.

Tabela 23 - Distribuição do consumo de medicamentos da pessoa dependente

CONSUMO MEDICAMENTOS	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM
Não	1	0,8

Sim	129	99,2
Total	130	100,0

No que concerne, á tipologia de referência para ECCI, 66,9% das pessoas dependentes são referenciadas para cuidados de reabilitação, 34,6% destas são referenciadas para cuidados de enfermagem, 1,5% são referenciadas para acompanhamentos psicológico e 1,5% são referenciadas para cuidados paliativos.

Tabela 24 - Tipologia de referência para ECCI da pessoa dependente

TIPOLOGIA DE REFERÊNCIA CUIDADOS DE REABILITAÇÃO	**FREQUÊNCIA**	**PERCENTAGEM**
Não	43	33,1
Sim	87	66,9
Total	130	100,0
TIPOLOGIA DE REFERÊNCIA CUIDADOS DE ENFERMAGEM	**FREQUÊNCIA**	**PERCENTAGEM**
Não	85	65,4
Sim	45	34,6
Total	130	100,0
TIPOLOGIA DE REFERÊNCIA ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO	**FREQUÊNCIA**	**PERCENTAGEM**
Não	128	98,5
Sim	2	1,5
Total	130	100,0
TIPOLOGIA DE REFERÊNCIA CUIDADOS PALIATIVOS	**FREQUÊNCIA**	**PERCENTAGEM**
Não	128	98,5
Sim	2	1,5
Total	130	100,0

Estas pessoas dependentes apresentam idades compreendidas entre os 28 e os 97 anos, apresentando uma média de 77,31 ±12,923 anos e o tempo de dependência em meses

compreendido entre 1 mês e os 302 meses, com uma média de 30,46 ±44,49 meses que equivale aproximadamente a uma média de dois anos e meio de dependência no autocuidado. Em relação ao número de fármacos, estas pessoas tomam em média de 7,34±4,068 medicamentos diferentes e tomam por dia é em média de 10,04±6,048 fármacos. Relativamente ao número de internamentos no último ano máximo destas pessoas dependentes é de 8 internamentos e uma média de 0,96±1,067 internamentos. E por fim, o número máximo de de episódios de recursos ao serviço de urgência, no último ano é de 15 episódios e uma média de 1,72±1,884.

Tabela 25 - Estatistica descritiva da pessoa dependente

ESTATÍSTICA DESCRITIVA - DOENTE	N	MÍNIMO	MÁXIMO	MÉDIA	DESVIO PADRÃO
Idade	130	28	97	77,31	12,923
Tempo de dependência em meses	130	1	302	30,46	44,499
Número de fármacos	130	0	22	7,34	4,068
Número de tomas/dia	130	0	32	10,04	6,048
Internamentos no último ano	130	0	8	0,96	1,067
Episódios de recursos ao SU, no último ano	130	0	15	1,72	1,884

Também é importante evidenciar, que 71,5% das pessoas dependentes no autocuidado não apresentam problemas de memória, por outro lado 24,6% apresentam dificuldades/incapacidades para recuperar informação e adquirir nova informação, 2,3% apresentam dificuldade/Incapacidade para recuperar informação e 1,5% apresentam dificuldade/incapacidade para adquirir nova informação, que requere por parte dos cuidadores familiares capacidades acrescidas no processo do cuidar da pessoa dependente no autocuidado.

Tabela 26 - Distribuição das respostas da amostra quanto á capacidade de memória da pessoa dependente

MEMÓRIA DA PESSOA DEPENDENTE	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM

Sem problemas	93	71,5
Dificuldade/Incapacidade para recuperar informação	3	2,3
Dificuldade/Incapacidade para adquirir nova informação	2	1,5
Dificuldade/Incapacidade para recuperar informação e adquirir nova informação	32	24,6
Total	130	100,0

6.1.2 - Caracterização da situação de saúde da Pessoa Dependente

Para a caracterização da situação de saúde da pessoa dependente foram identificados compromissos em seis processos corporais e mentais, nomeadamente, no processo neuromuscular, cardiorrespiratório, do sistema gastrointestinal, do sistema urinário, do sistema tegumentar e do sistema regulador.

Relativamente ao processo neuromuscular foram avaliados os seguintes focos: consciência comprometida, desuso, paresia, rigidez articular, espasticidade, equilíbrio comprometido, comunicação e dor da pessoa dependente. Como pode constatar-se na tabela 27, de uma amostra de 130 pessoas dependentes, 28,5% (n= 37) pessoas dependentes apresentavam consciência comprometida; 67,7% (n=88) das pessoas dependentes apresentavam desuso; 26,2% (n=34) das pessoas dependentes apresentavam parésia; 47,7% (n=63) das pessoas dependentes apresentavam rigidez articular; 6,9% (n=9) das pessoas dependentes apresentavam espasticidade; 81,5% (n=106) das pessoas dependentes apresentavam equilíbrio comprometido; 23,8% (n=31) das pessoas dependentes apresentavam comunicação comprometida e 41,5% (n=54) das pessoas dependentes apresentavam dor.

Tabela 27 - Pessoas dependentes que apresentavam focos comprometidos do Processo Neuromuscular

PROCESSO NEUROMUSCULAR COMPROMETIDO	FREQUÊNCIA	% PESSOAS DEPENDENTES
Consciência comprometida	37	28,5
Desuso	88	67,7

Paresia	34	26,2
Rigidez articular	63	47,7
Espasticidade	9	6,9
Equilíbrio comprometido	106	81,5
Comunicação comprometida	31	23,8
Dor	54	41,5

Quanto ao processo cardiorrespiratório foram avaliados os seguintes focos: ventilação comprometida, limpeza da via aérea comprometida e a perfusão dos tecidos periféricos comprometida. Como pode verificar-se na tabela 28, de uma amostra de 130 pessoas dependentes, 64,6% (n=84) pessoas dependentes apresentavam ventilação comprometida, 23,1% (n=30) das pessoas dependentes apresentavam limpeza da via aérea comprometida e 22,3% (n=29) das pessoas dependentes apresentavam a perfusão dos tecidos periféricos comprometida.

Tabela 28 - Pessoas dependentes que apresentavam focos comprometidos do Processo Cardiorrespiratório

PROCESSO CARDIORRESPIRATÓRIO COMPROMETIDO	FREQUÊNCIA	% PESSOAS DEPENDENTES
Ventilação comprometida	84	64,6
Limpeza da via aérea comprometida	30	23,1
Perfusão dos tecidos periféricos comprometida	29	22,3

No que concerne, ao processo do sistema gastrointestinal foram avaliados os seguintes focos: mastigação comprometida, deglutição comprometida, impactação fecal e incontinência intestinal. Como pode analisar-se na tabela 29, 42,3% (n=55) das pessoas dependentes apresentavam mastigação comprometida; 30% (n=39) das pessoas dependentes apresentavam deglutição comprometida; 2,3% (n=3) das pessoas dependentes apresentavam impactação fecal e 33,1% (n=43) das pessoas dependentes apresentavam incontinência intestinal.

Tabela 29 - Pessoas dependentes que apresentavam focos comprometidos do Processo do Sistema Gastrointestinal

PROCESSO DO SISTEMA GASTROINTESTINAL COMPROMETIDO	FREQUÊNCIA	% PESSOAS DEPENDENTES
Mastigação comprometida	55	42,3
Deglutição comprometida	39	30,0
Impactação fecal	3	2,3
Incontinência intestinal	43	33,1

No que se refere, ao processo do sistema urinário foram avaliados os seguintes focos: retenção urinária e a incontinência urinária. Como pode observar-se na tabela 30, 0,8% (n=1) das pessoas dependentes apresentava retenção urinária e 37,7% (n=49) das pessoas dependentes apresentava incontinência urinária.

Tabela 30 - Pessoas dependentes que apresentavam focos comprometidos do Processo do Sistema Urinário

PROCESSO DO SISTEMA URINÁRIO COMPROMETIDO	FREQUÊNCIA	% PESSOAS DEPENDENTES
Retenção urinária	1	0,8
Incontinência urinária	49	37,7

No que diz respeito, ao processo do sistema tegumentar foram avaliados os seguintes focos: membrana muscosa comprometida, eritema pelas fraldas, úlcera de pressão, úlcera venosa e úlcera diabética. Como pode evidenciar-se na tabela 31, 10,1% (n=13) das pessoas dependentes apresentavam membrana mucosa comprometida; 13,1% (n=17) das pessoas dependentes apresentavam eritema pelas fraldas; 21,5% (n=28) das pessoas dependentes apresentavam úlcera de pressão; 5,4% (n=7) das pessoas dependentes apresentavam úlcera venosa e 3,8% (n=5) das pessoas dependentes apresentavam úlcera diabética.

Tabela 31 - Pessoas dependentes que apresentavam focos comprometidos do Processo do Sistema Tegumentar

PROCESSO DO SISTEMA TEGUMENTAR	FREQUÊNCIA	% PESSOAS DEPENDENTES
Membrana mucosa comprometida	13	10,1
Eritema pelas fraldas	17	13,1
Úlcera de pressão	28	21,5
Úlcera venosa	7	5,4
Úlcera diabética	5	3,8

E por fim, em relação ao processo do sistema regulador foram avaliados os seguintes focos: hiperglicemia, desidratação, edema e intolerância á atividade. Como pode ver-se na tabela 32 , 23,8% (n=31) das pessoas dependentes apresentavam hiperglicémia; 24,6% (n=32) das pessoas dependentes apresentavam desidratação; 16,2% (n=21) das pessoas dependentes apresentavam edema e 25,4% (n=33) das pessoas dependentes apresentavam intolerância á atividade.

Tabela 32 - Pessoas dependentes que apresentavam focos comprometidos do Processo do Sistema Regulador

PROCESSO DO SISTEMA REGULADOR	FREQUÊNCIA	% PESSOAS DEPENDENTES
Hiperglicemia	31	23,8
Desidratação	32	24,6
Edema	21	16,2
Intolerância á atividade	33	25,4

6.2 - CARACTERIZAÇÃO DO CUIDADOR FAMILIAR

6.2.1 - Caracterização sociodemográfica do cuidador familiar

Como pode observar-se na tabela 33, a amostra é constituída por 122 cuidadores familiares principais, com idades compreendidas entre os 35 e os 86 anos, apresentando

uma média de 67,23 ±11,58 anos. Contrariamente do que se poderia prever, os mais velhos assumem responsabilidades na ação de tomar conta dos familiares dependentes no autocuidado (Gonçalves,2013).

Tabela 33 - Distribuição das idades dos cuidadores principais

DISTRIBUIÇÃO DAS IDADES DOS CUIDADORES PRINCIPAIS		
IDADE	FREQUÊNCIA (n)	PERCENTAGEM (%)
35-40	2	1,6
40-45	5	4,1
45-50	5	4,1
50-55	10	8,2
55-60	11	9,0
60-65	19	15,6
65-70	14	11,5
70-75	22	18,0
75-80	17	13,9
80-85	16	13,2
85-90	1	0,8
Total	122	100,0

Nota: 8 pessoas dependentes não tinham cuidador principal

De acordo com a tabela 34, a presença feminina na prestação de cuidados é dominante, destacando-se neste estudo, 98 mulheres, correspondentes a 80,3% do total de cuidadores e 24 homens, correspondentes a 19,7%. Quanto ao estado civil, a maioria (79,5%) dos cuidadores são casados ou vivem em união de facto (n=97), tal como observado noutros estudos (Petronilho,2013; Carvalho,2017; Dixe & Querido,2020). Deste número de cuidadores, pode-se destacar que mais de metade corresponde a cônjuges de pessoas dependentes. Dos restantes cuidadores familiares, 8,2% são divorciados; 6,6% são viúvos e 5,7% são solteiros, sendo grande parte, filhas das pessoas dependentes. Relativamente á profissão do cuidador exercida no momento da colheita de dados, 52,5% dos cuidadores são pensionistas/reformados, 22,1% são domésticos/desempregados, 9,8% são trabalhadores não qualificados, 4,9% são especialistas das profissões intelectuais e científicas, 3,3% são técnicos e profissionais de nível intermédio Pessoal administrativo

e similares, 2,5% são do pessoal administrativo e similares, 1,6% são do pessoal dos serviços e vendedores, 0,8% são membros das forças armadas, 0,8% são dos quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa; 0,8% são agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas e 0,8% são de outra profissão. No que diz respeito ao grau de parentesco, 50,8% dos cuidadores familiares são cônjuges da pessoa dependente no autocuidado, 21,3 % são filhas, 13,9% têm outro grau parentesco com o dependente no autocuidado, 7,4% são mães e 6,6% são filhos.

Tabela 34 - Distribuição das respostas da amostra quanto às características sociodemográficas, profissionais e familiares do cuidador

VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS DOS CUIDADORES		**FREQUÊNCIA**	**PERCENTAGEM**
SEXO DO CUIDADOR	Masculino	24	19,7
	Feminino	98	80,3
ESTADO CIVIL DO CUIDADOR	Casado/ União de facto	97	79,5
	Solteiro	7	5,7
	Viúvo	8	6,6
	Divorciado	10	8,2
PROFISSÃO DO CUIDADOR	Membros das forças armadas	1	0,8
	Doméstico/ Desempregado	27	22,1
	Pensionista/ Reformado	64	52,5
	Outra	1	0,8
	Pessoal administrativo e similares	3	2,5
	Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa	1	0,8
	Especialistas das profissões intelectuais e científicas	6	4,9

	Técnicos e profissionais de nível intermédio Pessoal administrativo e similares	4	3,3
	Pessoal dos serviços e vendedores	2	1,6
	Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas	1	0,8
	Trabalhadores não qualificados	12	9,8
NÍVEL DE ESCOLARIDADE DO CUIDADOR	Nenhum	7	5,7
	Ensino básico - 1.º ciclo (4 anos)	69	56,6
	Ensino básico - 2.º ciclo (6 anos)	10	8,2
	Ensino básico - 3.º ciclo (9 anos)	14	11,5
	Ensino secundário (11 ou 12 anos)	11	9,0
	Ensino superior	11	9,0
GRAU DE PARENTESCO	Mãe	9	7,4
	Filha	26	21,3
	Filho	8	6,6
	Cônjuge	62	50,8
	Outro	17	13,9

Nota: Oito pessoas dependentes não tinham cuidador principal

6.2.2 - Caracterização do cuidador familiar face á constituição da família

Do total da amostra, como se pode visualizar na tabela 35, destacamos que 47,7% dos cuidadores de pessoas dependentes têm uma família constituída apenas pelo casal, 25,4% é constituída por uma figura parental única; mãe, pai ou outro cuidador e presença de uma

ou mais crianças ou outros dependentes, 16,2% é constituída pelo casal e um filho, 7,7% é constituída por um grupo de pessoas que coabita e que consiste em mais do que apenas os pais e os filhos e por fim, 3,1% é constituída por casal e dois ou mais filhos.

Tabela 35 - Distribuição das respostas da amostra quanto á variável constituição da família

CONSTITUIÇÃO DA FAMÍLIA	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM
Família constituída apenas pelo casal	62	47,7
Família constituída por casal e um filho	21	16,2
Família constituída por casal e dois ou mais filhos	4	3,1
Grupo de pessoas que coabita e que consiste em mais do que apenas os pais e os filhos	10	7,7
Figura parental única; mãe, pai ou outro cuidador e presença de uma ou mais crianças ou outros dependentes	33	25,4
Total	130	100,0

6.2.3 - Caracterização das capacidades da família nas atividades instrumentais de vida diária (AIVD)

No que concerne, às necessidades dos cuidadores no domínio das atividades instrumentais de vida diária (AIVD) pode-se verificar na tabela 36, que 24,6% dos cuidadores não assegura o arranjo da casa; 24,6% não assegura a preparação dos alimentos; 23,3% não assegura o acompanhamento do membro da família ao serviço de saúde; 21,7% não assegura as compras e 14,6% não assegura o armazenamento dos alimentos. Neste contexto, quando estas necessidades não são asseguradas pelos CF (Cuidadores Familiares), são asseguradas por funcionários de IPSS, bombeiros, amigos, vizinhos ou por empregadas domésticas.

Tabela 36 - Distribuição das respostas da amostra quanto às necessidades da família

NECESSIDADES DA FAMÍLIA	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM
O arranjo da casa	30	24,6%

A preparação de alimentos	30	24,6%
O acompanhamento do membro da família ao serviço de saúde	28	23,3%
As compras	26	21,7%
O armazenamento dos alimentos	17	14,6%

6.2.4 - Caracterização das capacidades do cuidador dificultadoras do exercício do papel nas atividades básicas de vida diária (ABVD)

A perceção dos membros da família face às suas dificuldades no exercício do papel de cuidador, permite á Enfermagem, mais particularmente, á Enfermagem de Reabilitação avaliar as capacidades do cuidador na prestação de cuidados á pessoa dependente no domínio dos autocuidados, para posteriormente traçar e implementar um plano de cuidados personalizados em parceria com o cuidador familiar e o dependente no autocuidado.

Por este motivo, torna-se pertinente a caracterização das capacidades do cuidador dificultadoras do exercício do papel para responder às reais e potenciais necessidades de ensino, instrução e treino do cuidador familiar perante os défices de autocuidados da pessoa dependente, capacitando-o nesta fase de transição saúde-doença.

Neste âmbito, foi avaliada a capacidade física do cuidador para o exercício do papel, nomeadamente, no dar banho, transferir, assistir no erguer-se, posicionar, vestir/despir, gerir o regime medicamentoso, assistir no andar, alimentar, adquirir nova informação e deslocar cliente em cadeira de rodas.

Deste modo, pode-se verificar na tabela 37, que 43,2% dos cuidadores familiares não têm capacidades físicas para dar banho á PD (Pessoa Dependente), 41,6% não tem capacidades para transferir a pessoa dependente no autocuidado, 30,4% dos cuidadores familiares não têm capacidades para assistir no erguer-se da PD; 28,8% não têm capacidades para posicionar a PD; 28% não têm capacidades para vestir/despir a PD; 16% não têm capacidades para gerir o regime medicamentoso da PD; 13,7% não têm capacidades para assistir no andar da PD; 4,8% não têm capacidades para alimentar a PD; 4% não têm capacidades para adquirir uma nova informação e 4% não têm capacidades para deslocar a PD em cadeira de rodas.

Tabela 37 - Distribuição das respostas da amostra quanto às capacidades do cuidador dificultadoras do exercício do papel

CAPACIDADES DO CUIDADOR DIFICULTADORAS DO EXERCÍCIO DO PAPEL	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM
Capacidade física para posicionar	36	28,8
Capacidade física para assistir no erguer-se	38	30,4
Capacidade física para transferir	52	41,6
Capacidade física para assistir no andar	17	13,7
Capacidade física para deslocar cliente em cadeira de rodas	5	4,0
Capacidade física para alimentar	6	4,8
Capacidade física para dar banho	54	43,2
Capacidade física para vestir/despir	35	28,0
Adquirir nova informação	5	4,0
Capacidade na gestão do regime medicamentoso	20	16

6.3 - CARACTERIZAÇÃO DAS INTERVENÇÕES DO TIPO ENSINAR, INSTRUIR E TREINAR, NECESSÁRIA À CAPACITAÇÃO DO CUIDADOR

A caracterização das intervenções do tipo ensinar, instruir e treinar é necessária para a capacitação do cuidador que possibilita responder às reais e potenciais necessidades da

pessoa dependente no exercício do papel de cuidador. Não obstante, durante a colheita de dados procedeu-se à avaliação dos compromissos apresentados pelas pessoas dependentes estudadas nos processos corporais e mentais, autocuidados comprometidos e atitudes terapêuticas necessárias.

Após a identificação dos compromissos presentes, avaliaram-se as intervenções de enfermagem que era esperado que fossem realizadas tendo como sujeito o cuidador, face à situação observada relativa pessoa dependente (tipo de ação – ensinar, instruir e treinar-frequência esperada), e registaram-se as intervenções que eram efetivamente implementadas, de acordo com a informação, quer do enfermeiro da ECCI, quer da pessoa dependente, quer pelo cuidador, (tipo de ação, frequência e quem as implementava).

A partir dos dados relativos a esta informação foi possível calcular a proporção de cuidados/intervenções necessárias ao cuidador implementadas face ao que seria de esperar em função da situação clínica, utilizando o seguinte método matemático da proporção de implementado face ao esperado x 100. De seguida, apresentamos os dados obtidos, por domínio dos processos corporais, autocuidados comprometidos e atitudes terapêuticas necessárias.

6.3.1 - Processo Neuromuscular

Os dados e resultados que constituem a tabela 38, permitiu-nos fazer a caracterização das intervenções do tipo instruir, treinar, ensinar necessárias ao cuidador, referentes aos seguintes focos do processo neuromuscular: desuso, paresia e rigidez articular, espasticidade, equilíbrio comprometido e comunicação comprometida.

Deste modo, analisando a tabela 38, constatamos que para o foco/juízo desuso, a intervenção "Treinar exercícios músculos-articulares [Desuso]", foi considerada necessária para 30,7% (n=27) dos cuidadores de pessoas dependentes com desuso. Posteriormente, a partir do cálculo da relação entre o implementado face ao esperado, é possível dizer que a proporção média de implementação desta intervenção foi de 68,5%, o que significa a presença de cuidados omissos que podem ocorrer por falta de recursos, negligência ou não valorização**.**

No que se refere á intervenção "Instruir exercícios isométricos [Desuso]" não foi considerada necessária nem realizada a nenhum cuidador de pessoa dependente com

desuso. Para este foco/juízo, verificámos também que a intervenção "Instruir exercícios músculos-articulares [Desuso]", foi considerada necessária para 34,1% (n=30) dos cuidadores de pessoas dependentes com desuso. De seguida, a partir do cálculo da relação entre o implementado face ao esperado, é possível dizer que a proporção média de implementação desta intervenção foi de 71,9%. Contudo, 28,1% dos cuidados de enfermagem necessários não foram implementados.

Relativamente ao foco/juízo paresia, verificamos que a intervenção "Treinar exercícios músculos-articulares [Paresia]" foi considerada necessária para 26,5% (n=9) dos cuidadores de pessoas dependentes com paresia. Com base no cálculo da relação entre o implementado face ao esperado, é possível dizer que a proporção média de implementação desta intervenção foi de 57,3%, ou seja, foram prestados 57,3% dos cuidados previstos. No entanto, 47,7% dos cuidados de enfermagem necessários não foram implementados. No que se refere, á intervenção "Instruir exercícios músculos-articulares [Paresia]", observámos que foi considerada necessária para 38,2% (n=13) dos cuidadores de pessoas dependentes com paresia. A partir do cálculo da relação entre o implementado face ao esperado, é possível dizer que a proporção média de implementação desta intervenção foi de 52%, o que indica que foram prestados 52% dos cuidados de enfermagem esperados. Todavia, 48% dos cuidados de enfermagem necessários não foram implementados.

Quanto ao foco/juízo rigidez articular, verificámos que a intervenção "Treinar exercícios músculos-articulares [Rigidez Articular]" foi considerada necessária para 38,1% (n=24) dos cuidadores de pessoas dependentes com rigidez articular. A partir do cálculo da relação entre o implementado face ao esperado, é possível dizer que a proporção média de implementação desta intervenção foi de 48,7%. No que diz respeito, á intervenção "Instruir exercícios músculos-articulares [Rigidez Articular]", foi considerada necessária para 46% (n=29) dos cuidadores de pessoas dependentes com rigidez articular. A partir do cálculo da relação entre o implementado face ao esperado, é possível dizer que a proporção média de implementação desta intervenção foi de 53,3%, o que demonstra que foram prestados 53,3% dos cuidados de enfermagem previstos. No entanto, 46,7% dos cuidados de enfermagem necessários não foram implementados.

No que se refere, ao foco/juízo espasticidade, verificámos que a intervenção "Treinar posicionamento antiespástico [Espasticidade]", foi considerada necessária para 66,6% (n=6) dos cuidadores de pessoas dependentes com espasticidade. A partir do cálculo da

relação entre o implementado face ao esperado, é possível dizer que a proporção média de implementação desta intervenção foi de 71,1%. No entanto, 28,9% dos cuidados de enfermagem necessários não foram implementados.

No que diz respeito, á intervenção "Instruir exercícios músculos-articulares [Espasticidade]", foi considerada necessária para 55,5% (n=5) dos cuidadores de pessoas dependentes com espasticidade. A partir do cálculo da relação entre o implementado face ao esperado, é possível dizer que a proporção média de implementação desta intervenção foi de 66,6%, o que demonstra que foram prestados 66,6% dos cuidados de enfermagem previstos. No entanto, 33,4% dos cuidados de enfermagem necessários não foram implementados.

Analisando os dados referentes ao foco/juízo equilíbrio comprometido, verificámos que a intervenção "Ensinar sobre prevenção de quedas ao cuidador" foi considerada necessária para 33% (n=35) dos cuidadores de pessoas dependentes com equilíbrio comprometido. A partir do cálculo da relação entre o implementado face ao esperado, é possível dizer que a proporção média de implementação desta intervenção foi de 94,3%. No que diz respeito, á intervenção "Instruir treino do equilíbrio estático ao cuidador" foi considerada necessária para 3,7% (n=4) dos cuidadores de pessoas dependentes com equilíbrio comprometido. A partir do cálculo da relação entre o implementado face ao esperado, é possível dizer que a proporção média de implementação desta intervenção foi de 38,1%, o que demonstra que foram prestados 38,1% dos cuidados de enfermagem previstos. No entanto, 61,9% dos cuidados de enfermagem necessários não foram implementados. No que concerne, á intervenção "Treinar equilíbrio dinâmico, ao cuidador" foi considerada necessária para 11,3% (n=12) dos cuidadores de pessoas dependentes com equilíbrio comprometido. A partir do cálculo da relação entre o implementado face ao esperado, é possível dizer que a proporção média de implementação desta intervenção foi de 51,5%. Contudo, 48,44% dos cuidados de enfermagem necessários não foram implementados.

Para o foco/juízo comunicação comprometida, a intervenção "Ensinar sobre sistemas alternativos de comunicação" foi considerada necessária para 9,7% (n=3) dos cuidadores de pessoas dependentes com comunicação comprometida. A partir do cálculo da relação entre o implementado face ao esperado, é possível dizer que a proporção média de implementação desta intervenção foi de 14,2%, o que demonstra que foram prestados

14,2% dos cuidados de enfermagem previstos. No entanto, 85,8% dos cuidados de enfermagem necessários não foram implementados.

Tabela 38 - Caracterização das intervenções do tipo ensinar, instruir e treinar, necessária à capacitação do cuidador, no processo neuromuscular

FOCO/JUÍZO	INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM, NO DOMÍNIO DO SUPORTE E EDUCAÇÃO	% CUIDADORES QUE NECESSITAVAM DA INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	% PROPORÇÃO MÉDIA DO IMPLEMENTADO FACE AO ESPERADO DA INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM
Desuso	Treinar exercícios músculos-articulares	30,7% (n=27)	68,5%
	Instruir exercícios isométricos	Neste estudo, esta intervenção não foi considerada necessária, nem realizada a nenhum cuidador de pessoas dependentes com desuso.	
	Instruir exercícios músculos-articulares	34,1% (n=30)	71,9%
Paresia	Treinar exercícios músculos-articulares	26,5% (n=9)	57,3%
	Instruir exercícios isométricos	Neste estudo, esta intervenção não foi considerada necessária, nem realizada a nenhum cuidador de pessoas dependentes com paresia.	
	Instruir exercícios músculos-articulares	38,2% (n=13)	52%
Rigidez articular	Treinar exercícios músculos-articulares	38,1% (n=24)	48,7%.
	Instruir exercícios músculos-articulares	46% (n=29)	53,3%
Espasticidade	Treinar a posicionar em padrão antiespástico	66,6%(n=6)	71,1%

	Instruir a posicionar em padrão antiespástico	55,5% (n=5)	66,6%
Equilíbrio comprometido	Ensinar sobre prevenção de quedas	33% (n=35)	94,3%
	Instruir o treino do equilíbrio estático	3,7% (n=4)	38,1%
	Treinar o equilíbrio estático	4,7% (n=5)	39,05%
	Instruir o treino do equilíbrio dinâmico	14,2%(n=15)	58,01%
	Treinar o equilíbrio dinâmico	11,3%(n=12)	51,5%
Comunicação comprometida	Ensinar sobre sistemas alternativos de comunicação	9,7% (n=3)	14,2%
Dor	Neste estudo, não foi identificada nenhuma intervenção, o respetivo beneficiário e quem implementa, no domínio do ensino, instrução e treino para este foco, após a aplicação do instrumento de colheita de dados delineado para esta investigação.		

6.3.2. Processo Cardiorrespiratório

Os dados e resultados que constituem a tabela 39, permitiu-nos fazer a caracterização das intervenções do tipo instruir, treinar, ensinar necessárias ao cuidador, referentes ao seguinte foco: limpeza da via aérea comprometida (LVA).

Assim, analisando a tabela 39, verificamos que para o foco/juízo limpeza da via aérea comprometida, a intervenção "Treinar técnica respiratória ao cuidador" foi considerada necessária para 13,4% (n=4) dos cuidadores de pessoas dependentes com limpeza da via aérea comprometida. Posteriormente, a partir do cálculo da relação entre o implementado face ao esperado, é possível dizer que a proporção média de implementação desta intervenção foi de 39,28%, ou seja, foram prestados 39,28% dos cuidados previstos.

No entanto, 60,72 % dos cuidados de enfermagem necessários não foram implementados, o que significa a presença de cuidados omissos que podem ocorrer por falta de recursos, negligência ou valorização.

No que se refere á intervenção "Treinar a executar inaloterapia ao cuidador" foi considerada necessária para 13,3% (n=4) dos cuidadores de pessoas dependentes com limpeza da via aérea comprometida. A partir do cálculo da relação entre o implementado face ao esperado, é possível dizer que a proporção média de implementação desta intervenção foi de 32,14%, ou seja, foram prestados 32,14% dos cuidados previstos. No entanto, 67,86% dos cuidados de enfermagem necessários não foram implementados.

Para o foco/juízo perfusão dos tecidos periféricos comprometida, verificámos também que a intervenção "Ensinar sobre o posicionamento facilitador da perfusão periférica dos tecidos ao cuidador", foi considerada necessária para 51,7% (n=15) dos cuidadores de pessoas dependentes com limpeza da via aérea comprometida.

De seguida, a partir do cálculo da relação entre o implementado face ao esperado, é possível dizer que a proporção média de implementação desta intervenção foi de 76,11%, o que significa que foram prestados 76,11%, dos cuidados previstos. Contudo, 23,89% dos cuidados de enfermagem necessários não foram implementados.

Tabela 39 - Caracterização das intervenções do tipo ensinar, instruir e treinar, necessária à capacitação do cuidador, no processo cardiorrespiratório

FOCO/JUÍZO	INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM, NO DOMÍNIO DO SUPORTE E EDUCAÇÃO	% CUIDADORES QUE NECESSITAVAM DA INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	% PROPORÇÃO MÉDIA DO IMPLEMENTADO FACE AO ESPERADO DA INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM
	Treinar técnica respiratória ao cuidador	13,4% (n=4)	39,28%

Limpeza da via aérea comprometida	Treinar a executar inaloterapia ao cuidador	13,3% (n=4)	32,14%
Perfusão dos tecidos periféricos comprometida	Ensinar sobre posicionamento facilitador da perfusão dos tecidos ao cuidador	51,7% (n=15)	76,11%
	Ensinar sobre exercícios para prevenir complicações do compromisso da perfusão dos tecidos ao cuidador	Neste estudo, esta intervenção não foi considerada necessária, nem realizada a nenhum cuidador de pessoas dependentes com perfusão dos tecidos periféricos comprometida.	
	Treinar exercícios músculo articulares promotores da perfusão periférica dos tecidos ao cuidador	Neste estudo, esta intervenção não foi considerada necessária, nem realizada a nenhum cuidador de pessoas dependentes com perfusão dos tecidos periféricos comprometida.	

6.3.3. Processo do Sistema Gastrointestinal

Os dados e resultados que constituem a tabela 40, permitiu-nos fazer a caracterização das intervenções do tipo instruir, treinar, ensinar necessárias ao cuidador, referentes aos seguintes focos: mastigação comprometida, deglutição comprometida e incontinência intestinal. Portanto, analisando a tabela 40, verificamos que para o foco/juízo mastigação e deglutição comprometida, a intervenção "Ensinar sobre dieta para facilitar a mastigação, ao cuidador" foi considerada necessária para 26,7% (n=12) dos cuidadores de pessoas dependentes com mastigação e deglutição comprometida.

Posteriormente, a partir do cálculo da relação entre o implementado face ao esperado, é possível dizer que a proporção média de implementação desta intervenção foi de 84,72%., ou seja, foram prestados 84,72% dos cuidados previstos. No entanto, 15,28% dos cuidados de enfermagem necessários não foram implementados, o que significa a presença de cuidados omissos que podem ocorrer por falta de recursos, negligência ou valorização.

No que se refere á intervenção "Ensinar sobre prevenção da aspiração" foi considerada necessária para 44,4% (n=20) dos cuidadores de pessoas dependentes com mastigação e deglutição comprometida. A partir do cálculo da relação entre o implementado face ao esperado, é possível dizer que a proporção média de implementação desta intervenção foi de 85,83%, ou seja, foram prestados 85,83% dos cuidados previstos. No entanto, 14,17% dos cuidados de enfermagem necessários não foram implementados.

Para este mesmo foco/juízo, verificámos também que a intervenção "Ensinar sobre inspeção da cavidade oral após as refeições", foi considerada necessária para 13,3% (n=6) dos cuidadores de pessoas dependentes com a mastigação e deglutição comprometida. De seguida, a partir do cálculo da relação entre o implementado face ao esperado, é possível dizer que a proporção média de implementação desta intervenção foi de 94,44 %, o que significa que foram prestados 94,44%, dos cuidados previstos. Contudo, 5,56% dos cuidados de enfermagem necessários não foram implementados.

Relativamente, á intervenção "Ensinar sobre dieta para facilitar a deglutição", foi considerada necessária para 37,8% (n=17) dos cuidadores de pessoas dependentes com mastigação e deglutição comprometida. De seguida, a partir do cálculo da relação entre o implementado face ao esperado, é possível dizer que a proporção média de implementação desta intervenção foi de 85,29%, o que significa que foram prestados 85,29%, dos cuidados previstos. Porém, 14,71% dos cuidados de enfermagem necessários não foram implementados.

No que concerne, á intervenção "Treinar técnica de deglutição", foi considerada necessária para 2,2% (n=1) dos cuidadores de pessoas dependentes com mastigação e deglutição comprometida. A partir do cálculo da relação entre o implementado face ao esperado, é possível dizer que a proporção média de implementação desta intervenção foi de 66,67%, o que significa que foram prestados 66,67%, dos cuidados previstos. Todavia, 33,33% dos cuidados de enfermagem necessários não foram implementados.

Relativamente ao foco/juízo incontinência intestinal, verificamos que a intervenção "Ensinar sobre planeamento da eliminação intestinal", foi considerada necessária para 27,9% (n=12) dos cuidadores de pessoas dependentes com incontinência intestinal. A partir do cálculo da relação entre o implementado face ao esperado, é possível dizer que a proporção média de implementação desta intervenção foi de 39,58%, o que significa

que foram prestados 39,58%, dos cuidados previstos. No entanto, 60,42% dos cuidados de enfermagem necessários não foram implementados.

Em relação ao foco acima mencionado, também constatamos que a intervenção "Ensinar sobre prevenção da maceração do períneo", foi considerada necessária para 58,1% (n=25) dos cuidadores de pessoas dependentes com incontinência intestinal. A partir do cálculo da relação entre o implementado face ao esperado, é possível dizer que a proporção média de implementação desta intervenção foi de 74,67%, o que significa que foram prestados 74,67% dos cuidados previstos. Não obstante, 25,33% dos cuidados de enfermagem necessários não foram implementados.

Perante este foco/juízo incontinência intestinal, verificamos que a intervenção "Ensinar sobre regime dietético", foi considerada necessária para 6,8%(n=3) dos cuidadores de pessoas dependentes com incontinência intestinal. A partir do cálculo da relação entre o implementado face ao esperado, é possível dizer que a proporção média de implementação desta intervenção foi de 66,67%, o que significa que foram prestados 66,67% dos cuidados previstos. No entanto, 33,33% dos cuidados de enfermagem necessários não foram implementados.

Tabela 40 - Caracterização das intervenções do tipo ensinar, instruir e treinar, necessária à capacitação do cuidador, no processo do sistema gastrointestinal

FOCO/JUÍZO	INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM, NO DOMÍNIO DO SUPORTE E EDUCAÇÃO	% CUIDADORES QUE NECESSITAVAM DA INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	% PROPORÇÃO MÉDIA DO IMPLEMENTADO FACE AO ESPERADO DA INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM
Mastigação e deglutição comprometida	Ensinar sobre dieta para facilitar a mastigação	26,7% (n=12)	84,72%
	Ensinar sobre prevenção da aspiração	44,4% (n=20)	85,83%
	Ensinar sobre inspeção da cavidade oral após as refeições	13,3% (n=6)	94,44%
	Ensinar sobre dieta para facilitar a deglutição	37,8% (n=17)	85,29%

	Treinar técnica de deglutição	2,2% (n=1)	66,67%
Incontinência Intestinal	Ensinar sobre planeamento da eliminação intestinal	27,9% (n=12)	39,58%
	Ensinar sobre prevenção da maceração do períneo	58,1% (n=25)	74,67%
	Ensinar sobre regime dietético	6,8% (n=3)	66,67%

6.3.4. Processo do Sistema Urinário

Os dados e resultados que constituem a tabela 41 permitem-nos fazer a caracterização das intervenções do tipo instruir, treinar, ensinar necessárias ao cuidador, referentes ao seguinte foco: retenção urinária e incontinência urinária. É evidente, ao analisar a tabela 41, verificamos que para o foco/juízo retenção e incontinência urinária, a intervenção "Ensinar sobre acesso a dispositivos, ao cuidador" foi considerada necessária para 10,2% (n=5) dos cuidadores de pessoas dependentes com incontinência urinária. A partir do cálculo da relação entre o implementado face ao esperado, é possível dizer que a proporção média de implementação desta intervenção foi de 20%, ou seja, foram prestados 20% dos cuidados previstos. Contudo, 80% dos cuidados de enfermagem necessários não foram implementados.

Para este foco/juízo, a intervenção "Ensinar sobre planeamento da eliminação urinária, ao cuidador" foi considerada necessária para 20,4% (n=10) dos cuidadores de pessoas dependentes com incontinência urinária. A partir do cálculo da relação entre o implementado face ao esperado, é possível dizer que a proporção média de implementação desta intervenção foi de 30%, ou seja, foram prestados 30% dos cuidados previstos. Porém, 70% dos cuidados de enfermagem necessários não foram implementados.

Relativamente, a este mesmo foco/juízo também verificamos que para a intervenção "Ensinar o cuidador sobre prevenção da maceração do períneo" foi considerada necessária para 59,2% (n=29) dos cuidadores de pessoas dependentes com incontinência

urinária. A partir do cálculo da relação entre o implementado face ao esperado, é possível dizer que a proporção média de implementação desta intervenção foi de 67%. Todavia, 33% dos cuidados de enfermagem necessários não foram implementados.

Tabela 41 - Caracterização das intervenções do tipo ensinar, instruir e treinar, necessária à capacitação do cuidador, no processo do sistema urinário

FOCO/JUÍZO	INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM, NO DOMÍNIO DO SUPORTE E EDUCAÇÃO	% CUIDADORES QUE NECESSITAVAM DA INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	% PROPORÇÃO MÉDIA DO IMPLEMENTADO FACE AO ESPERADO DA INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM
Retenção urinária/ Incontinência urinária	Ensinar sobre prevenção da retenção urinária	Neste estudo, esta intervenção não foi considerada necessária, nem realizada a nenhum cuidador de pessoas dependentes com retenção urinária/ incontinência urinária.	
	Ensinar sobre acesso a dispositivos	10,2% (n=5)	20%
	Ensinar sobre planeamento da eliminação urinária	20,4% (n=10)	30%
	Ensinar sobre prevenção da maceração do períneo	59,2% (n=29)	67%
	Treinar autocateterização vesical	Neste estudo, esta intervenção não foi considerada necessária, nem realizada a nenhum cuidador de pessoas dependentes com retenção urinária/ incontinência urinária.	
	Treinar a trocar o dispositivo urinário	Neste estudo, esta intervenção não foi considerada necessária, nem realizada a nenhum cuidador de pessoas dependentes com retenção urinária/ incontinência urinária.	

6.3.5. Processo do Sistema Tegumentar

Em relação ao processo tegumentar também foram avaliadas e identificadas intervenções do tipo ensinar necessárias ao cuidador, referentes aos seguintes focos: membrana mucosa comprometida, eritema pelas fraldas, úlcera de pressão, úlcera venosa e úlcera diabética.

Deste modo, analisando a tabela 42, verificamos que para o foco/juízo membrana mucosa comprometida, a intervenção "Ensinar o cuidador sobre tratamento da membrana mucosa" foi considerada necessária para 46,2% (n=6) dos cuidadores de pessoas dependentes com a membrana mucosa comprometida. De seguida, a partir do cálculo da relação entre o implementado face ao esperado, é possível dizer que a proporção média de implementação desta intervenção foi de 83,33%, ou seja, foram prestados 83,33% dos cuidados previstos. No entanto, 16,67% dos cuidados de enfermagem necessários não foram implementados, o que significa a presença de cuidados omissos que podem ocorrer por falta de recursos, negligência ou valorização.

Também para este foco/juízo membrana comprometida, verificámos que a intervenção "Ensinar o cuidador sobre sinais de complicação da membrana mucosa" foi considerada necessária para 61,5% (n=8) dos cuidadores de pessoas dependentes com a membrana mucosa comprometida. A partir do cálculo da relação entre o implementado face ao esperado, é possível dizer que a proporção média de implementação desta intervenção foi de 62,50%, ou seja, foram prestados 62,50% dos cuidados previstos. Contudo, 37,5% dos cuidados de enfermagem necessários não foram implementados.

No âmbito do foco/juízo eritema pelas fraldas, verificamos que para a intervenção "Ensinar o cuidador sobre o tratamento do eritema" foi considerada necessária para 29,4% (n=5) dos cuidadores de pessoas dependentes com eritema pelas fraldas. A partir do cálculo da relação entre o implementado face ao esperado, é possível dizer que a proporção média de implementação desta intervenção foi de 100%, ou seja, foram prestados 100% dos cuidados previstos. Para este mesmo foco/juízo, verificámos que a intervenção "Ensinar o cuidador sobre a troca da fralda" foi considerada necessária para 64,7% (n=11) dos cuidadores de pessoas dependentes com eritema pelas fraldas. A partir do cálculo da relação entre o implementado face ao esperado, é possível dizer que a proporção média de implementação desta intervenção foi de 90,91%, ou seja, foram prestados 90,91% dos cuidados previstos. No entanto, 9,09% dos cuidados de enfermagem necessários não foram implementados.

Para a intervenção "Ensinar o cuidador sobre vigilância da pele" foi considerada necessária para 41,2% (n=7) dos cuidadores de pessoas dependentes com eritema pelas fraldas. A partir do cálculo da relação entre o implementado face ao esperado, é possível dizer que a proporção média de implementação desta intervenção foi de 100%, ou seja, foram prestados 100% dos cuidados previstos.

No que se refere ao foco/juízo úlcera de pressão, constatamos que a intervenção "Ensinar o cuidador sobre cuidados á úlcera de pressão" foi considerada necessária para 14,3% (n=4) dos cuidadores de pessoas dependentes com úlcera de pressão. A partir do cálculo da relação entre o implementado face ao esperado, é possível dizer que a proporção média de implementação desta intervenção foi de 68,75%, ou seja, foram prestados 68,75% dos cuidados previstos.

Para o foco/juízo acima mencionado, verificamos que a intervenção "Ensinar sobre sinais de complicação da úlcera de pressão ao cuidador" foi considerada necessária para 60,7% (n=17) dos cuidadores de pessoas dependentes com úlcera de pressão. A partir do cálculo da relação entre o implementado face ao esperado, é possível dizer que a proporção média de implementação desta intervenção foi de 88,73%, ou seja, foram prestados 88,73% dos cuidados previstos. Por outro lado, notamos que 31,25% dos cuidados de enfermagem necessários não foram implementados.

Também para este foco/juízo úlcera de pressão, verificámos que a intervenção "Ensinar sobre sinais de complicação da úlcera de pressão ao cuidador" foi considerada necessária para 42,9% (n=3) dos cuidadores de pessoas dependentes com úlcera venosa. A partir do cálculo da relação entre o implementado face ao esperado, é possível dizer que a proporção média de implementação desta intervenção foi de 88,89%, ou seja, foram prestados 88,89% dos cuidados previstos. Contudo, 11,11% dos cuidados de enfermagem necessários não foram implementados.

No que diz respeito ao foco/juízo da úlcera venosa, verificamos que a intervenção "Ensinar sobre sinais de complicação da úlcera venosa, ao cuidador" foi considerada necessária para 42,9% (n=3) dos cuidadores de pessoas dependentes com úlcera venosa. A partir do cálculo da relação entre o implementado face ao esperado, é possível dizer que a proporção média de implementação desta intervenção foi de 88,89%, ou seja, foram prestados 88,89% dos cuidados previstos. Todavia, 11,11% dos cuidados de enfermagem necessários não foram implementados.

Neste foco/juízo, a intervenção "Ensinar o cuidador sobre estratégias de promoção do retorno venoso" foi considerada necessária para 50% (n=4) dos cuidadores de pessoas dependentes com úlcera venosa. A partir do cálculo da relação entre o implementado face ao esperado, é possível dizer que a proporção média de implementação desta intervenção foi de 104,17%, porque esta intervenção foi implementada mais vezes que o necessário a pessoas dependentes com úlcera venosa.

Relativamente ao foco/juízo úlcera diabética, verificámos que a intervenção "Ensinar o cuidador sobre cuidados á úlcera diabética" foi considerada necessária para 40% (n=2) dos cuidadores de pessoas dependentes com úlcera diabética. A partir do cálculo da relação entre o implementado face ao esperado, é possível dizer que a proporção média de implementação desta intervenção foi de 87,50%, ou seja, foram prestados 87,50% dos cuidados previstos. Ainda assim, 12,50% dos cuidados de enfermagem necessários não foram implementados.

Para este foco/juízo, verificámos também que a intervenção "Ensinar o cuidador sobre cuidados á úlcera diabética" foi considerada necessária para 60% (n=3) dos cuidadores de pessoas dependentes com úlcera diabética. A partir do cálculo da relação entre o implementado face ao esperado, é possível dizer que a proporção média de implementação desta intervenção foi de 91,67%, ou seja, foram prestados 91,67% dos cuidados previstos. Porém, 8,33% dos cuidados de enfermagem necessários não foram implementados.

E por fim, também referente ao foco/juízo úlcera diabética, verificámos que a intervenção "Ensinar ao cuidador sobre o posicionamento facilitador da perfusão dos tecidos" foi considerada necessária para 60% (n=3) dos cuidadores de pessoas dependentes com úlcera diabética. A partir do cálculo da relação entre o implementado face ao esperado, é possível dizer que a proporção média de implementação desta intervenção foi de 91,67%, ou seja, 91,67% dos cuidados previstos. No entanto, 8,33% dos cuidados de enfermagem necessários não foram implementados.

Tabela 42 - Caracterização das intervenções do tipo ensinar, instruir e treinar, necessária à capacitação do cuidador, no processo do sistema tegumentar

FOCO/JUÍZO	INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM, NO	% CUIDADORES QUE NECESSITAVAM DA	% PROPORÇÃO MÉDIA DO IMPLEMENTADO FACE AO

	DOMÍNIO DO SUPORTE E EDUCAÇÃO	INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	ESPERADO DA INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM
Membrana mucosa comprometida	Ensinar sobre tratamento da membrana mucosa	46,2% (n=6)	83,33%
	Ensinar sobre sinais de complicação da membrana mucosa	61,5% (n=8)	62,50%
Eritema pelas fraldas	Ensinar sobre tratamento do eritema	29,4% (n=5)	100%
	Ensinar sobre troca da fralda	64,7% (n=11)	90,91%
	Ensinar sobre vigilância da pele	41,2% (n=7)	100%
Úlcera de pressão	Ensinar sobre cuidados à úlcera de pressão	14,3% (n=4)	68,75%
	Ensinar sobre sinais de complicação da úlcera de pressão	60,7% (n=17)	88,73%
Úlcera venosa	Ensinar sobre cuidados à úlcera venosa	42,9% (n=3)	88,89%
	Ensinar sobre sinais de complicação da úlcera venosa	42,9% (n=3)	88,89%
	Ensinar sobre terapia compressiva	Neste estudo, esta intervenção não foi considerada necessária, nem realizada a nenhum cuidador de pessoas dependentes com úlcera venosa	
	Ensinar sobre estratégias de promoção do retorno venoso	50% (n=4)	104,17%

Úlcera diabética	Ensinar sobre cuidados à Úlcera diabética	40% (n=2)	87,50%
	Ensinar sobre sinais de complicação da Úlcera diabética	60% (n=3)	91,67%
	Ensinar posicionamento facilitador da perfusão dos tecidos	60% (n=3)	91,67%

6.3.6. Processo do Sistema Regulador

No que diz respeito ao processo do sistema regulador também foram avaliadas e identificadas intervenções do tipo instruir, treinar, ensinar necessárias ao cuidador, referentes aos seguintes focos: hiperglicemia, desidratação, edema e intolerância à atividade. Deste modo, analisando a tabela 60, verificamos que para o foco/juízo hipo/hiperglicemia, a intervenção "Ensinar sobre regime medicamentoso ao cuidador" foi considerada necessária para 29% (n=9) dos cuidadores de pessoas dependentes com hiperglicemia. A partir do cálculo da relação entre o implementado face ao esperado, é possível dizer que a proporção média de implementação desta intervenção foi de 54,84%, ou seja, foram prestados 54,84% dos cuidados previstos. No entanto, 45,16% dos cuidados de enfermagem necessários não foram implementados.

Relativamente a este foco/juízo hipo/hiperglicemia, verificámos que a intervenção "Ensinar sobre complicações da hipo/hiperglicemia, ao cuidador" foi considerada necessária para 48,4% (n=15) dos cuidadores de pessoas dependentes com hiperglicemia. A partir do cálculo da relação entre o implementado face ao esperado, é possível dizer que a proporção média de implementação desta intervenção foi de 55,13%, ou seja, foram prestados 55,13% dos cuidados previstos. Porém, 44,87% dos cuidados de enfermagem necessários não foram implementados.

Quanto á intervenção "Ensinar sobre controlo da hipo/hiperglicemia ao cuidador" verificamos que foi considerada necessária para 48,4% (n=15) dos cuidadores de pessoas dependentes com hiperglicemia. A partir do cálculo da relação entre o implementado face ao esperado, é possível dizer que a proporção média de implementação desta intervenção

foi de 52,90%, ou seja, foram prestados 52,90% dos cuidados previstos. Todavia, 47,10% dos cuidados de enfermagem necessários não foram implementados.

No que se refere á intervenção "Ensinar sobre glicemia ao cuidador" verificamos que foi considerada necessária para 22,6% (n=7) dos cuidadores de pessoas dependentes com hiperglicemia. A partir do cálculo da relação entre o implementado face ao esperado, é possível dizer que a proporção média de implementação desta intervenção foi de 51,46%, ou seja, foram prestados 51,46% dos cuidados previstos. Contudo, 48,54% dos cuidados de enfermagem não foram implementados.

Em relação á intervenção "Ensinar sobre insulina ao cuidador", verificamos que foi considerada necessária para 22,6% (n=7) dos cuidadores de pessoas dependentes com hiperglicemia. A partir do cálculo da relação entre o implementado face ao esperado, é possível dizer que a proporção média de implementação desta intervenção foi de 52,65%, ou seja, foram prestados 52,65% dos cuidados previstos. Não obstante, 47,35% dos cuidados de enfermagem necessários não foram implementados.

No que diz respeito, á intervenção "Ensinar o cuidador sobre prevenção de complicações da hipoglicemia/hiperglicemia" verificamos que foi considerada necessária para 32,3% (n=10) dos cuidadores de pessoas dependentes com hiperglicemia. A partir do cálculo da relação entre o implementado face ao esperado, é possível dizer que a proporção média de implementação desta intervenção foi de 73,17%, ou seja, foram prestados 73,17% dos cuidados previstos. Mas, 26,83% dos cuidados de enfermagem inerentes a esta intervenção não foram implementados.

Neste estudo, também verificamos que a intervenção "Ensinar sobre sinais de hipo/hiperglicemia" foi considerada necessária para 41,9% (n=13) dos cuidadores de pessoas dependentes com hiperglicemia. A partir do cálculo da relação entre o implementado face ao esperado, é possível dizer que a proporção média de implementação desta intervenção foi de 47,08%, ou seja, foram prestados 47,08% dos cuidados previstos. No entanto, 52,92% dos cuidados de enfermagem inerentes a esta intervenção não foram implementados.

No que concerne, á intervenção "Treinar o cuidador a avaliar a glicemia capilar" verificamos que foi considerada necessária para 25,8% (n=8) dos cuidadores de pessoas dependentes com hiperglicemia. A partir do cálculo da relação entre o implementado face ao esperado, é possível dizer que a proporção média de implementação desta intervenção

foi de 48,36%, ou seja, foram prestados 48,36% dos cuidados previstos. Por outro lado, 51,64% dos cuidados de enfermagem inerentes a esta intervenção não foram implementados. Ao analisar a necessidade de intervenção "Treinar o cuidador a administrar insulina" verificamos que foi considerada necessária para 16,1% (n=5) dos cuidadores de pessoas dependentes com hiperglicemia. A partir do cálculo da relação entre o implementado face ao esperado, é possível dizer que a proporção média de implementação desta intervenção foi de 52,38%, ou seja, foram prestados 52,38% dos cuidados previstos. No entanto, 47,62% dos cuidados de enfermagem não foram implementados.

Neste âmbito, verificámos que a intervenção "Ensinar sobre acesso a dispositivos, ao cuidador" foi considerada necessária para 12,9% (n=4) dos cuidadores de pessoas dependentes com hiperglicemia. A partir do cálculo da relação entre o implementado face ao esperado, é possível dizer que a proporção média de implementação desta intervenção foi de 87,50%, ou seja, foram prestados 87,50% dos cuidados previstos. Todavia, 12,50% dos cuidados de enfermagem não foram implementados.

No que diz respeito ao foco/juízo desidratação, verificamos que a intervenção "Ensinar o cuidador sobre regime de ingestão de líquidos" foi considerada necessária para 71,9% (n=23) dos cuidadores de pessoas dependentes com desidratação. A partir do cálculo da relação entre o implementado face ao esperado, é possível dizer que a proporção média de implementação desta intervenção foi de 95,65%. Em contrapartida, 4,35% dos cuidados de enfermagem não foram implementados. Para este foco/juízo, também verificámos que a intervenção "Ensinar sobre desidratação, ao cuidador" foi considerada necessária para 53,1% (n=17) dos cuidadores de pessoas dependentes com desidratação. A partir do cálculo da relação entre o implementado face ao esperado, é possível dizer que a proporção média de implementação desta intervenção foi de 88,24%. Contudo, 11,76% dos cuidados de enfermagem não foram implementados.

Relativamente ao foco/juízo edema, verificámos que a intervenção "Ensinar sobre sinais de retenção de líquidos, ao cuidador" foi considerada necessária para 4,8% (n=1) dos cuidadores de pessoas dependentes com edema. A partir do cálculo da relação entre o implementado face ao esperado, é possível dizer que a proporção média de implementação desta intervenção foi de 100%, ou seja, foram prestados 100% dos cuidados previstos. Para este foco/juízo, também verificámos que a intervenção "Ensinar sobre complicações da retenção de líquidos, ao cuidador" foi considerada necessária para

14,3% (n=3) dos cuidadores de pessoas dependentes com edema. A partir do cálculo da relação entre o implementado face ao esperado, é possível dizer que a proporção média de implementação desta intervenção foi de 66,67%, ou seja, foram prestados 66,67% dos cuidados previstos. Porém, 33,33% dos cuidados de enfermagem inerentes a esta intervenção não foram implementados.

No que se refere, á intervenção "Ensinar sobre prevenção de lesões tegumentares, ao cuidador" foi considerada necessária para 52,4% (n=11) dos cuidadores de pessoas dependentes com edema. A partir do cálculo da relação entre o implementado face ao esperado, é possível dizer que a proporção média de implementação desta intervenção foi de 69,70%, ou seja, foram prestados 69,70% dos cuidados previstos. No entanto, 30,30% dos cuidados de enfermagem não foram implementados. Quanto á intervenção "Ensinar sobre sinais de compromisso neurovascular, ao cuidador" verificamos que foi considerada necessária para 9,5% (n=2) dos cuidadores de pessoas dependentes com edema. A partir do cálculo da relação entre o implementado face ao esperado, é possível dizer que a proporção média de implementação desta intervenção foi de 100%.

Em relação á intervenção "Ensinar o cuidador sobre posicionamento para diminuir o edema" verificamos que foi considerada necessária para 42,9% (n=9) dos cuidadores de pessoas dependentes com edema. A partir do cálculo da relação entre o implementado face ao esperado, é possível dizer que a proporção média de implementação desta intervenção foi de 74,07%, ou seja, foram prestados 74,07% dos cuidados previstos. Mas 25,93% dos cuidados de enfermagem não foram implementados.

E por fim, é de destacar que para o foco/juízo intolerância á atividade, a intervenção "Ensinar o cuidador sobre conservação de energia" foi considerada necessária para 39,4% (n=13) dos cuidadores de pessoas dependentes com intolerância à atividade. A partir do cálculo da relação entre o implementado face ao esperado, é possível dizer que a proporção média de implementação desta intervenção foi de 28,39%, ou seja, foram prestados 28,39% dos cuidados previstos. Porém, 71,91% dos cuidados de enfermagem não foram implementados.

Associado a este foco/juízo, verificamos também que a intervenção "Ensinar o cuidador sobre gestão dos períodos de atividade e repouso" foi considerada necessária para 42,4% (n=14) dos cuidadores de pessoas dependentes com intolerância à atividade. A partir do cálculo da relação entre o implementado face ao esperado, é possível dizer que a

proporção média de implementação desta intervenção foi de 40,16%, ou seja, foram prestados 40,16% dos cuidados previstos. No entanto, 59,84% dos cuidados de enfermagem não foram implementados.

Tabela 43 - Caracterização das intervenções do tipo ensinar, instruir e treinar, necessária à capacitação do cuidador, no processo do sistema regulador

FOCO/JUÍZO	INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM, NO DOMÍNIO DO SUPORTE E EDUCAÇÃO	% CUIDADORES QUE NECESSITAVAM DA INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	% PROPORÇÃO MÉDIA DO IMPLEMENTADO FACE AO ESPERADO DA INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM
Hipo/ Hiperglicemia	Ensinar sobre regime medicamentoso	29% (n=9)	54,84%
	Ensinar sobre complicações da hipo/hiperglicemia	48,4% (n=15)	55,13%
	Ensinar sobre o controlo da hipo/hiperglicemia	48,4% (n=15)	52,90%
	Ensinar sobre glicemia	22,6% (n=7)	51,46%
	Ensinar sobre insulina	22,6% (n=7)	52,65%
	Ensinar sobre prevenção de complicações da hipoglicemia/hiperglicemia	32,3% (n=10)	73,17%
	Ensinar sobre sinais de hipo/hiperglicemia	41,9% (n=13)	47,08%
	Treinar a avaliar a glicemia capilar	25,8% (n=8)	48,36%
	Treinar a administrar insulina	16,1% (n=5)	52,38%
	Ensinar sobre acesso a dispositivos	12,9% (n=4)	87,50%
Desidratação	Ensinar sobre regime de ingestão de líquidos	71,9% (n=23)	95,65%

	Ensinar sobre desidratação	53,1% (n=17)	88,24%
Edema	Ensinar sobre sinais de retenção de líquidos	4,8% (n=1)	100%
	Ensinar sobre complicações da retenção de líquidos	14,3% (n=3)	66,67%
	Ensinar sobre prevenção de lesões tegumentares	52,4% (n=11)	69,70%
	Ensinar sobre sinais de compromisso do processo neurovascular	9,5% (n=2)	100%
	Ensinar sobre posicionamento para diminuir o edema	42,9% (n=9)	74,07%
Intolerância à atividade	Ensinar sobre conservação de energia	39,4% (n=13)	28,39%
	Ensinar sobre gestão dos períodos de atividade e repouso	42,4% (n=14)	40,16%

6.3.7. Autocuidados

Os dados e resultados que constituem a tabela 44 permitem-nos fazer a caracterização das intervenções do tipo instruir, treinar, ensinar necessárias ao cuidador, referentes aos seguintes focos/diagnósticos de enfermagem dos autocuidados: virar-se comprometido, transferir-se comprometido, sentar-se comprometido, cuidar da higiene pessoal comprometido, vestir-se ou despir-se comprometido, andar comprometido, alimentar-se comprometido e gestão do regime medicamentoso comprometido.

Deste modo, analisando a tabela 44, verificamos que para o foco virar-se comprometido, a intervenção "Ensinar sobre prevenção de complicações na articulação da anca enquanto deitado" foi considerada necessária para 7,3% (n=6) dos cuidadores. A partir do cálculo da relação entre o implementado face ao esperado, é possível afirmar que a proporção média de implementação desta intervenção foi de 58,33%, ou seja, foram prestados

58,33% dos cuidados previstos. No entanto, 41,67% dos cuidados de enfermagem não foram implementados. A intervenção "Treinar o virar" foi considerada necessária para 35,3% (n=24) dos cuidadores das pessoas dependentes. E a proporção média de implementação desta intervenção foi de 63,66%, ou seja, foram prestados 63,66% dos cuidados previstos. A intervenção "Treinar o virar usando dispositivo" foi considerada necessária para 15,5% (n=11) dos cuidadores das pessoas dependentes. E a proporção média de implementação desta intervenção foi de 23,59%, ou seja, foram prestados 23,59% dos cuidados previstos. Porém, 76,41% dos cuidados de enfermagem não foram implementados. A intervenção "Ensinar sobre acesso a dispositivos" foi considerada necessária para 45% (n=36) dos cuidadores das pessoas dependentes. E a proporção média de implementação desta intervenção foi de 69,44%, ou seja, foram prestados 69,44% dos cuidados previstos. A intervenção "Ensinar sobre prevenção de quedas" foi considerada necessária para 32,9% (n=28) dos cuidadores das pessoas dependentes. E a proporção média de implementação desta intervenção foi de 88,39%, ou seja, foram prestados 88,39% dos cuidados previstos. Contudo, 11,61% dos cuidados de enfermagem não foram implementados. A intervenção "Treinar a transferir" foi considerada necessária para 33,8% (n=24) dos cuidadores das pessoas dependentes. E a proporção média de implementação desta intervenção foi de 67,06%, ou seja, foram prestados 67,06% dos cuidados previstos.

A intervenção "Treinar a transferir através de dispositivo" foi considerada necessária para 27,1% (n=23) dos cuidadores das pessoas dependentes. E a proporção média de implementação desta intervenção foi de 27,59%, ou seja, foram prestados 27,59% dos cuidados previstos. Em contrapartida, 72,41% dos cuidados de enfermagem não foram implementados. A intervenção "Treinar para prevenção de complicações na articulação da anca durante o transferir-se" foi considerada necessária para 6,9% (n=6) dos cuidadores das pessoas dependentes. E a proporção média de implementação desta intervenção foi de 34,92%, ou seja, foram prestados 34,92% dos cuidados previstos. Todavia, 62,08% dos cuidados de enfermagem não foram implementados. E para finalizar, a intervenção "Ensinar sobre acesso a dispositivos" foi considerada necessária para 42,5% (n=37) dos cuidadores das pessoas dependentes. E a proporção média de implementação desta intervenção foi de 48,65%, ou seja, foram prestados 48,65% dos cuidados previstos. Não obstante, 51,35% dos cuidados de enfermagem não foram implementados.

Relativamente ao foco sentar-se comprometido, verificamos a intervenção "Ensinar sobre prevenção de complicações na articulação da anca durante o sentar-se" foi considerada necessária em 14,3% (n=10) dos cuidadores. E a proporção média de implementação foi de 56,67%, ou seja, foram prestados 56,67% dos cuidados previstos. No entanto, 43,33% dos cuidados de enfermagem não foram implementados.

No que se refere ao foco cuidar da higiene pessoal comprometido, verificamos que a intervenção "Treinar a tomar/dar banho" foi considerada necessária em 8,0% (n=9) dos cuidadores. E a proporção média de implementação foi de 49,07%, ou seja, foram prestados 49,07% dos cuidados previstos. A intervenção "Treinar a tomar/dar banho usando dispositivo" foi considerada necessária em 12,4% (n=14) dos cuidadores. E a proporção média de implementação foi de 19,64%, ou seja, foram prestados 19,64% dos cuidados previstos. Mas, 80,36% dos cuidados de enfermagem não foram implementados. A intervenção "Treinar uso do sanitário" foi considerada necessária em 5,3% (n=6) dos cuidadores. E a proporção média de implementação foi de 55,56%, ou seja, foram prestados 55,56% dos cuidados previstos. A intervenção "Ensinar sobre acesso a dispositivos" foi considerada necessária em 27,0% (n=31) dos cuidadores. E a proporção média de implementação foi de 47,31%, ou seja, foram prestados 47,31% dos cuidados previstos. Todavia, 52,69% dos cuidados de enfermagem não foram implementados.

No que respeita ao foco vestir-se e despir-se comprometido, verificamos que a intervenção "Treinar a vestir ou despir" foi considerada necessária em 6,7% (n=6) dos cuidadores. E a proporção média de implementação foi de 23,61%, ou seja, foram prestados 23,61% dos cuidados previstos. Contudo, 76,39% dos cuidados de enfermagem não foram implementados. A intervenção "Treinar a vestir ou despir usando dispositivo" foi considerada necessária em 6,7% (n=6) dos cuidadores. E a proporção média de implementação foi de 52,78%, ou seja, foram prestados 52,78% dos cuidados previstos. No entanto, 47,22% dos cuidados de enfermagem não foram implementados. A intervenção "Ensinar sobre acesso a dispositivos" foi considerada necessária em 17,7% (n=17) dos cuidadores. E a proporção média de implementação foi de 64,71%, ou seja, foram prestados 64,71% dos cuidados previstos. Todavia, 35,29% dos cuidados de enfermagem não foram implementados.

No que concerne, ao foco andar comprometido, verificamos que a intervenção "Ensinar sobre prevenção de quedas" foi considerada necessária em 41,2% (n=47) dos cuidadores. E a proporção média de implementação foi de 86,17%, ou seja, foram prestados 86,17%

dos cuidados previstos. Porém, 13,83% dos cuidados de enfermagem não foram implementados. A intervenção "Ensinar sobre adaptação do domicílio para usar cadeira de rodas" foi considerada necessária em 5,6% (n=7) dos cuidadores. E a proporção média de implementação foi de 85,71%, ou seja, foram prestados 85,71% dos cuidados previstos. No entanto, 14,29% dos cuidados de enfermagem não foram implementados. A intervenção "Treinar o andar" foi considerada necessária em 4,6% (n=5) dos cuidadores. E a proporção média de implementação foi de 63,43%, ou seja, foram prestados 63,43% dos cuidados previstos. Contudo, 36,57% dos cuidados de enfermagem não foram implementados. A intervenção "Treinar o andar com auxiliar de marcha" foi considerada necessária em 8,0% (n=6) dos cuidadores. E a proporção média de implementação foi de 54,56%, ou seja, foram prestados 54,56% dos cuidados previstos. Porém, 45,44% dos cuidados de enfermagem não foram implementados. A intervenção "Treinar a usar cadeira de rodas" foi considerada necessária em 1,6% (n=2) dos cuidadores. E a proporção média de implementação foi de 14,29%, ou seja, foram prestados 14,29% dos cuidados previstos. Mas, 85,71 dos cuidados de enfermagem não foram implementados.

A intervenção "Ensinar sobre acesso a dispositivos" foi considerada necessária em 13,7% (n=17) dos cuidadores. E a proporção média de implementação foi de 98,04%, ou seja, foram prestados 98,04% dos cuidados previstos. Não obstante, 1,96% dos cuidados de enfermagem não foram implementados.

De acordo, com o foco alimentar-se comprometido, verificamos que a intervenção "Treinar a alimentar" foi considerada necessária em 10,5% (n=4) dos cuidadores. E a proporção média de implementação foi de 25%, ou seja, foram prestados 25% de cuidados previstos. Contudo, 75% dos cuidados de enfermagem não foram implementados. A intervenção "Treinar a alimentar usando dispositivo" no autocuidado alimentar-se foi considerada necessária em 14,3% (n=6) dos cuidadores. E a proporção média de implementação foi de 57,14%, ou seja, foram prestados 57,14% dos cuidados previstos. No entanto, 42,86% dos cuidados de enfermagem não foram implementados. A intervenção "Ensinar sobre o acesso a dispositivos" inerente ao autocuidado alimentar-se foi considerada necessária em 9,3% (n=4) dos cuidadores. E a proporção média de implementação foi de 50%, ou seja, foram prestados 50% dos cuidados previstos. Porém, 50% dos cuidados de enfermagem não foram implementados.

Em relação ao foco autogestão do regime medicamentoso comprometida, verificamos que a intervenção "Ensinar sobre gestão do regime medicamentoso" foi considerada necessária em 23% (n=23) dos cuidadores. E a proporção média de implementação foi de 63,04%, ou seja, foram prestados 63,04% dos cuidados previstos. Todavia, 36,96% dos cuidados de enfermagem não foram implementados. É de salientar, também que a intervenção "Ensinar sobre regime medicamentoso" não foi considerada necessária neste estudo, nem realizada a nenhum cuidador de pessoas dependentes com o autocuidado de autogestão do regime medicamentoso comprometido. A intervenção "Ensinar sobre ajuste da medicação de acordo com os resultados da vigilância" foi considerada necessária em 14,9% (n=15) dos cuidadores. E a proporção média de implementação foi de 55,56%, ou seja, foram prestados 55,56% dos cuidados previstos. No entanto, 44,44% dos cuidados de enfermagem não foram implementados. A intervenção "Treinar a administrar medicação" foi considerada necessária em 10%(n=10) dos cuidadores. E a proporção média de implementação foi de 49,05%, ou seja, foram prestados 49,05% dos cuidados previstos. Mas, 50,95% dos cuidados de enfermagem não foram implementados. A intervenção "Treinar a gerir regime medicamentoso usando dispositivo", foi considerada necessária em 4,0% (n=4) dos cuidadores. E a proporção média de implementação foi de 66,67%, ou seja, foram prestados 66,67% dos cuidados previstos. Porém, 33,33% dos cuidados de enfermagem não foram implementados.

E por fim, no que se refere á intervenção "Ensinar sobre acesso a dispositivos" ao inerentes á autogestão do regime medicamentoso comprometida, foi considerada necessária em 8,9% (n=9) dos cuidadores. E a proporção média de implementação foi de 77,78%, ou seja, foram prestados 77,78% dos cuidados previstos. Contudo, 22,22% dos cuidados de enfermagem não foram implementados.

Tabela 44 - Caracterização das intervenções do tipo ensinar, instruir e treinar, necessária à capacitação do cuidador, nos autocuidados

FOCO	INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM, NO DOMÍNIO DO SUPORTE E EDUCAÇÃO	% CUIDADORES QUE NECESSITAVAM DA INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	% PROPORÇÃO MÉDIA DO IMPLEMENTADO FACE AO ESPERADO DA INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM

	Ensinar sobre prevenção de complicações na articulação da anca enquanto deitado	7,3% (n=6)	58,33%
	Treinar o virar	35,3% (n=24)	63,66%
	Treinar o virar usando dispositivo	15,5% (n=11)	23,59%
	Ensinar sobre acesso a dispositivos	45% (n=36)	69,44%
Virar-se comprometido	Ensinar sobre prevenção de quedas	32,9% (n=28)	88,39%
	Treinar a transferir	33,8% (n=24)	67,06%
	Treinar a transferir através de dispositivo	27,1% (n=23)	27,59%
	Treinar para prevenção de complicações na articulação da anca durante o transferir-se	6,9% (n=6)	34,92%
	Ensinar sobre acesso a dispositivos	42,5% (n=37)	48,65%
Sentar-se comprometido	Ensinar sobre prevenção de complicações na articulação da anca durante o sentar-se	14,3% (n=10)	56,67%
Cuidar da higiene pessoal comprometido	Treinar a tomar/dar banho	8,0% (n=9)	49,07%
	Treinar a tomar/dar banho usando dispositivo	12,4% (n=14)	19,64%
	Treinar uso do sanitário	5,3% (n=6)	55,56%
	Ensinar sobre acesso a dispositivos	27,0% (n=31)	47,31%
	Treinar a vestir ou despir	6,7% (n=6)	23,61%

Vestir-se e despir-se comprometido	Treinar a vestir ou despir usando dispositivo	6,7% (n=6)	52,78%
	Ensinar sobre acesso a dispositivos	17,7% (n=17)	64,71%
Andar comprometido	Ensinar sobre prevenção de quedas	41,2% (n=47)	86,17%
	Ensinar sobre adaptação do domicílio para usar cadeira de rodas	5,6% (n=7)	85,71%
	Treinar o andar	4,6% (n=5)	63,43%
	Treinar o andar com auxiliar de marcha	8,0% (n=6)	54,56%
	Treinar a usar cadeira de rodas	1,6% (n=2)	14,29%
	Ensinar sobre acesso a dispositivos	13,7% (n=17)	98,04%
Alimentar-se comprometido	Treinar a alimentar	10,5% (n=4)	25,00%
	Treinar a alimentar usando dispositivo	14,3% (n=6)	57,14%
	Ensinar sobre acesso a dispositivos	9,3% (n=4)	50,00%
Autogestão do regime medicamentoso comprometida	Ensinar sobre gestão do regime medicamentoso	23,0% (n=23)	63,04%
	Ensinar sobre regime medicamentoso	Neste estudo, esta intervenção não foi considerada necessária, nem realizada a nenhum cuidador de pessoas dependentes com o autocuidado de autogestão do regime medicamentoso comprometido.	

	Ensinar sobre ajuste da medicação de acordo com os resultados da vigilância	14,9% (n=15)	55,56%
	Treinar a administrar medicação	10% (n=10)	49,05%
	Treinar a gerir regime medicamentoso usando dispositivo	4,0% (n=4)	66,67%
	Ensinar sobre acesso a dispositivos	8,9% (n=9)	77,78%

6.3.8. Atitudes Terapêuticas

Os dados e resultados que constituem a tabela 45 permitem-nos fazer a caracterização das intervenções do tipo instruir, treinar, ensinar necessárias ao cuidador, referentes às seguintes atitudes terapêuticas: oxigenoterapia, sonda gástrica, cateter urinário, traqueostomia e ostomia de eliminação.

Deste modo, analisando a tabela 45, verificamos que as intervenções "Ensinar sobre oxigenoterapia", "Treinar a otimizar a sonda gástrica, ensinar sobre o acesso a dispositivos de traqueostomia", "Ensinar sobre ostomia de eliminação", "Treinar cuidados á ostomia de eliminação", "Treinar a trocar saco de ostomia de eliminação", "Treinar trocar placa da ostomia de eliminação" e "Ensinar sobre acesso a dispositivos de ostomia de eliminação" não foram considerados necessários para a capacitação dos cuidadores do nosso estudo.

Neste contexto, é ressalvar que perante a presença de cateter urinário nas pessoas dependentes, a intervenção "Ensinar sobre a prevenção de infeção do sistema urinário" foi considerada necessária para 71,4% (n=10) dos cuidadores destas pessoas dependentes. A partir do cálculo da relação entre o implementado face ao esperado, é possível dizer que a proporção média de implementação desta intervenção foi de 84,17%, ou seja, foram prestados 84,17% dos cuidados previstos. Todavia, 15,83% dos cuidados de enfermagem não foram implementados.

Outro aspeto a realçar, é que perante a presença de traqueostomia nas pessoas dependentes, as intervenções "Ensinar sobre traqueostomia", "Ensinar sobre autovigilância da pele peri-traqueostomia", "Treinar cuidados á traqueostomia", "Treinar cuidados á pele periestomal" e "Treinar a trocar a cânula" foram consideradas necessárias para 100% (n=1) dos cuidadores destas pessoas dependentes. E a proporção média de implementação destas intervenções foi de 100%, ou seja, foram prestados 100% dos cuidados previstos.

E por fim, também observámos que perante a presença de ostomia de eliminação nas pessoas dependentes, as intervenções "Ensinar sobre autovigilância da pele peri-ostomia" e "Treinar cuidados à pele periestomal" foram consideradas necessárias 16,7% (n=1) dos cuidadores destas pessoas dependentes. E a proporção média de implementação destas intervenções foi de 100%, ou seja, foram prestados 100% dos cuidados previstos.

Tabela 45 - Caracterização das intervenções do tipo ensinar, instruir e treinar, necessária à capacitação do cuidador, nas atitudes terapêuticas

ATITUDES TERAPÊUTICAS	INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM, NO DOMÍNIO DO SUPORTE E EDUCAÇÃO	% CUIDADORES QUE NECESSITAVAM DA INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	% PROPORÇÃO MÉDIA DO IMPLEMENTADO FACE AO ESPERADO DA INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM
Oxigenoterapia	Ensinar sobre oxigenoterapia	Neste estudo, esta intervenção não foi considerada necessária.	
Sonda gástrica	Treinar a otimizar a sonda gástrica	Neste estudo, esta intervenção não foi considerada necessária.	
Cateter urinário	Ensinar sobre prevenção de infeção do sistema urinário	71,4% (n=10)	84,17%
Traqueostomia	Ensinar sobre traqueostomia	100% (n=1)	100%
	Ensinar sobre autovigilância da pele peri-traqueostomia	100% (n=1)	100%

	Treinar cuidados á traqueostomia	100% (n=1)	100%
	Treinar cuidados á pele periestomal	100% (n=1)	100%
	Treinar a trocar a cânula	100% (n=1)	100%
	Ensinar sobre acesso a dispositivos	Neste estudo, esta intervenção não foi considerada necessária.	
Ostomia de eliminação	Ensinar sobre a ostomia de eliminação	Neste estudo, esta intervenção não foi considerada necessária.	
	Ensinar sobre autovigilância da pele peri-ostomia	16,7% (n=1)	100%
	Treinar cuidados à ostomia	Neste estudo, esta intervenção não foi considerada necessária.	
	Treinar cuidados à pele periestomal	16,7% (n=1)	100%
	Treinar trocar saco	Neste estudo, esta intervenção não foi considerada necessária.	
	Treinar trocar placa	Neste estudo, esta intervenção não foi considerada necessária.	
	Ensinar sobre acesso a dispositivos	Neste estudo, esta intervenção não foi considerada necessária.	

7 - DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Nesta fase do estudo, procede-se á interpretação dos resultados, tendo por base os objetivos do mesmo e a literatura consultada. Neste âmbito, esta investigação procurou compreender as necessidades e os desafios que os cuidadores familiares das pessoas com dependência no autocuidado enfrentam no contexto das ECCI do ACES Baixo Mondego.

O processo de aceitação é um dos primeiros desafios que os cuidadores familiares constatam como doloroso. Todavia, revelam que é importante a aceitação desta fase no decorrer do tempo e consoante a personalidade de cada um, estes vão-se adaptando ao seu papel de membro prestador de cuidados (Carvalho,2017).

No decurso do nosso estudo, tivemos a oportunidade de identificar as necessidades de uma parte considerável de famílias que integram dependentes no autocuidado do ACES Baixo Mondego e verificamos que é possível fazer a reorganização territorial das ECCI, promovendo a acesso e a proximidade dos cuidados às pessoas com dependência no autocuidado de acordo com o consignado na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Por estes motivos, a RNCCI deve continuar a crescer, priorizando a resolução de desigualdades existentes na resposta às necessidades dos cuidadores familiares dos dependentes no autocuidado e agilizar o processo de referenciação das pessoas dependentes para a RNCCI o mais célere possível (Rocha,2015), tendo em conta o aumento do fenómeno da dependência no autocuidado.

Mas para que esta resposta da RNCCI se traduza em ganhos em saúde para as pessoas dependentes de cuidadores familiares é necessário fazer uma caracterização sociodemográfica, profissional e familiar e da situação de saúde da pessoa dependente no autocuidado, uma caracterização sociodemográfica, profissional e familiar dos cuidadores familiares/informais e uma caracterização das intervenções do tipo ensinar, instruir e treinar, para a capacitação do cuidador.

No que se refere, á caracterização sociodemográfica, profissional e familiar das pessoas dependentes no autocuidado, os resultados do nosso estudo demonstram que realmente a maioria das pessoas dependentes são idosos e as principais causas da dependência são as doenças crónicas em 55,4% e o envelhecimento em 43,1% dos casos de pessoas dependentes no autocuidado, que estão em concordância com a revisão da literatura realizada por diversos autores sobre esta temática (Petronilho, 2013; Gonçalves, 2013; Melo et al., 2014; Fernandes, 2014; Rocha, 2015; Carvalho,2017; Teixeira, 2018; Dixe & Querido, 2020).

Outro aspeto a salientar, é a capacidade de memória das pessoas dependentes do nosso estudo, 71,5% destas não apresentam problemas de memória, o que significa que têm capacidade de aprendizagem para o autocuidado. No entanto, 24,6% das pessoas dependentes no autocuidado apresentam dificuldades/incapacidades para recuperar

informação e adquirir nova informação, o que exige por parte dos cuidadores familiares capacidades acrescidas no processo do cuidar. De um modo geral, estes resultados surgem devido á falta de informações fornecidas aos cuidadores familiares, tal como sugerem alguns estudos da literatura (Melo et al., 2014 e Dixe & Querido, 2020). Porém podem ser colmatadas com a capacitação do cuidador familiar no domínio dos autocuidados proporcionada pelo EEER, quando a pessoa dependente tem capacidades de memória e um cuidador familiar competente, ou seja, com capacidades físicas e mentais para o processo do cuidar. Todavia, quando a pessoa dependente no autocuidado não tem capacidades de memória ou não tem um cuidador familiar com capacidades para adquirir uma nova informação, estes necessitam da intervenção de enfermeiros de cuidados gerais e especialistas de reabilitação para realizarem os cuidados no domicílio de acordo com as reais necessidades da pessoa dependente e do cuidador familiar. Nestes casos, o ensino, a instrução e o treino junto das famílias e das pessoas dependentes isolados não produzem resultados de efetividade na melhoria da saúde destes cidadãos, por este motivo não são os cuidadores familiares que vão substituir os cuidados da pessoa dependente.

Perante esta realidade, é visível a real necessidade de cuidados por parte dos enfermeiros de cuidados gerais e especialistas de reabilitação com competências específicas para executarem os cuidados á pessoa dependente no autocuidado num sistema parcialmente ou totalmente compensatório considerando a sua condição de saúde, as suas limitações na capacidade de memória e as verdadeiras necessidades no autocuidado no processo de transição saúde-doença. Deste modo, estas evidências demonstram que o ensino, a instrução e o treino do cuidador familiar e do familiar dependente é particularmente útil e efetivo apenas quando a pessoa dependente e cuidador familiar têm capacidades de memória necessárias para aprendizagem de cuidados fulcrais para manter a dignidade e qualidade da vida humana no contexto domiciliário.

Relativamente, á caracterização da situação de saúde da pessoa dependente no autocuidado, verificamos que existem processos corporais em que as pessoas com diversas situações de saúde que apresentam maior tendência para a dependência total dos seus cuidadores, nomeadamente, quando está presente o equilíbrio comprometido em 81,1% dos casos; quando está presente a ventilação comprometida em 64,6% dos casos; quando está presente a mastigação comprometida em 42,3% dos casos; quando está presente a incontinência urinária em 37,7% dos casos; quando está presente a úlcera de

pressão em 21,5% dos casos; quando está presente a intolerância á atividade em 25,4% dos casos das pessoas dependentes que fizeram parte da nossa investigação.

De um modo geral, estes fenómenos de compromisso neuromuscular, cardiorrespiratório, gastrointestinal, sistema urinário, sistema tegumentar e regulador surgem por falta de mobilidade do sistema músculo-esquelético das pessoas dependentes, por falta de cuidados de reabilitação cardiorrespiratória que promovam a ventilação eficaz das pessoas dependentes no autocuidado, por falta de mobilidade, inadequação da alimentação e hidratação das pessoas dependentes, por falta de exercícios de reabilitação que promovam o treino vesical e por falta de cuidados na mobilização das pessoas dependentes, na higiene corporal e na alimentação adaptados às necessidades nutricionais de cada pessoa dependente no autocuidado. Neste campo de ação, os enfermeiros em parceria com os EEER, pelo grau de competências e pela proximidade que têm com a pessoa dependente serão os melhores profissionais para responder a estas necessidades das pessoas dependentes no autocuidado, implementando cuidados de enfermagem especializados e capacitando os cuidadores familiares.

Relativamente, á caracterização sociodemográfica, profissional e familiar dos cuidadores familiares/informais, os resultados, na sua globalidade, vão de encontro ao referido na literatura relativamente às variáveis: idade, sexo, estado civil, profissão do cuidador e grau de parentesco (Petronilho, 2013; Gonçalves, 2013; Melo et al., 2014; Fernandes, 2014; Rocha, 2015; Carvalho,2017; Teixeira, 2018; Dixe & Querido, 2020).

No entanto, existem algumas nuances interessantes de ser analisadas e discutidas. A média de idades dos cuidadores do nosso estudo situa-se nos 67,23 anos, dados superiores aos encontrados por alguns autores da literatura (Petronilho,2013). Este facto pode levantar questões relativas a algumas alterações funcionais e sensoriais justificadas pelo processo de envelhecimento destes cuidadores, o que pode revelar maiores dificuldades na prestação de cuidados pela diminuição da capacidade física (Teixeira,2018). Neste sentido, Rocha (2015), indica que a existência de membros familiares prestadores de cuidados, ou seja, cuidadores com idade de 86 anos, como é caso do nosso estudo, fará prever ainda uma barreira maior na efetividade dos cuidados à pessoa dependente.

Os resultados mais consensuais indicam que o cuidar é predominante no sexo feminino, á semelhança do verificado neste estudo, 80,3% dos cuidadores familiares são mulheres. Este resultado é semelhante ao de outros estudos realizados sobre o domínio cuidador

familiar e mostra o que, socialmente e culturalmente é, ainda, construído nas sociedades da europa ocidental, conferindo à mulher o papel de cuidadora dos membros da família (Petronilho, 2013; Rocha, 2015; Carvalho,2017; Teixeira, 2018; Dixe & Querido,2020). O principal motivo deste acontecimento deve-se á nossa sociedade e cultura atribuir á mulher o papel de cuidadora dos membros da família. Tal como defende Teixeira (2018), que o facto da maioria dos cuidadores serem do sexo feminino é indício que a sociedade, através da sua cultura, concede o papel de cuidar à mulher, seja ela cônjuge, filha, nora, neta ou sobrinha da pessoa dependente, consequência de construções históricas e sociais. Neste âmbito, apesar da vigorosa entrada das mulheres no mundo do trabalho que tornou o fenómeno de dependência um grande desafio a nível da saúde, social e político (Ribeiro & Pinto, 2014), os cuidados ás pessoas com dependência no autocuidado continuam a ser prestados pelo sexo feminino, reunindo esforços para assegurar a realização das atividades domésticas e em simultâneo assumir o papel de cuidadoras (Teixeira, 2018).

Por outro lado, é de evidenciar o número crescente de homens que prestam cuidados a pessoas com dependência no autocuidado, no caso concreto deste estudo, apresentando-se 19,7% dos cuidadores familiares, aproximando-se á maioria dos resultados dos estudos da literatura.

No que concerne, ao estado civil, a maioria (79,5%) dos cuidadores familiares são casados ou vivem em união de facto (n=97), tal como observado noutros estudos (Petronilho,2013; Dixe & Querido,2020). No entanto, pode-se destacar que mais de metade corresponde a cônjuges de pessoas dependentes. Dos restantes cuidadores familiares, 8,2% são divorciados; 6,6% são viúvos e 5,7% são solteiros, sendo grande parte, filhas das pessoas dependentes.

No que diz respeito, á profissão, destacamos os 52,5% da amostra, que são pensionistas/reformados, contrariando o estudo de Petronilho (2013), apesar da ocupação laboral (profissão) dos cuidadores familiares serem idênticas, a percentagem dos cuidadores domésticos/desempregados (51%) é maior do que os pensionistas/reformados (22,6%). A presença destes dados podem traduzir uma maior disponibilidade por parte dos prestadores de cuidados pensionistas/reformados e doméstico/desempregado para cuidar do dependente no autocuidado. No entanto, o facto cuidadores familiares terem uma idade mais avançada, não significa que não deixem de ter repercussões físicas e mentais em relação aos cuidados prestados ás pessoas dependentes. De um modo geral,

estes resultados estão em consonância com a categorização profissional do cuidador de alguns estudos da literatura (Carvalho,2017; Dixe & Querido,2020).

Alguns estudos indicam que quando os cuidadores são reformados apresentam mais dificuldades e revelam maior cansaço físico do que os que encontram empregados. Por outro lado, quando os cuidadores não têm atividade profissional atingem níveis elevados de sobrecarga e de dificuldades, quando comparados com os que desempenhavam uma atividade profissional (Cordeiro,2011). Neste âmbito, existência de cuidadores desempregados, faz supor as possíveis dificuldades económicas do agregado familiar com as repercussões na aquisição dos produtos básicos do quotidiano (Rocha,2015).

É de salientar também, que uma parte considerável de cuidadores que são trabalhadores não qualificados (9,8%) conciliam a sua atividade profissional com a prestação de cuidados ao seu familiar dependente. Esta realidade corrobora com a perspetiva de alguns estudos apresentados (Petronilho,2013; Rocha,2015). No entanto, Teixeira (2018) em complementaridade, refere que a escolaridade baixa é prevalente nos cuidadores, motivada pela atribuição do papel de cuidador recair principalmente em pessoas em que a inclusão formal no mercado de trabalho é mais vulnerável e associado a este as ocupações domésticas, vendo o processo de cuidar da pessoa dependente como parte integrante dessa atividade.

Por outro lado, apesar de um grande número das famílias com dependentes no autocuidado apresentarem baixos rendimentos tendo em conta a profissão que exercem, existe a preferência destas em manter o dependente no seu domicílio, mantendo a sua intimidade e os seus hábitos de vida (Fernandes, 2014), o que nos aponta para outra necessidade dos cuidadores nestas circunstâncias, que é o apoio familiar e social muito evidenciada por diversos autores (Melo et al., 2014).

Estes resultados demonstram que de forma saudável e organizada, o cuidador consegue relacionar-se com os outros, construir uma carreira profissional e ainda desempenhar com responsabilidade este papel de cuidador (Pereira, 2007). No entanto, alguns investigadores defendem que esta dualidade de papeis, é um fator que influencia a sobrecarga e tem um impacto contraproducente na sua saúde e bem-estar (Carrero, 2002; Ricarte,2009 como referido por Teixeira,2018). Neste âmbito, é necessário reunir condições, como a flexibilidade de horário, para que a prestação de cuidados ao dependente no autocuidado não fique comprometida (Melo et al., 2014).

Relativamente á distribuição dos cuidadores familiares consoante o grau de parentesco com a pessoa dependente, é semelhante aos resultados da literatura, que revela que os cuidadores tendem a ser os cônjuges e os filhos (as) (Sequeira, 2010, Petronilho, 2013; Gonçalves, 2013; Fernandes, 2014; Rocha, 2015; Teixeira ,2018; Dixe & Querido, 2020).

Deste modo, podemos considerar que estes resultados de caracterização sociodemográfica dos cuidadores familiares na sua globalidade também são muito semelhantes a outras investigações que estudam os cuidadores familiares de pessoas dependentes no autocuidado (Petronilho, 2013; Gonçalves, 2013; Melo et al., 2014; Fernandes, 2014; Rocha, 2015; Carvalho, 2017; Teixeira, 2018; Dixe & Querido, 2020).

Outro ponto a realçar, é quando os estudos referem que o grau de parentesco mais representativo dos cuidadores tende a ser primeiro os filhos (as), este facto justifica-se pela presença de uma população envelhecida, em que o cônjuge apresenta uma idade avançada e a depender em simultâneo da ajuda de terceiros (Teixeira,2018).

Em relação, á constituição da família evidencia-se que 47,7% dos cuidadores de pessoas dependentes têm uma família constituída apenas pelo casal, 25,4% é constituída por uma figura parental única; mãe, pai ou outro cuidador e presença de uma ou mais crianças ou outros dependentes e por fim 16,2% é constituída pelo casal e um filho. O primeiro e o terceiro resultado está em consonância com diversos autores da literatura, em que a maioria das famílias é constituída por um núcleo ou dois núcleos (Petronilho,2013; Rocha,2015). No entanto, o segundo resultado está em concordância com a informação exposta pelo INE, para os anos 2001 e 2011, que revelam uma tendência para estruturas familiares formada por um menor número de elementos (Fernandes,2014).

Estes resultados demonstram que mais de metade dos cuidadores em que a constituição da família é apenas o casal ou em que a figura parental é única, como mãe, pai ou outro cuidador e presença de uma ou mais crianças ou outros dependentes vão ter uma sobrecarga maior na prestação de cuidados.

Por este motivo, surgem necessidades acrescidas de suporte emocional e de apoio em carga de trabalho que podem ser colmatadas através da colaboração e disponibilidade de outras pessoas no cuidado ao familiar, nomeadamente dos enfermeiros e Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação para permitir a sua adaptação completa como membros prestadores de cuidados, e por sua vez proporcionar uma transição saudável por parte do cuidador familiar e da pessoa dependente no autocuidado no seu

processo de reconstrução da autonomia. Este processo é influenciado de forma positiva ou negativa, por diferentes fatores tais como, a sociedade, a comunidade, a família, a condição de saúde, a motivação, atitude e os significados atribuídos á dependência no autocuidado (Brito,2016). Como tal, é importante que o EEER avalie previamente estes fatores para implementar medidas terapêuticas de enfermagem de reabilitação consoante as necessidades dos cuidadores e dos familiares dependentes no autocuidado.

De acordo com (Meleis et al., 2000), a reconstrução da autonomia, é o ascender de um processo progressivo que pode ser avaliado durante o percurso, com indicadores de processo e no seu final, com indicadores de resultado.

Os indicadores de processo estão relacionados com o envolvimento da pessoa dependente e envolvem a perceção das mudanças/consciencialização; interesse na sua situação/envolvimento e a confiança. Enquanto que, os indicadores de resultado estão associados ao nível de mestria apresentado pela pessoa dependente na realização das atividades de autocuidado que se verifica pela aceitação da condição de saúde, pela diminuição do nível de dependência, pelo aumento nível de mobilidade e pela redução de acidentes. No entanto, estes resultados são visíveis apenas com a presença de indicadores como, a aquisição de novos hábitos, a capacidade de tomar decisões e da retoma á vida social da pessoa dependente no autocuidado (Brito,2016).

Apesar da família ter uma importância fulcral na reconstrução da autonomia da pessoa dependente no autocuidado e de ser reconhecida num contexto de cuidados como resposta qualificada consoante o debate investigado dedicado às características dos seus utilizadores e do apoio que se considera apropriado à missão que desempenha na comunidade (Costa, 2013), esta apresenta necessidades no âmbito do cuidar, principalmente, os cuidadores familiares que integram pessoas dependentes no autocuidado.

Relativamente às necessidades dos cuidadores familiares nas atividades instrumentais de vida diária do nosso estudo, pode-se verificar que 24,6% dos cuidadores não assegura o arranjo da casa; 24,6% não assegura a preparação dos alimentos tem necessidade; 23,3% não assegura o acompanhamento do membro da família ao serviço de saúde tem necessidade; 21,7% não assegura as compras e 14,6% não assegura o armazenamento dos alimentos, o que demonstra as necessidades destes cuidadores nestas áreas. Estas necessidades surgem pela falta de apoio familiar e pelo aumento da sobrecarga física e

emocional do cuidador. A falta de apoio familiar e o facto de os familiares não reconhecerem o seu papel enquanto cuidador podem desencadear dificuldades em todo o processo de transição.

Nesta perspetiva, é pertinente que as necessidades de apoio emocional dos cuidadores sejam satisfeitas, para que estes possam gerir melhor as diferentes reações emocionais, tais como, a ansiedade, o medo e a incerteza (Cruz, Loureiro, Silva & Fernandes, 2010) e desta forma possam evitar a sobrecarga física e emocional. Em complementaridade, como as necessidades vão mudando de acordo com as três fases do processo de adaptação ao papel de cuidador: a fase de integração do papel, a fase de negociação do papel e a fase de adoção do papel (Shyu,2000; Gonçalves, 2013; Peixoto & Machado,2016). É importante, que o EEER tenha em consideração estas fases e a teoria das transições de Meleis, para poder ajudar eficazmente os CF na transição saudável para o papel de cuidador.

A necessidade de apoio familiar e social dos cuidadores é comprovada por diversos autores e insere-se na categoria de recursos comunitários e sociais e a sobrecarga dos cuidadores está relacionada com a necessidade que estes têm de significado pessoal, crenças e atitudes (Melo et. 2014). No âmbito destes resultados, ainda se pode observar que quando os cuidadores familiares têm poder económico para satisfazerem estas necessidades recorrem ao apoio social, nomeadamente, a Instituições Particulares de Solidariedade Social, a bombeiros, a amigos, a vizinhos ou a empregadas domésticas.

No entanto, quando os cuidadores familiares apresentam um suporte social reduzido significa que estes enfrentam dificuldades económicas, pela morosidade do processo burocrático para receber apoio social e para aceder ao estatuto de cuidador na sociedade portuguesa. Neste contexto, a falta de apoio social e económico aumenta as necessidades dos cuidadores (Carvalho, 2017). As necessidades de apoio social e económico surge também, porque metade dos cuidadores reformados da nossa amostra, aufere uma reforma reduzida perante os gastos inerentes á prestação de cuidados ás pessoas com dependência no autocuidado, o que torna difícil solicitar estas redes de apoio.

Relativamente aos recursos da comunidade supervisionados pelo suporte de cuidados no domicílio e da rede social das famílias que integram membros dependentes, é apontado pelos enfermeiros que uma parte significativa dos cuidadores avaliados apresenta níveis reduzidos de apoio, com maior relevância para o apoio de equipamentos sociais, como

lares, centros de dia, IPSS, famílias de acolhimento (Petronilho, 2013), o que coincide com os resultados do nosso estudo.

Outro aspeto a salientar, que pode contribuir para estes resultados é a presença significativa (22%) de cuidadores domésticos/desempregados que faz prever necessidades económicas acrescidas. Por este motivo, diversos autores destacam a necessidade associada á condição socioeconómica, que se traduz na sobrecarga financeira e os custos elevados referentes á prestação de cuidados á pessoa dependentes que torna difícil o exercício do papel de cuidador.

Em contrapartida, a necessidade de flexibilidade de horário de trabalho dos cuidadores para conciliar o cuidado prestado á pessoa dependente com o emprego é representativa apenas em 9,8% dos cuidadores do nosso estudo. Este facto surge provavelmente porque necessitam de uma fonte de rendimento para manter o controlo dos gastos intrínsecos ao cuidado do familiar dependente (Melo et. al., 2014).

Por outro lado, como as necessidades das pessoas e da família são diferentes de acordo com os contextos onde vivem, o Enfermeiro de Reabilitação estando numa posição de destaque na relação de proximidade com os cuidadores familiares, deve atender às diferentes necessidades da família nas diversas fases do internamento, no planeamento da alta e no domicílio e adaptar o tipo de intervenção a implementar. Posteriormente, é de salientar, que o contacto precoce com a família é fundamental para o desenvolvimento favorável do processo de reabilitação, uma vez que, permite identificar as inquietações da mesma e prever potenciais dificuldades para posteriormente, transmitir a informação e treino adequado.

Desta forma, a família aprende conhecimentos teóricos e práticos para dar continuidade aos cuidados, o que torna os cuidadores com capacidades para o processo de cuidar dos seus familiares dependentes no autocuidado. Para que este facto se torne realidade, o EEER deve avaliar a perceção de autoeficácia do cuidador, identificando as principais capacidades dificultadoras dos cuidadores familiares. A perceção da autoeficácia é a capacidade que os cuidadores familiares têm para reconhecer as suas capacidades para tomar conta da pessoa dependente no autocuidado. No entanto, quando a perceção é maior, esta mostra-se facilitadora e quando é menor, esta manifesta-se como dificultadora na promoção de transições saudáveis para ambos (Branco,2014).

Relativamente á perceção dos cuidadores familiares relacionadas com as capacidades dificultadoras identificadas no nosso estudo, verificámos que, quase metade dos cuidadores familiares não têm capacidades físicas para dar banho (43,2%) e para transferir a pessoa dependente no autocuidado (41,6%). No entanto, alguns estudos evidenciaram que a perceção de autoeficácia do familiar cuidador para tomar conta é mais elevada para atividades inerentes a alimentar-se, vestir-se/despir-se e tomar banho, o que não se verifica no nosso estudo.

Por outro lado, a menor perceção de autoeficácia do familiar cuidador para tomar conta verifica-se para domínios relacionado á mobilidade, como posicionar-se e transferir-se (Costa,2013; Gonçalves,2013; Petronilho,2013).Este último, coincide com a segunda menor perceção de autoeficácia dos cuidadores, portanto maiores dificuldades na capacidade dos cuidadores para tomar conta. Estes resultados demonstram um défice de conhecimentos e capacidades para tomar conta dos familiares dependentes no domicílio após a entrada na ECCI, o que significa que é necessário a preparação para o autocuidado dos cuidadores familiares por parte dos enfermeiros, principalmente, o EEER, tal como referem alguns estudos da literatura (Petronilho,2013; Gonçalves, 2013).

Um exemplo que corrobora com a necessidade de capacitação do cuidador, é também o estudo de Dixe & Querido (2020) que referem que a área de autocuidado tomar banho, vestir e despir, foi onde menor número de cuidadores recebeu informações, o que leva a refletir a existência de necessidades de informação no domínio destes autocuidados por parte dos cuidadores.

As necessidades de informação são das necessidades mais apontadas pelos cuidadores noutros estudos (Dixe et al., 2019) no período da transição de cuidados do hospital para casa para os apoiar no cuidar. Neste contexto, Rocha (2015) refere a falta de preparação e conhecimento do membro familiar prestador de cuidados para tomar conta, causada pela equipa de saúde, por esta não ter realizado a preparação do regresso a casa, que tem consequências nefastas na eficácia dos cuidados prestados ao dependente familiar e no bem-estar do membro presador de cuidados.

Outro aspeto a considerar, é o elevado número de cuidadores familiares idosos com morbilidades associadas, a cuidar de pessoas dependentes no autocuidado, o que vai de encontro ao que refere a literatura. Por outro lado, a presença da intensa sobrecarga do cuidador (Melo et al., 2014; Saruga, 2016; Teixeira, 2019; Dixe & Querido, 2020) e a

falta de recursos comunitários e sociais (Melo et. al., 2014) pode levar a este panorama de incapacidades por parte do cuidador familiar, tendo em consideração que a maioria dos cuidadores familiares pertencem a uma família que é constituída apenas pelo casal ou por uma figura parental única, como mãe, pai ou outro cuidador e presença de uma ou mais crianças ou outros dependentes, com baixos rendimentos.

Nesta conjuntura, a existência de dependentes no autocuidado leva a que as famílias tenham, frequentemente, a necessidade de proceder à reestruturação do espaço físico da habitação, quer interior quer exterior, por forma a potenciar a sua autonomia e a facilitar a prestação de cuidados por parte dos familiares cuidadores, por exemplo, a reorganização da disposição dos móveis, a eliminação de degraus entre as divisões, a reestruturação do W.C. e a melhoria do acesso no exterior da habitação (Petronilho, 2013).

Na situação das famílias que integram dependentes no autocuidado, a utilização dos serviços de saúde e de serviços de apoio social, de financiamento, de produtos de apoio pode ajudar a promover a reconstrução da autonomia da pessoa dependente no autocuidado, assim como, a facilitar o desempenho no exercício do papel de membro de família prestador de cuidados (Rocha,2015). Os recursos de saúde e sociais na comunidade aliados á teoria das transições de Meleis constituem um fator determinante das transições (Meleis et al., 2000; Meleis, 2010).

Deste modo, estes recursos devem ser avaliados pelos enfermeiros, especialmente pelos EEER, sempre que fazem a visita de domiciliária á pessoa dependente e ao seu cuidador no contexto domiciliário e na preparação para o regresso a casa após a alta do internamento. A intervenção do enfermeiro de reabilitação é significativa em todos os contextos, porque permite capacitar os cuidadores familiares para dar continuidade ao processo de reabilitação após a alta clínica, no domicílio da pessoa dependente. Atendendo á constante reorganização dos serviços, a comunidade assume-se cada vez mais como o local de excelência para a prestação de cuidados do enfermeiro de reabilitação, por ser o local em que as pessoas mais se identificam e se sentem seguras (Branco, 2014).

Nesta linha de pensamento, ainda verificamos no nosso estudo, a presença de necessidades de intervenção, no domínio do ensino, instrução e treino dos cuidadores de pessoas dependentes, em três dimensões, os processos corporais, os autocuidados e as atitudes terapêuticas necessárias da pessoa dependente.

Na dimensão dos processos corporais, os resultados do nosso estudo demonstram que 66,7% dos cuidadores têm maior necessidade de treino a posicionar em padrão antiespástico no processo neuromuscular da PD com espasticidade; 51,7% dos cuidadores têm maior necessidade de ensino sobre posicionamento facilitador da perfusão dos tecidos no processo cardiorrespiratório da PD com limpeza da via aérea comprometida; 58,1% dos cuidadores têm maior necessidade de ensino sobre prevenção da maceração do períneo no processo gastrointestinal da PD com incontinência intestinal; 59,2% dos cuidadores têm maior necessidade de ensino sobre prevenção da maceração do períneo no processo do sistema urinário da PD com incontinência urinária; 64,7% dos cuidadores têm maior necessidade de ensino sobre a troca da fralda no processo tegumentar da PD com eritema causado pelas fraldas e 71,9% dos cuidadores têm maior necessidade de ensino sobre o regime de ingestão de líquidos, no processo regulador da PD com desidratação.

Na dimensão dos autocuidados, os resultados do nosso estudo demonstram que 45% dos cuidadores têm maior necessidade de ensino sobre acesso a dispositivos para o autocuidado virar-se comprometido; 14,3% dos cuidadores têm maior necessidade de ensino sobre a prevenção de complicações na articulação da anca durante o sentar-se para o autocuidado sentar-se comprometido; 27% dos cuidadores têm maior necessidade de ensino sobre acesso a dispositivos para o autocuidado transferir-se comprometido; 17,7% dos cuidadores têm maior necessidade de ensino sobre acesso a dispositivos para o autocuidado cuidar da higiene pessoal comprometido; 41,2% dos cuidadores têm maior necessidade de ensino sobre prevenção de quedas para o autocuidado andar comprometido; 14,3% têm maior necessidade de treino da alimentação da pessoa dependente usando dispositivo para o autocuidado alimentar-se comprometido e 23% têm maior necessidade de ensino sobre gestão do regime medicamentoso para o autocuidado autogestão do regime medicamentoso comprometida.

Na dimensão das atitudes terapêuticas, é relevante destacar que 71,4% dos cuidadores de pessoas dependentes com cateter urinário têm maior necessidade de ensino sobre prevenção de infeção do sistema urinário. No entanto, apenas 84,17% dos cuidados previstos foram prestados, o que significa que 15,83% dos cuidados de enfermagem não foram implementados por cuidados omissos e por falta de recursos humanos.

Estes resultados evidenciam a presença de cuidados omissos e a necessidade urgente da presença de mais recursos humanos na área de enfermagem, nomeadamente, o EEER que

em parceria com os outros enfermeiros, construam juntos um plano de cuidados especializado que promova a implementação efetiva das intervenções de ensino, de instrução e de treino em 100%, de acordo com as reais necessidades do cuidador que reúna capacidades físicas e mentais para dar continuidade aos cuidados á pessoa dependente.

É de alertar a comunidade científica e todos os profissionais de saúde que a não implementação dos cuidados de enfermagem necessários ao cuidador para a melhoria da prestação de cuidados da pessoa dependente tem implicações nefastas tanto para a pessoa dependente como para o cuidador no processo de aprendizagem de tomar conta, tais como, a sobrecarga física e mental bastante evidenciada pelos estudos mais recentes.

Neste âmbito, a sobrecarga é caracterizada por respostas físicas (como por exemplo, a alteração do sono, a perda de apetite, a perda de peso, as cefaleias, as dores musculares, o cansaço físico); respostas emocionais (como por exemplo a tristeza, solidão, desgaste mental, sentimentos de culpa, ansiedade, choro, depressão); diminuição da perceção de autoeficácia e capacitação para tomar conta; isolamento social; aumento dos gastos financeiros; limitação da atividade profissional e de atividades de lazer; compromisso da coesão e dinâmica familiar e compromisso das tarefas/cuidados a outros elementos da família (Petronilho,2016).

As capacidades do cuidador familiar para tomar conta do membro dependente no domínio do autocuidado e as necessidades de dar continuidade ao processo de aquisição destas, são dimensões dos cuidados que estão relacionadas a fatores decisivos no desenvolvimento da capacitação (mestria) e da identidade fluída (padrões de resposta) no processo de transição dos familiares que têm a responsabilidade de cuidar (Meleis,2010; Petronilho,2013). A transição para o exercício do papel de prestador de cuidados é uma dimensão relevante do conhecimento, que o enfermeiro deve mobilizar para poder constituir-se como um recurso de saúde fundamental às famílias na aquisição da mestria necessária para tomarem conta dos membros dependentes (Schumacher et al., 2000 como referido por Petronilho, 2013).

Neste contexto, o EEER deve identificar as capacidades dificultadoras dos cuidadores familiares, para posteriormente, ensinar, instruir e treinar os autocuidados que os cuidadores têm dificuldades, capacitando-o para uma experiência de cuidar bem-sucedida, ou seja, agindo como facilitador de transições saudáveis (Meleis,2010). Perante

estes resultados, reforçamos a importância do enfermeiro de reabilitação na capacitação dos cuidadores no âmbito da função, por um lado pela resposta eficaz através do ensino das capacidades que lhe foram instruídas e treinadas. Por outro lado, também a importância que os cuidadores poderão ter como interlocutores, para a monitorização dos cuidados á pessoa dependente e articulação com os enfermeiros de reabilitação.

As dificuldades manifestadas pelos cuidadores estão associadas á exigência do cuidado, á insuficiência das respostas formais e informais, aos problemas financeiros e restrições sociais (Cruz, Loureiro, Silva & Fernandes, 2010).

Estas dificuldades, quando não são ultrapassadas, podem manifestar-se em consequências prejudiciais para os cuidadores, principalmente, em ansiedade, stress e/ ou sobrecarga, com efeitos nocivos para os próprios, família e sociedade. Neste âmbito, as dificuldades sentidas pelo cuidador são as principais responsáveis pelo início da sobrecarga, sendo esta visível com a diminuição do tempo livre, sobreposição de atividades, cansaço, ansiedade, tristeza, deterioração do estado de saúde, responsabilidade, relação familiar e expetativas (Sequeira, 2010).

Mais de metade dos cuidadores que apresentam elevada sobrecarga está relacionada com a preparação para o cuidar, áreas do autocuidado e tempo de dependência. Neste sentido, é necessária mais informação sobre a doença e como cuidar da pessoa dependente para obter menores níveis de sobrecarga (Dixe & Querido, 2020).

De acordo com Costa (2013), considera-se que o maior investimento na preparação dos prestadores de cuidados será seguramente um bom caminho para a melhoria do seu desempenho. Porém, neste contexto da preparação dos familiares prestadores de cuidados para cuidar da pessoa dependente no autocuidado, deverá ser considerada a integração da enfermagem, principalmente, do EEER como recurso imprescindível.

Por outro lado, o facto de os cuidadores familiares reconhecerem a necessidade de formação para a sua preparação para o processo de cuidar da pessoa dependente, estes podem experimentar elevada sobrecarga e por esta razão necessitam de estratégias que os ajudem (Carvalho,2017).

Investigações reconhecidas da literatura em enfermagem defendem diferentes estratégias para ajudar os cuidadores respondendo ás suas verdadeiras necessidades, tais como, programas de intervenção para ajudar os cuidadores a desenvolverem estratégias que assegurem uma maior qualidade de vida e bem-estar e promovam uma melhor e eficaz

continuidade de cuidados (Santos, Sousa, Brasil & Dourado, 2011;); estratégias de autocontrolo promotores de equilíbrio físico e mental (Petronilho,2013); estratégias de *coping* úteis, que resolver problemas e reduzem o stress do cuidador (Meleis, 2010, Melo et. al., 2014); estratégias educativas para a capacitação dos cuidadores do familiar dependente (Lumini & Freire, 2016).

Estas estratégias englobam diferentes tipos de intervenções a implementar com os cuidadores, nomeadamente, o apoio formal (Araújo, Paúl & Martins, 2008; Pereira & Silva, 2012); as intervenções educativas/programas educativos (Vandepitte et al.,2016); os programas de ajuda mútua/grupos de suporte/grupos de ajuda mútua; os programas psicoeducacionais/intervenções psicoterapêuticas (Ribeiro, Almeida, Barbosa, Duarte & Brandão, 2017); e o counseling e programas multimodais ou multicompetentes (Peixoto & Machado,2016).

Neste contexto, diversos estudos direcionados para a Enfermagem de Reabilitação referem excelentes estratégias de apoio aos cuidadores, como os programas de enfermagem de reabilitação organizados de acordo com as necessidades dos cuidadores familiares e do familiar dependente no autocuidado e o contexto onde se inserem. Por outro lado, comprovam a efetividade da enfermagem de reabilitação com a demonstração de resultados positivos na resposta às necessidades dos cuidadores e familiar dependente no autocuidado, promovendo a sua qualidade de vida, bem-estar e dignidade humana.

Em suma, apesar da existência da RNCCI, como resposta pertinente às necessidades dos cuidadores e dos seus familiares dependentes no autocuidado, esta ainda não é suficiente para suprir numerosas dificuldades na arte de cuidar, como se pode verificar no nosso estudo e em diversos estudos da literatura centrados no cuidador e nas pessoas dependentes no autocuidado em diferentes contextos.

Por outro lado, a presença de constrangimentos referentes ao reconhecimento do Estatuto e á implementação das medidas de apoio ao cuidador informal expostos no Relatório de Acompanhamento Trimestral sobre a implementação das medidas de apoio ao cuidador informal, do primeiro trimestre (2020), demonstra que ainda há muito a fazer, no sentido de melhorar o acesso de todos os cidadãos de forma equitativa a cuidados de saúde consoante as suas necessidades, satisfazer as necessidades dos cuidadores na transição para membro prestador de cuidados e melhorar a qualidade de vida dos dependentes no autocuidado na transição saúde-doença.

Neste âmbito, sendo o autocuidado e as transições conceitos centrais da enfermagem, torna-se fulcral a sua presença como agente de mudança e de intervenção neste contexto domiciliário, como enfermeiro e em particular o enfermeiro de reabilitação pelas suas competências específicas instituídas pela Ordem dos Enfermeiros no Regulamento nº125/2011, promovem a capacitação dos cuidadores com medidas de compensação do défice do autocuidado dos seus familiares que contribuem para a reconstrução da autonomia e independência funcional.

CONCLUSÃO

Neste estudo, as necessidades em cuidados de enfermagem de reabilitação dos cuidadores das pessoas dependentes a viver não estão a ser satisfeitas completamente, pelos profissionais da ECCI que servem de complemento aos cuidados que a família não consegue assegurar. Esta realidade surge por diversos fatores, tais como, o grau de dependência da pessoa no autocuidado, da sua situação de saúde com elevados compromissos dos processos corporais que exigem um plano de cuidados

individualizado, conhecimentos específicos e recursos que os cuidadores sozinhos não conseguem assegurar pela idade avançada.

A maioria da dependência é causada pelo aumento da prevalência de doenças crónicas e degenerativas e pelo envelhecimento, o que desencadeou uma mudança das necessidades em cuidados de saúde das famílias, e por sua vez dos cuidadores. Neste âmbito, consideramos que são necessárias novas medidas políticas, sociais e de saúde, onde a Enfermagem e particularmente a Enfermagem Especialista em Reabilitação pode contribuir de forma benéfica para ajudar os cuidadores familiares/informais no processo de reabilitação das pessoas dependentes no autocuidado.

É de destacar que a intervenção do EEER como o profissional mais dotado de competências para avaliar o e implementar ações que diminuam a dependência no autocuidado, com o intuito de promover o bem-estar e tornar o indivíduo dependente no autocuidado mais funcional em todas as suas dimensões, causado pelo compromisso dos processos corporais. Neste contexto, reforçamos que a sua presença seria importante para promover a capacitação do cuidador com aptidões físicas e mentais para aprendizagem através da identificação das suas reais e potenciais necessidades, permitindo uma transição saudável para o papel de cuidador e prevenir a sua sobrecarga física, emocional e financeira.

Por outro lado, apesar da implementação da Rede Nacional de Cuidados Integrados ter sido relevante para responder a esta mudança de necessidades dos cuidadores, ainda é insuficiente para o nosso sistema de saúde. Por este motivo, consideramos que estas necessidades podiam ser mitigadas através da intervenção e acompanhamento de mais enfermeiros, nomeadamente de enfermeiros especialistas de reabilitação, nas equipas de cuidados continuados integrados, para o desenvolvimento de programas de reabilitação que visem a capacitação dos cuidadores, a promoção da transição saudável e a melhoria de recursos humanos e materiais para a comunidade.

A aplicação eficaz e eficiente destes recursos no contexto domiciliário permite diminuir o número de internamentos no sistema nacional de saúde e melhora a qualidade de vida da pessoa dependente e dos seus cuidadores que realizam os cuidados de saúde em segurança com a intervenção e cooperação dos enfermeiros e dos enfermeiros de reabilitação.

Com a presente investigação podemos concluir que os principais achados do nosso estudo integram cinco dimensões: a caracterização sociodemográfica e da situação de saúde da pessoa dependente; a caracterização sociodemográfica e da constituição da família do cuidador; caracterização das capacidades da família nas AIVD; a caracterização das capacidades do cuidador dificultadoras do exercício do papel nas ABVD e a caraterização das intervenções do tipo ensinar, instruir e treinar, necessária à capacitação do cuidador.

Quando caraterizamos a pessoa dependente verificamos que das 130 pessoas dependentes selecionadas para amostra do nosso estudo, 52% são homens e 49% são mulheres; 70% são casadas ou vivem em união de facto; 99% são de nacionalidade portuguesa; 87% são pensionistas/reformados; 62% têm o ensino básico; a maioria da dependência é causada por doenças crónicas (55%) e pelo envelhecimento (43%); a instalação da dependência nestas pessoas surge 55% das vezes de forma gradual; 99% consume medicamentos e é polimedicada; 67% são referenciadas para cuidados de reabilitação; com uma média de dois anos e meio de dependência no autocuidado; o número máximo de internamentos no último ano é de 8 internamentos; o número máximo de episódios de recursos ao serviço de urgência, no último ano é de 15 episódios; 72% das pessoas dependentes não apresentam problemas de memória, mas 25% apresentam dificuldades/incapacidades para recuperar informação e adquirir nova informação.

Relativamente á caraterização da situação de saúde da pessoa dependente, verificamos que 82% das pessoas dependentes apresentam equilíbrio comprometido; 65% apresentam ventilação comprometida; 42% apresentam mastigação comprometida; 38% apresentam incontinência urinária; 22% apresentam úlcera de pressão e 25% apresentam intolerância á atividade.

Quando caraterizamos os cuidadores de pessoas dependentes no autocuidado, verificamos que dos 122 cuidadores selecionados para o nosso estudo, 80% são mulheres e 20% são homens; têm idades compreendidas entre os 35 e os 86 anos e apresentam uma média de 67 anos; 80% são casados ou vivem em união de facto; 52% da amostra são pensionistas/reformados, 51% dos cuidadores familiares são cônjuges da pessoa dependente no autocuidado; 48% dos cuidadores de pessoas dependentes têm uma família constituída apenas pelo casal e 25% é constituída por uma figura parental única; mãe, pai ou outro cuidador e presença de uma ou mais crianças ou outros dependentes.

No que concerne, á caracterização da família nas AIVD verificamos que a família revelou dificuldades em assegurar a organização das atividades de casa, em que 25% dos cuidadores não assegura o arranjo da casa; 25% não assegura a preparação dos alimentos; 23% não assegura o acompanhamento do membro da família aos serviços de saúde; 22% não assegura as compras e 15% não assegura o armazenamento dos alimentos.

Quando realizamos a caracterização das capacidades do cuidador dificultadoras do exercício do papel nas ABVD, verificamos que 43,2% dos cuidadores familiares não têm capacidades físicas para dar banho á PD, 41,6% não tem capacidades para transferir a PD no autocuidado, 30,4% dos cuidadores familiares não têm capacidades para assistir no erguer-se da PD; 28,8% não têm capacidades para posicionar a PD; 28% não têm capacidades para vestir/despir a PD; 16% não têm capacidades para gerir o regime medicamentoso da PD; 13,7% não têm capacidades para assistir no andar da PD; 4,8% não têm capacidades para alimentar a PD; 4% não têm capacidades para adquirir uma nova informação e 4% não têm capacidades para deslocar a PD em cadeira de rodas.

Estes resultados demonstraram que uma parte significativa dos cuidadores não assegura as AIVD e não têm capacidades físicas para ser um agente de cuidados de saúde na ABVD pela idade avançada que apresentam, pelas necessidades de recursos humanos de apoio na prestação de cuidados á pessoa dependente no autocuidado e pela falta de condições da família para exercerem o papel de cuidador.

Estas estão inseridas nas necessidades de recursos comunitários e sociais, de conhecimentos, aprendizagem e preparação, de significado pessoal, crenças e atitudes e de condição socioeconómica defendidas por diversos autores da literatura. Neste sentido, é de mencionar a importância da preparação do cuidador para integrar uma pessoa dependente através da identificação das capacidades do cuidador dificultadoras do exercício do papel para resolver a falta de capacidade física para os autocuidados, nas atividades básicas de vida diária, evidenciada no nosso estudo, através de recursos de apoio, nomeadamente do EEER que permitam melhorar estas capacidades.

E por fim, quando caracterizamos as intervenções do tipo ensinar, instruir e treinar, necessária à capacitação do cuidador, verificamos que os cuidadores manifestaram necessidades de suporte e educação nos processos corporais, nos autocuidados e nas atitudes terapêuticas.

As necessidades consideradas prioritárias para os cuidadores baseiam-se no domínio do ensino. No entanto, é do conhecimento da comunidade científica que para ensinar o cuidador, é necessário para além do ensino, a instrução e o treino dos cuidados a prestar á PD, quantas vezes forem necessárias até que a aprendizagem se torne efetiva e que de acordo com as suas reais necessidades permitam prevenir o agravamento do estado de saúde e a recorrência ao contexto hospitalar da PD.

Apesar de uma percentagem significativa destas necessidades dos cuidadores terem sido respondidas de forma admirável pelos enfermeiros do ACES Baixo Mondego, estas respostas são insuficientes, quando analisamos a proporção média de implementação destas intervenções de enfermagem e verificamos que aproximadamente 5% a 30% dos cuidados de enfermagem previstos não foram implementados por cuidados omissos e por falta de recursos humanos.

A presença de cuidados de saúde previstos que não foram implementados aos cuidadores faz com que haja cuidados omissos na área dos processos corporais, autocuidados e nas atitudes terapêuticas. Quando existem cuidados omissos, ou seja, cuidados deixados por fazer ou adiados, estes comprometem a segurança da pessoa dependente, por este motivo exigem uma intervenção profissional da enfermagem especializada não só de ensino, de instrução e de treino.

Neste âmbito, a transferência de cuidados de enfermagem para o cuidador é algo que não deve acontecer, porque os cuidados de enfermagem são da exclusividade dos enfermeiros. A supervisão do enfermeiro de reabilitação ajuda na continuidade dos cuidados e a manter a autonomia de um cuidado de saúde á pessoa dependente no autocuidado. Mas também, permite aos cuidadores perceberem como e quando devem requisitar a intervenção de um perito em enfermagem, nomeadamente, de um enfermeiro de cuidados gerais ou de um enfermeiro de reabilitação.

A intervenção da Enfermagem de Reabilitação pode fazer a diferença na vida das pessoas dependentes no autocuidado e dos seus cuidadores, ao distinguir-se pela prevenção e tratamento das incapacidades das pessoas dependentes, tendo em conta, os objetivos, as prioridades estabelecidas e compartilhadas com as pessoas e as suas famílias.

No entanto, a reabilitação deve ser o mais precoce possível na comunidade para levar á prevenção de doenças e á promoção da saúde, nomeadamente, promovendo a

independência no autocuidado e facilitando a transição saudável para o papel de cuidador familiar.

Por outro lado, apesar da criação do estatuto de cuidador informal. ter sido um grande avanço para dar resposta social e de saúde ás famílias que cuidam de pessoas com dependência no autocuidado, ainda existem alguns constrangimentos relacionados com as necessidades do cuidador e limitações no processo burocrático e resposta profissional existente para o reconhecimento do estatuto de cuidador, no acesso equitativo a recursos materiais e de profissionais de saúde especialistas em todos os territórios nacionais, para responder eficazmente ás reais necessidades dos cuidadores familiares/informais, como podemos verificar no nosso estudo.

Em síntese, é evidente a relevância da Enfermagem, em particular, a Enfermagem de Reabilitação em reeducar as pessoas com dependência capacitando-as para o autocuidado, como também, os seus cuidadores informais/família capacitando-os para dar as respostas necessárias às pessoas com dependência. Poderá também ter um papel fundamental e criterioso para assegurar a competência dos cuidadores.

Verificamos que não são dotados de todos os recursos como capacidades físicas e mentais para prevenir que o aumento de stress possa provocar uma desvinculação na prestação de cuidados e impedir que tenha consequências prejudiciais para saúde física e emocional do cuidador e da pessoa dependente no autocuidado.

No contexto domiciliário, o Enfermeiro de Reabilitação tem um papel fundamental na educação para a saúde dos cuidadores e familiares que cuidam, de acordo com modelos teóricos, tanto para a manutenção dos cuidados, recuperação ou adaptação á transição saúde-doença, como também, para a promoção da independência e autonomia no autocuidado, melhorando qualidade de vida das pessoas dependentes para o autocuidado e dos seus cuidadores informais/família.

Reconheço dificuldades que tive na recolha de dados por ter ficado circunscrita a uma área geográfica e na caraterização dos cuidadores pela minha inexperiência como investigadora. No entanto, o nosso estudo serve para melhorar os cuidados em saúde de pessoas dependentes no autocuidado e seus cuidadores e para valorizar os cuidados em enfermagem, principalmente os cuidados em enfermagem de reabilitação, como uma mais-valia na capacitação dos cuidadores de pessoas com dependência no autocuidado.

Outra limitação a realçar, são os dados terem sido colhidos no momento de entrada na ECCI da pessoa dependente no autocuidado poderá ter eventualmente introduzido um viés, aumentando as necessidades.

Contudo, a presença destas necessidades continua a ser uma preocupação evidenciada em diversos estudos da literatura o que comprova a pertinência de ser investigada para melhorar as condições de saúde da comunidade. É importante investigar a influência da identificação das necessidades dos cuidadores familiares/informais para a realização de planos de intervenção EEER nesta população, uma vez que com o contributo dos estudos existentes na literatura e pelo nosso, verificamos que será relevante para melhorar a qualidade de vida e bem-estar dos cuidadores e das pessoas dependentes no autocuidado.

Como sugestões para futuras investigações, recomenda-se o envolvimento da equipa multidisciplinar da ECCI em estudos semelhantes para procurarem juntos compreender o fenómeno da dependência no autocuidado e as necessidades dos cuidadores familiares, bem como, a aplicação desta investigação noutros locais do país seria relevante para conhecer as necessidades dos cuidadores e do familiar dependente a nível nacional e desta forma melhorem a falta de recursos humanos e materiais disponíveis em diversos territórios a nível nacional.

Salientamos a importância deste estudo para uma possível reflexão sobre novas políticas de saúde onde a inclusão de uma forma sistemática e assídua dos enfermeiros em todos os processos de saúde, dando especial ênfase á intervenção que os enfermeiros de reabilitação poderão ter ou dar nos contextos domiciliários ao nível das pessoas dependentes e cuidadores.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Administração Central do Sistema de Saúde, IP – Departamento de Gestão da Rede de Serviços e Recursos em Saúde (DRS) – Núcleo Funcional da Rede Nacional de Continuados Integrados (2015). Ministério da Saúde.

Administração Regional de Saúde do Centro (2018). Perfil Local de Saúde 2018 – Agrupamento de Centros de Saúde Baixo Mondego. Serviço Nacional de Saúde.

Araújo, I., Paúl, C., & Martins, M. (2008). Cuidar das famílias com um idoso dependente por AVC: do hospital à comunidade um desafio. Referência, pp. 43-53.

Araújo, I., Paúl, C. & Martins M. (2011). Viver com mais idade em contexto familiar: dependência no autocuidado. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 45 (4), 866 - 871.

Araújo, F. & Martins, T. (2016). Avaliação dos cuidadores – Considerações e orientações para a prática. In A. Morim, B. Gomes, C. Martins, F. Araújo, F. Bastos, F. Petronilho, M. Brito, M. Rocha, M. Lumini, M. Peixoto, M. Martins, M. Sousa, N. Moura, P. Machado, R. Freire, S. Soares & T. Martins (Eds.), A pessoa dependente e o familiar cuidador (pp.29-39). Porto, Portugal: Lusodidacta, Lda.

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

Bento, M. C. (2020). *Contributos para a definição de um modelo organizacional dos cuidados às pessoas dependentes no autocuidado e seus cuidadores, em contexto domiciliário - Estudo realizado nas ECCI do ACES Baixo Mondego* (Tese de doutoramento). Porto. Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Branco, J. A. S. (2014). O enfermeiro de reabilitação, as necessidades da família do idoso com acidente vascular cerebral e a continuidade de cuidados no domicílio (Relatório de estágio para a obtenção do grau de mestre na especialidade de enfermagem de reabilitação). Escola Superior de Saúde de Santarém. Instituto Politécnico de Santarém, Portugal.

Brito, M. A. (2012). *A reconstrução da autonomia após um evento gerador de dependência no autocuidado* (Tese de doutoramento). Porto. Instituto de Ciência da Saúde da Universidade Católica Portuguesa

Brito, M. A. (2016). Reconstrução da autonomia – uma teoria explicativa. In A. Morim, B. Gomes, C. Martins, F. Araújo, F. Bastos, F. Petronilho, M. Brito, M. Rocha, M. Lumini, M. Peixoto, M. Martins, M. Sousa, N. Moura, P. Machado, R. Freire, S. Soares

& T. Martins (Eds.), *A pessoa dependente e o familiar cuidador* (pp.29-39). Porto, Portugal: Lusodidacta, Lda.

Carretero, S., Stewart, J., & Centeno, C. (2015). Information and communication technologies for informal carers and paid assistants: benefits from micro-, meso-, and macro-levels. European Journal of Ageing, 12(2), 163–173.

Carta Internacional dos direitos Humanos. Recuperado a 9 de fevereiro de 2021 de https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/ficheiros/declaracao_universal_direitos_humanos.pdf

Cerveira, J. A. (2011). Independência funcional nos doentes com AVC: determinantes sócio-demográficas e clínicas. (Tese de mestrado em Enfermagem de reabilitação). Instituto Politécnico de Viseu.

Chick, N., & Meleis, A. (1986). Transitions: a nursing concern. In P.Chinn, Nursing research metodology (pp. 237-257). Boulder, CO: Aspen Publication.

Comissão de Acompanhamento, Monitorização e Avaliação Intersetorial (2020). Estatuto do Cuidador Informal – Relatório de Acompanhamento Trimestral – Primeiro Trimestre. Lisboa: Instituto da Segurança Social, IP e Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.

Cordeiro, L. A. G. (2011). Cuidador informal de idosos dependentes: dificuldades e sobrecarga (tese de mestrado em enfermagem de reabilitação). Escola Superior de Saúde de Viseu. Instituto Politécnico de Viseu.

Costa, A.C. J. S. (2013). Famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado – estudo exploratório de base populacional no concelho do Lisboa. (Tese de Doutoramento em Enfermagem). Universidade Católica Portuguesa. Instituto de Ciências da Saúde.

Cunha, A. I., Cardoso, L. A., & Oliveira, V. C. (2005). Autocuidado: Teoria de Enfermagem de Dorothea Orem. Sinais Vitais, 61, 36-40.

Cruz, D. C. M., Loureiro, H. A. M., Silva, M. A. N. C. G. M. M., & Fernandes, M. M. (2010). As vivências do cuidador informal do idoso dependente. Revista de Enfermagem Referência, 3(2), 127-136. doi:10.12707/RIII1018

Decreto-lei 101/2006, Diário da República Portuguesa nº109, Série I-A (2006). Lisboa: Ministério da Saúde

Deek, H. et al. (2016). Family-centered approaches to healthcare interventions in chronic disieases in adults: a quantitative systematic review. Journal Advanced Nursing, 72 (5), 968-679

Dixe, M.A.C.R. & Querido, A.I.F. (2020). Cuidador informal de pessoa dependente no autocuidado: fatores de sobrecarga. Referência Revista de Enfermagem Referência 2020, Série V, nº3: e20013 pp. 1 - 8 DOI: 10.12707/RV20013

Dixe, M. A., Teixeira, L. F., Areosa, T. J., Frontini, R. C., Peralta, T.& Querido A. I. (2019). Needs and skills of informal caregivers to care for a dependent person: A cross-sectional study. BMC Geriatrics, 19, 255. doi:10.1186/s12877-019-1274-0

Direção Geral da Saúde. (2006). Programa Nacional para a Saúde de pessoas Idosas. Lisboa: Ministério da Saúde.

Elvas, M. V. C. (2013). *Idoso institucionalizado: grau de dependência funcional e satisfação com a vida* (Tese de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal.

Faro, A. C. M. - Enfermagem em Reabilitação: ampliando os horizontes, legitimando o saber. Revista da Escola de Enfermagem USP. São Paulo. ISSN 0080-6234. Vol. 40, n.º 1 (2006), p. 128-33.

Ferreira, M. (2012). Ser cuidador: um estudo sobre a satisfação do cuidador formal de idosos (Dissertação de mestrado). Instituto Politécnico de Bragança – Escola Superior de Educação de Bragança, Portugal

Ferreira, S. (2015). *O envolvimento da família no hospital: perspetivas dos enfermeiros generalistas e dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação*. (Tese de mestrado). Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Fernandes, P. G. J. (2014). Famílias que integram dependentes no autocuidado no concelho da Maia: Caracterização das necessidades da pessoa dependente (Tese de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação). Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal.

Fernandes, S. C. & Angelo, M. (2016). Family caregivers: what do they need? An integrative review. *Revista da Escola de Enfermagem USP*. 50(4), 672-678. doi: http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000500019

FFMS, (2015). Base de Dados Portugal Contemporâneo – Estatísticas sobre Municípios, Portugal e Europa. PORDATA – Famílias Clássicas por número de Indivíduos. Consultado a 13 de outubro, 2020, em http://www.pordata.pt.

FFMS, (2020). Base de Dados Portugal Contemporâneo – Estatísticas sobre Municípios, Portugal e Europa. PORDATA -Índice de Envelhecimento. Consultado a 13 de outubro, 2020, em http://www.pordata.pt.

Filipe, M. (2015). Contributo para um modelo de contratualização de cuidados em contexto domiciliário – estudo exploratório sobre os custos de funcionamento das ECCI. Tese de Doutoramento, Universidade Católica Portuguesa, Portugal

Fonseca, C. (2014). Modelo de autocuidado para pessoas com 65 e mais anos de idade, necessidades de cuidados de enfermagem. Tese de Doutoramento, Universidade de Lisboa, Portugal.

Fonseca, C.; Ferreira, F.; Ramos, A.; Lopes, M. & Santos, V. (2017). Study of care needs of people aged 65 and over, proposed intervention of rehabilitation Nursing, Journal of Aging & Innovation, 6 (2): 32 - 42

Fortin, M-F. (2009). O Processo de investigação – da concepção à realização (3ª ed.). Loures, Portugal: Lusociência.

Fortin, M. (2009). Fundamentos e etapas no processo de investigação. Loures, Portugal: Lusodidacta.

Ghiglione, R., & Matalon, B. (1993). O Inquérito: Teoria e prática (2a ed.). Oeiras, Portugal: Celta Editora.

Gonçalves, E. V. (2012). *Dependência dos idosos no domicílio e sobrecarga dos cuidadores: Impacto de um programa de enfermagem de reabilitação* (Tese de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Gonçalves, P. J. P. (2013). *Famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado – Estudo exploratório de base populacional no concelho do Porto* (Tese de Doutoramento em Enfermagem). Universidade Católica Portuguesa. Instituto de Ciências da Saúde.

Gomes, B.& Martins, M. M. (2016). Funcionalidade, autonomia e dependência. In A. Morim, B. Gomes, C. Martins, F. Araújo, F. Bastos, F. Petronilho, M. Brito, M. Rocha, M. Lumini, M. Peixoto, M. Martins, M. Sousa, N. Moura, P. Machado, R. Freire, S.

Soares & T. Martins (Eds.), A pessoa dependente e o familiar cuidador (pp.29-39). Porto, Portugal: Lusodidacta, Lda.

Hoeman, S. P. (2011). *Enfermagem de reabilitação: Prevenção, intervenção e resultados esperados* (4ª ed.). Loures, Portugal: Lusodidacta.

International Council of Nurses. (2005). Classificação Internacional para a prática de Enfermagem: Versão 1.0. Geneva, Suiça: Ordem dos Enfermeiros

International Council of Nurses (2011). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: CIPE® Versão 2. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Instituto da Segurança Social, I.P. (2021). Guia Prático – Estatuto do Cuidador Informal Principal e Cuidador Informal não Principal (8004 – v1.03). Portugal

Januário, J.C. (2013). *Resultados das Intervenções do Enfermeiro de Reabilitação na Pessoa Internada no serviço de Medicina Interna dos Hospitais da Universidade de Coimbra* (Tese de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde). Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, Portugal.

Junior, E. P., Silva, I. T., Vilela, A.B., Casotti, C.A., Pinto, F. J. & Silva, M. G. (2016). Dependência funcional e fatores associados em idosos corresidentes. *Caderno de Saúde Colectiva*, 24 (4), 404-412.

Lei n.º 100/2019, Diário da República Portuguesa nº171, Série I (2019). Lisboa: Assembleia da República

Leitão, E.P.G.F. (2013). Necessidades do cuidador familiar idoso totalmente dependente em contexto domiciliário. Tese de Mestrado em Enfermagem Comunitária. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Lumini, M. e Freire, R. (2016). As novas tecnologias no processo de cuidar. In A. Morim, B. Gomes, C. Martins, F. Araújo, F. Bastos, F. Petronilho, M. Brito, M. Rocha, M. Lumini, M. Peixoto, M. Martins, M. Sousa, N. Moura, P. Machado, R. Freire, S. Soares & T. Martins (Eds.), A pessoa dependente e o familiar cuidador (pp.13-27). Porto, Portugal: Lusodidacta, Lda.

Maia, A. C. C. (2014). A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção da transição para o papel de cuidador da pessoa dependente no autocuidado. (Tese de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Maia, H. M. (2012). Tomar conta de pessoas dependentes no domicílio: Estudo exploratório acerca dos recursos utilizados no seio das famílias clássicas do concelho do Porto (Dissertação de mestrado). Recuperado de http://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/16302

Marconi, M., & Lakatos, E. (2003). Fundamentos de metodologia científica (5a ed.). SãoPaulo, Brasil: Atlas.

Marques, S. C. L. (2007). Os Cuidadores Informais de Doentes com Acidente Vascular Cerebral. Coimbra: Formasau.

Marques-Vieira, C. & Sousa, L. (2017). Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida. Lusodidacta: Loures.

Martins, T. & Rocha, M. C. (2016). Autocuidado – Foco central para a prática de enfermagem. In A. Morim, B. Gomes, C. Martins, F. Araújo, F. Bastos, F. Petronilho, M. Brito, M. Rocha, M. Lumini, M. Peixoto, M. Martins, M. Sousa, N. Moura, P. Machado, R. Freire, S. Soares & T. Martins (Eds.), *A pessoa dependente e o familiar cuidador* (pp.13-27). Porto, Portugal: Lusodidacta, Lda.

Martins, M. M. & Gomes, B. (2016). Avaliação multidimensional da pessoa. In A. Morim, B. Gomes, C. Martins, F. Araújo, F. Bastos, F. Petronilho, M. Brito, M. Rocha, M. Lumini, M. Peixoto, M. Martins, M. Sousa, N. Moura, P. Machado, R. Freire, S. Soares & T. Martins (Eds.), *A pessoa dependente e o familiar cuidador* (pp.41-55). Porto, Portugal: Lusodidacta, Lda.

McEwen, M. & Wills, E. (2009). Bases Teóricas para Enfermagem (2ª ed.). Porto Alegre: Artmed.

Meleis, A. (2010). Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice. New York: Springer Publishing Company.

Meleis, A. (2012). Theoretical nursing: Development and progress (5th ed.). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Melo, R. M. C., Rua, M.S. & Santos, C. S. V. (2014). Necessidades do cuidador familiar no cuidado à pessoa dependente: uma revisão integrativa da literatura. Revista de Enfermagem Referencia série IV- nº2 (pp.143-151)

Nogueira, J. M. (2009). A dependência: o apoio informal, a rede de serviços e equipamentos e os cuidados continuados integrados. Gabinete de Estratégia e de Planeamento. Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (MTSS). Lisboa: MTSS.

Nunes, L. (2013). Considerações Éticas: a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem. Setúbal, Portugal: Departamento de Enfermagem ESS/IPS. Recuperado de http://hdl.handle.net/10400.26/4547

Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2015). Acesso aos cuidados de saúde. Um direito em risco? Relatório de Primavera 2015. Recuperado de http://opss.pt/wp-content/uploads/2018/06/RelatorioPrimavera2015.pdf

Oliveira BC, Garanhani ML, Garanhani MR. Caregivers of people with stroke - needs, feelings and guidelines provided. Acta Paul Enferm [Internet]. 2011 [cited 2016 Feb 04];24(1):43-9. Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n1/en_v24n1a06.pdf

Orem, D. E. (2001). Nursing: concepts of practice (6th ed). St. Louis: Mosby.

Paiva, A., Cardoso, A., Sequeira, C., Morais, E., Bastos, F., Pereira, F., ... Marques, P. (2014). Análise da parametrização nacional do Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem – SAPE. Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal. Recuperado de http://www.esenf.pt/fotos/editor2/i_d/publicacoes/apn-978-989-98443-5-3.pdf

Pereira, F. (2009). Informação e qualidade do exercício profissional dos enfermeiros. Coimbra, Portugal: Formasau.

Peixoto, M.J. & Machado, P. P. (2016). Programas de intervenção aos familiares cuidadores. In A. Morim, B. Gomes, C. Martins, F. Araújo, F. Bastos, F. Petronilho, M. Brito, M. Rocha, M. Lumini, M. Peixoto, M. Martins, M. Sousa, N. Moura, P. Machado, R. Freire, S. Soares & T. Martins (Eds.), A pessoa dependente e o familiar cuidador (pp.13-27). Porto, Portugal: Lusodidacta, Lda.

Pereira, S., Martins, T. & Machado, P. (2020). Avaliação da dependência no autocuidado: estudo exploratório do fenómeno em contexto comunitário. Suplemento digital Revista ROL Enfermagem, 43(1): 486-492

Pereira, I., & Silva, A. (1º Semestre de 2012). Ser cuidador familiar: a perceção do exercício do papel. Pensar Enfermagem, 14(1), pp. 42-54.

Petronilho, Fernando (2007). Preparação do regresso a casa. Coimbra: Formasau.

Petronilho, F. A. S., Magalhães, M. M. A., Machado, M. M. P. & Vieira, M. N. M. (2010). Caracterização do doente após evento crítico: Impacto da (in) capacidade funcional no grau de dependência no autocuidado. Revista de Enfermagem Sinais Vitais, nº88, 41-47.

Petronilho, F. (2012). Autocuidado conceito central da enfermagem. Coimbra: Formasau, Formação e Saúde, Lda.

Petronilho, F. (2013). A alta hospitalar do doente dependente no autocuidado: decisões, destinos, padrões de assistência e de utilização dos recursos - estudo exploratório sobre o impacte nas transições do doente e do familiar cuidador. Tese de candidatura ao grau de doutor em ciência de enfermagem, submetida à Universidade Nova de Lisboa.

Petronilho, F., Pereira, F., & Silva, A. P. (2015). Perceção de autoeficácia do familiar cuidador após o regresso a casa do dependente: Estudo longitudinal. Revista Portuguesa de Saúde Mental, esp.2, 9-13. Recuperado de http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/nspe2/nspe2a02.pdf

Petronilho, F. (2016). A preparação de regresso a casa. In A. Morim, B. Gomes, C. Martins, F. Araújo, F. Bastos, F. Petronilho, M. Brito, M. Rocha, M. Lumini, M. Peixoto, M. Martins, M. Sousa, N. Moura, P. Machado, R. Freire, S. Soares & T. Martins (Eds.), A pessoa dependente e o familiar cuidador (pp.29-39). Porto, Portugal: Lusodidacta, Lda.

Pinto, L. P. S. (2018). Enfermagem de Reabilitação – Reconstrução da Independência da Pessoa com Défice no Autocuidado. Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus. Universidade de Évora.

Polit, D. F. & Beck, C.T. (2011). Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Avaliação de evidências para a prática da enfermagem (7º Ed.). Porto Alegre, Brasil: Artmed.

Polit, D., & Beck, T. (2019). *Fundamentos de pesquisa em Enfermagem. Avaliação de evidências para a prática de Enfermagem*. (9ª Edição ed.). Porto Alegre: Artmed.

PORDATA. (2020). População residente: Total e por grandes grupos etários (p. 10). Lisboa, Portugal: Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Portaria nº64/2020, Diário da República n.º 49/2020, Série I. (2020). Lisboa: Ministério das Finanças, Trabalho, Solidariedade e Segurança Social e Saúde.

Queirós, P. J. (2010). Autocuidado, transições e bem-estar. Revista de Investigação em Enfermagem, 21, 5-7.

Quivy, R., & Campenhoudt, L. (2005). Manual de investigação em ciências sociais (4a ed.). Lisboa, Portugal: Gradiva.

Regulamento n.º 125/2011 de 18 de fevereiro (Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação). Diário da República n.º 35/2011, II Série. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.

Regulamento n.º 350/2015 de 22 de junho (Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação). Diário da República n.º 119/2015, II Série. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.

Regulamento n.º 392/2019 de 3 de maio (Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação). Diário da República n.º 85/2019, II Série. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.

Ribeiro, Ó., Almeida, R., Barbosa, C., Duarte, N., & Brandão, D. (2017). Support Groups for Informal Caregivers of people with dementia: towards a communitarian helping ethos. Physis: Revista de Saúde Coletiva, 27(3), 397-413.

Ribeiro, O. & Pinto, C. (2014). Caracterização da pessoa dependente no autocuidado: um estudo de base populacional num concelho do norte de Portugal. Revista Portuguesa de Saúde Pública.

Rocha, M. C. A. (2015). Dependência no autocuidado em contexto familiar – Estudo exploratório de base populacional no concelho da Maia. Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto.

Rodrigues, L. M. P. (2018). Influência de um programa de intervenção de Enfermagem de Reabilitação no cuidador informal - minimização da Sobrecarga e prevenção de lesões músculo-esqueléticas associadas ao cuidar (Relatório de estágio para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação). Escola Superior de Saúde de Bragança. Instituto Politécnico de Bragança.

Ruas, J. (2017). Manual de metodologias de Investigação. Lisboa: Escolar Editora.

Santos, R. L., Sousa, M. F., Brasil, D., & Dourado, M. (2011). Intervenções de grupo para sobrecarga de cuidadores de pacientes com demência: uma revisão sistemática. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 38 (4), 161-167.

Saruga, J. M. N. V. (2016). Cuidar dos que cuidam – uma abordagem às necessidades dos cuidadores informais (tese de mestrado). Universidade de Évora.

Sequeira, C. (2007). Cuidar de idosos dependentes. Editora Quarteto. Coimbra.

Sequeira, C. (2018). Cuidar de idosos com Dependência Física e Mental. 2ª Edição, Lisboa: Lidel.

Sequeira, E. M. (2011). Os perfis de autocuidado dos clientes dependentes: Estudo exploratório numa unidade de saúde familiar (Dissertação de mestrado). Recuperado de http://hdl.handle.net/10400.14/9515

Silva, A. P. (2006). Sistemas de informação em enfermagem: Uma teoria explicativa da mudança. Coimbra, Portugal: Formasau.

Silva, A. (2007). "Enfermagem Avançada": um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. Servir, 11-20.

Soares, S. (2012). A Pessoa com oxigenoterapia de longa duração: Estudo sobre o modelo de cuidados de enfermagem em contexto domiciliário (Tese de Doutoramento). Porto: Universidade Católica Portuguesa, Portugal.

Soares, S. (2016). Gestão da intolerância á atividade. In A. Morim, B. Gomes, C. Martins, F. Araújo, F. Bastos, F. Petronilho, M. Brito, M. Rocha, M. Lumini, M. Peixoto, M. Martins, M. Sousa, N. Moura, P. Machado, R. Freire, S. Soares & T. Martins (Eds.), A pessoa dependente e o familiar cuidador (pp.29-39). Porto, Portugal: Lusodidacta, Lda.

Sousa, C. (2012). Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na preparação do regresso a casa do cuidador informal da pessoa com acidente vascular cerebral (Relatório de estágio). Instituto Politécnico de Santarém – Escola Superior de Saúde de Santarém, Portugal.

Sousa, M. (2014). Promover o autocuidado. Apoiar a adesão e a gestão do regime terapêutico. Programa de intervenção de enfermagem em pessoas com diabetes (Tese de Doutoramento). Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto

Sousa, M.R. & Bastos (2016). A gestão do regime terapêutico pelo familiar cuidador. In A. Morim, B. Gomes, C. Martins, F. Araújo, F. Bastos, F. Petronilho, M. Brito, M. Rocha, M. Lumini, M. Peixoto, M. Martins, M. Sousa, N. Moura, P. Machado, R. Freire, S.

Soares & T. Martins (Eds.). A pessoa dependente e o familiar cuidador (pp.13-27). Porto, Portugal: Lusodidacta, Lda.

Tavares, Mónica (2011). Destino dos doentes dependentes no autocuidado após a alta hospitalar: critérios, intervenientes e níveis de decisão. Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Ciências da Enfermagem submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.

Taylor, C.; Lillis, C. & Lemone, P. (2007). Fundamentos de Enfermagem: A arte e a ciência do cuidado de enfermagem. Porto Alegre. Artmed.

Teixeira, A.R. et al. (2017). Medidas de intervenção junto dos cuidadores informais. Gabinete de Estratégia e Planeamento do Ministério do Trabalho e da Solidariedade e Segurança Social. Lisboa, Portugal.

Teixeira, A. M. D. (2018). Sobrecarga do Cuidador Informal da Pessoa Dependente no Autocuidado (Mestrado de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica). Escola Superior de Saúde. Instituto Politécnico de Leiria.

Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (2011). Manual do Prestador – Recomendações para a Melhoria Contínua. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.

Vandepitte, S., Van Den Noortgate, N., Putman, K., Verhaeghe, S., Faes, K., Annemans, L. (2016). Effectiveness of Supporting Informal Caregivers of People with Dementia: A Systematic Review of Randomized and Non-Randomized Controlled Trials. J Alzheimers Dis. Apr 8;52(3):929-65. doi:10.3233/JAD-151011

Zhu, W. & Jiang, Y. (2018) A meta-analytic study of predictors for informal caregiver burden in patients with stroke. Journal of Stroke & Cerebrovascular Diseases, 27(12), 3636-3646. doi.org/10.1016/j. jstrokecerebrovasdis.2018.08.037

Krusch, C. J. (2018). Contributos dos cuidados de enfermagem de reabilitação, na melhoria do autocuidado na pessoa idosa hospitalizada (Relatório de estágio para a obtenção do grau de mestre na especialidade de enfermagem de reabilitação). Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus. Universidade de Évora, Portugal.

ANEXOS

ANEXO I - Formulário de avaliação das necessidades de cuidados de saúde e sociais das pessoas dependentes no autocuidado a viver no domicílio e dos seus cuidadores no contexto das ECCI´s

Formulário de avaliação das necessidades de cuidados de saúde e sociais das pessoas dependentes no autocuidado a viver no domicílio e dos seus cuidadores no contexto das ECCI's

PARTE I – DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

PESSOA DEPENDENTE

Sexo
- ◯ M
- ◯ F

Idade ☐

Estado civil
- ◯ Casado/ União de facto
- Solteiro
- Viúvo
- ◯ Divorciado

Nacionalidade
- ◯ Portuguesa
- ◯ Não portuguesa (especificar) ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Nível de escolaridade
- ◯ Nenhum
- ◯ Ensino básico -1.º ciclo (4 anos)
- ◯ Ensino básico - 2.º ciclo (6 anos)
- ◯ Ensino básico - 3.º ciclo (9 anos)
- ◯ Ensino secundário (11 ou 12 anos)
- ◯ Ensino superior

Profissão
- ◯ Membros das forças armadas
- ◯ Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa
- ◯ Especialistas das profissões intelectuais e científicas
- ◯ Técnicos e profissionais de nível intermédio
- ◯ Pessoal administrativo e similares
- ◯ Pessoal dos serviços e vendedores
- ◯ Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas
- ◯ Operários, artífices e trabalhadores similares
- ◯ Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem
- ◯ Trabalhadores não qualificados
- ◯ Doméstico
- ◯ Desempregado
- ◯ Pensionista / Reformado
- ◯ Estudante
- ◯ Outra

Situação que originou a dependência

Sim	Não	
◯	◯	Envelhecimento
◯	◯	Acidente
◯	◯	Doença aguda
◯	◯	Doença crónica
◯	◯	Outra

Instalação da dependência
- Súbita
- Gradual

Tempo de dependência ☐☐ Anos ☐☐ Meses

Consumo medicamentos
- Não
- Sim

Variedades de fármacos (n.º) ☐☐

Número de fármacos nas tomas/dia ☐☐

Internamentos no último ano
- ◯ Nenhum
- ◯ Um
- ◯ Dois
- ◯ Três
- ◯ Mais de três (especificar) ☐☐

Episódios de recursos ao SU, no último ano
- ◯ Nenhuma
- ◯ Uma
- ◯ Duas
- ◯ Três
- ◯ Mais de três (especificar) ☐

CUIDADOR PRINCIPAL

Sexo
- ◯ M
- ◯ F

Idade ☐

Estado civil
- ◯ Casado/ União de facto
- ◯ Solteiro
- ◯ Viúvo
- ◯ Divorciado

Nacionalidade
- ◯ Portuguesa
- ◯ Não portuguesa (especificar) ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Nível de escolaridade
- ◯ Nenhum
- ◯ Ensino básico -1.º ciclo (4 anos)
- ◯ Ensino básico - 2.º ciclo (6 anos)
- ◯ Ensino básico - 3.º ciclo (9 anos)
- ◯ Ensino secundário (11 ou 12 anos)
- ◯ Ensino superior

Profissão
- ◯ Membros das forças armadas
- ◯ Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa
- ◯ Especialistas das profissões intelectuais e científicas
- ◯ Técnicos e profissionais de nível intermédio
- ◯ Pessoal administrativo e similares
- ◯ Pessoal dos serviços e vendedores
- ◯ Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas
- ◯ Operários, artífices e trabalhadores similares
- ◯ Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem
- ◯ Trabalhadores não qualificados
- ◯ Doméstico
- ◯ Desempregado
- ◯ Pensionista / Reformado
- ◯ Estudante
- ◯ Outra

Grau de Parentesco
- ◯ Pai
- ◯ Mãe
- ◯ Filha
- ◯ Filho
- ◯ Cônjuge
- ◯ Outros:_____

Data de Admissão à ECCI:

Data de Avaliação:

Tipologia de Referência:

- [ ] Cuidados de Reabilitação
- [ ] Cuidados de Enfermagem
- [ ] Cuidados de Fisioterapia
- [ ] Acompanhamento Psicológico
- [ ] Cuidados Paliativos

Formulário de avaliação das necessidades de cuidados de saúde e sociais das pessoas dependentes no autocuidado a viver no domicílio e dos seus cuidadores no contexto das ECCI's

Frequência (Legenda): x/dia; x/semana; x/mês

Quem implementa os cuidados necessários (Legenda): E – Enfermeiro da ECCI; C – Cuidador principal; F – Outro membro da família/amigo; S – Outro serviço de enfermagem contratado; I – IPSS; N – Ninguém; Outro (Especificar):

Constituição da família

- ○ Família constituída apenas pelo casal
- ○ Família constituída por casal e um filho
- ○ Família constituída por casal e dois ou mais filhos
- ○ Grupo de pessoas que coabita e que consiste em mais do que apenas os pais e os filhos
- ○ Família constituída por figura parental única; mãe, pai ou outro cuidador e presença de uma ou mais crianças ou outros dependentes.

A família não assegura:

- ○ Fazer compras
- ○ Arranjar a casa
- ○ Armazenamento dos alimentos
- ○ Preparação dos alimentos
- ○ Acompanhar membro da família a serviço de saúde

Capacidades do cuidador dificultadoras do exercício do papel

- ○ Capacidade física para posicionar
- ○ Capacidade física para assistir no erguer-se
- ○ Capacidade física para transferir
- ○ Capacidade física para assistir no andar
- ○ Capacidade física para deslocar cliente em cadeira de rodas
- ○ Capacidade física para alimentar
- ○ Capacidade física para dar banho
- ○ Capacidade física para vestir/despir
- ○ Adquirir nova informação

Memória

- ○ Dificuldade/Incapacidade para recuperar informação
- ○ Dificuldade/Incapacidade para adquirir nova informação

Atitudes terapêuticas

	Beneficiário	Frequência	Quem implementa
○ **Oxigenoterapia**			
Ensinar sobre oxigenoterapia	○Doente ○Cuidador ○Ambos		
○ **Sonda gástrica**			
Treinar a otimizar sonda gástrica	○Doente ○Cuidador ○Ambos		
○ **Cateter venoso periférico**			
Executar tratamento ao local de inserção do cateter venoso periférico			
○ **Cateter urinário**			
Trocar cateter urinário			
Ensinar sobre prevenção de infeção do sistema urinário	○Doente ○Cuidador ○Ambos		

Formulário de avaliação das necessidades de cuidados de saúde e sociais das pessoas dependentes no autocuidado a viver no domicílio e dos seus cuidadores no contexto das ECCI's

	Beneficiário	Frequência	Quem implementa
○ **Traqueostomia**			
Executar cuidados à traqueostomia			
Trocar cânula de traqueostomia			
Ensinar sobre traqueostomia	○Doente ○Cuidador ○Ambos		
Ensinar sobre autovigilância da pele peri-traqueostomia	○Doente ○Cuidador ○Ambos		
Treinar cuidados à traqueostomia	○Doente ○Cuidador ○Ambos		
Treinar cuidados à pele periestomal	○Doente ○Cuidador ○Ambos		
Treinar a trocar cânula	○Doente ○Cuidador ○Ambos		
Ensinar sobre acesso a dispositivos	○Doente ○Cuidador ○Ambos		
Providenciar os dispositivos aconselhados			
○ **Ostomia de eliminação**			
Executar cuidados à ostomia			
Trocar saco			
Trocar placa			
Ensinar sobre a ostomia de eliminação	○Doente ○Cuidador ○Ambos		
Ensinar sobre autovigilância da pele peri-ostomia	○Doente ○Cuidador ○Ambos		
Treinar cuidados à ostomia	○Doente ○Cuidador ○Ambos		
Treinar cuidados à pele periestomal	○Doente ○Cuidador ○Ambos		
Treinar a trocar saco	○Doente ○Cuidador ○Ambos		
Treinar a trocar placa	○Doente ○Cuidador ○Ambos		
Ensinar sobre acesso a dispositivos	○Doente ○Cuidador ○Ambos		
Providenciar os dispositivos aconselhados			
Processo neuromuscular			
○ **Consciência comprometida**			
○ **Paresia**			
○ **Desuso**			
○ **Rigidez articular**			
Executar técnica de exercício músculo-articular passivo			
Executar técnica de exercício músculo-articular ativo-assistido			
Executar técnica de exercício músculo-articular ativo-resistido			
Executar técnica de mobilização ativa-assistida da face			
Executar técnica de mobilização passiva da face			
Instruir exercícios músculo-articulares	○Doente ○Cuidador ○Ambos		
Treinar exercícios músculo-articulares	○Doente ○Cuidador ○Ambos		
Instruir exercícios isométricos	○Doente ○Cuidador ○Ambos		
Treinar exercícios isométricos	○Doente ○Cuidador ○Ambos		

Formulário de avaliação das necessidades de cuidados de saúde e sociais das pessoas dependentes no autocuidado a viver no domicílio e dos seus cuidadores no contexto das ECCI's

	Beneficiário	Frequência	Quem implementa
○ **Espasticidade**			
Posicionar em padrão antiespástico			
Aplicar ortótese estática de alongamento			
Instruir a posicionar em padrão antiespástico	○Doente ○Cuidador ○Ambos		
Treinar a posicionar em padrão antiespástico	○Doente ○Cuidador ○Ambos		
○ **Equilíbrio comprometido**			
Executar técnica de treino do equilíbrio estático			
Assistir no treino do equilíbrio			
Ensinar sobre prevenção de quedas	○Doente ○Cuidador ○Ambos		
Instruir o treino do equilíbrio estático	○Doente ○Cuidador ○Ambos		
Treinar equilíbrio estático	○Doente ○Cuidador ○Ambos		
○ **Equilíbrio comprometido**			
Implementar estratégias facilitadoras da comunicação			
Ensinar sobre sistemas alternativos de comunicação	○Doente ○Cuidador ○Ambos		
○ **Dor**			
Gerir analgesia			
Aplicar calor			
Aplicar frio			
Executar técnica de imaginação guiada			
Executar técnica de distração			
Executar massagem			
Processo cardiorrespiratório			
○ **Ventilação comprometida**			
Posicionar para otimizar a ventilação			
Iniciar oxigenoterapia			
Executar técnica respiratória			
○ **Limpeza da via aérea comprometida**			
Aspirar via aérea			
Executar inaloterapia			
Executar cinesiterapia respiratória			
Treinar técnica respiratória	○Doente ○Cuidador ○Ambos		
Treinar a executar inaloterapia	○Doente ○Cuidador ○Ambos		
○ **Perfusão dos tecidos periféricos comprometida**			
Posicionar para otimizar a perfusão periférica dos tecidos			
Aplicar meias elásticas			
Aplicar ligadura de compressão			

Formulário de avaliação das necessidades de cuidados de saúde e sociais das pessoas dependentes no autocuidado a viver no domicílio e dos seus cuidadores no contexto das ECCI's

	Beneficiário	Frequência	Quem implementa
Processo do sistema gastrointestinal			
○ **Mastigação comprometida**			
○ **Deglutição comprometida**			
Planear dieta			
Remover resíduos de alimentos da cavidade oral após a refeição			
Posicionar durante a refeição para facilitar a deglutição			
Inserir sonda gástrica			
Alimentar através de sonda gástrica			
Posicionar para prevenir a aspiração			
Ensinar sobre dieta para facilitar a mastigação	○Doente ○Cuidador ○Ambos		
Ensinar sobre prevenção da aspiração	○Doente ○Cuidador ○Ambos		
Ensinar sobre inspeção da cavidade oral após as refeições	○Doente ○Cuidador ○Ambos		
Ensinar sobre dieta para facilitar a deglutição	○Doente ○Cuidador ○Ambos		
Treinar técnica de deglutição	○Doente ○Cuidador ○Ambos		
○ **Impactação fecal**			
Remover fecaloma			
○ **Incontinência intestinal**			
Planear eliminação intestinal			
Irrigar intestino			
Aplicar fralda			
Ensinar sobre planeamento da eliminação intestinal	○Doente ○Cuidador ○Ambos		
Ensinar sobre prevenção da maceração do períneo	○Doente ○Cuidador ○Ambos		
Ensinar sobre regime dietético	○Doente ○Cuidador ○Ambos		
Processo do sistema urinário			
○ **Retenção urinária**			
○ **Incontinência urinária**			
Planear eliminação urinária			
Inserir cateter urinário			
Otimizar cateter urinário			
Aplicar dispositivo urinário			
Executar técnica de estimulação das zonas gatilho da micção			
Ensinar sobre prevenção da retenção urinária	○Doente ○Cuidador ○Ambos		
Treinar autocateterização vesical	○Doente ○Cuidador ○Ambos		
Treinar a estimular zonas gatilho da micção	○Doente ○Cuidador ○Ambos		
Treinar a trocar dispositivo urinário	○Doente ○Cuidador ○Ambos		
Processo do sistema tegumentar			
○ **Membrana mucosa comprometida**			
Tratar membrana mucosa			
Lavar cavidade oral			
Ensinar sobre tratamento da membrana mucosa	○Doente ○Cuidador ○Ambos		
Ensinar sobre sinais de complicação da membrana mucosa	○Doente ○Cuidador ○Ambos		

Formulário de avaliação das necessidades de cuidados de saúde e sociais das pessoas dependentes no autocuidado a viver no domicílio e dos seus cuidadores no contexto das ECCI's

	Beneficiário	Frequência	Quem implementa
○ **Eritema pelas fraldas**			
Aplicar creme na região perineal			
Ensinar sobre tratamento do eritema	○Doente ○Cuidador ○Ambos		
Ensinar sobre troca da fralda	○Doente ○Cuidador ○Ambos		
Ensinar sobre vigilância da pele	○Doente ○Cuidador ○Ambos		
○ **Úlcera de pressão**			
Executar tratamento da úlcera de pressão			
Ensinar sobre cuidados à úlcera de pressão	○Doente ○Cuidador ○Ambos		
Ensinar sobre sinais de complicação da úlcera de pressão	○Doente ○Cuidador ○Ambos		
○ **Úlcera venosa**			
Executar tratamento da úlcera venosa			
Aplicar meias elásticas			
Aplicar ligadura de compressão			
Ensinar sobre cuidados à úlcera venosa	○Doente ○Cuidador ○Ambos		
Ensinar sobre sinais de complicação da úlcera venosa	○Doente ○Cuidador ○Ambos		
Ensinar sobre terapia compressiva	○Doente ○Cuidador ○Ambos		
Ensinar sobre estratégias de promoção do retorno venoso	○Doente ○Cuidador ○Ambos		
○ **Úlcera diabética**			
Executar tratamento da úlcera diabética			
Posicionar para otimizar a perfusão periférica dos tecidos			
Ensinar sobre cuidados à úlcera diabética	○Doente ○Cuidador ○Ambos		
Ensinar sobre sinais de complicação da úlcera diabética	○Doente ○Cuidador ○Ambos		
Ensinar sobre posicionamento facilitador da perfusão dos tecidos	○Doente ○Cuidador ○Ambos		
Processo do sistema regulador			
○ **Hipo/Hiperglicemia**			
Gerir regime medicamentoso			
Ensinar sobre regime medicamentoso	○Doente ○Cuidador ○Ambos		
Ensinar sobre complicações da hipo/hiperglicemia	○Doente ○Cuidador ○Ambos		
Ensinar sobre controlo da hipo/hiperglicemia	○Doente ○Cuidador ○Ambos		
Ensinar sobre glicemia	○Doente ○Cuidador ○Ambos		
Ensinar sobre insulina	○Doente ○Cuidador ○Ambos		
Ensinar sobre prevenção de complicações da hipoglicemia/hiperglicemia	○Doente ○Cuidador ○Ambos		
Ensinar sobre sinais de hipo/hiperglicemia	○Doente ○Cuidador ○Ambos		
Treinar a avaliar a glicemia capilar	○Doente ○Cuidador ○Ambos		
Treinar a administrar insulina	○Doente ○Cuidador ○Ambos		
Ensinar sobre acesso a dispositivos	○Doente ○Cuidador ○Ambos		
Providenciar os dispositivos aconselhados			

Formulário de avaliação das necessidades de cuidados de saúde e sociais das pessoas dependentes no autocuidado a viver no domicílio e dos seus cuidadores no contexto das ECCI's

	Beneficiário	Frequência	Quem implementa
○ **Desidratação**			
Gerir hidratação			
Administrar solução de hidratação			
Ensinar sobre regime de ingestão de líquidos	○Doente ○Cuidador ○Ambos		
Ensinar sobre desidratação	○Doente ○Cuidador ○Ambos		
○ **Edema**			
Posicionar para diminuir edema			
Ensinar sobre sinais de retenção de líquidos	○Doente ○Cuidador ○Ambos		
Ensinar sobre complicações da retenção de líquidos	○Doente ○Cuidador ○Ambos		
Ensinar sobre prevenção de lesões tegumentares	○Doente ○Cuidador ○Ambos		
Ensinar sobre sinais de compromisso do processo neurovascular	○Doente ○Cuidador ○Ambos		
Ensinar sobre posicionamento para diminuir o edema	○Doente ○Cuidador ○Ambos		
○ **Intolerância à atividade**			
Ensinar sobre conservação de energia	○Doente ○Cuidador ○Ambos		
Ensinar sobre gestão dos períodos de atividade e repouso	○Doente ○Cuidador ○Ambos		
Autocuidado			
○ **Virar-se comprometido**			
Posicionar			
Posicionar usando dispositivo			
Aplicar colchão de alívio de pressão			
Ensinar sobre prevenção de complicações na articulação da anca enquanto deitado	○Doente ○Cuidador ○Ambos		
Treinar o virar	○Doente ○Cuidador ○Ambos		
Treinar o virar usando dispositivo	○Doente ○Cuidador ○Ambos		
Ensinar sobre acesso a dispositivos	○Doente ○Cuidador ○Ambos		
Providenciar os dispositivos aconselhados			
○ **Transferir-se comprometido**			
Transferir			
Transferir usando dispositivo			
Ensinar sobre prevenção de quedas	○Doente ○Cuidador ○Ambos		
Treinar a transferir	○Doente ○Cuidador ○Ambos		
Treinar a transferir através de dispositivo	○Doente ○Cuidador ○Ambos		
Treinar para prevenção de complicações na articulação da anca durante o transferir-se	○Doente ○Cuidador ○Ambos		
Ensinar sobre acesso a dispositivos	○Doente ○Cuidador ○Ambos		
Providenciar os dispositivos aconselhados			
○ **Sentar-se comprometido**			
Ensinar sobre prevenção de complicações na articulação da anca durante o sentar-se	○Doente ○Cuidador ○Ambos		

Formulário de avaliação das necessidades de cuidados de saúde e sociais das pessoas dependentes no autocuidado a viver no domicílio e dos seus cuidadores no contexto das ECCI's

	Beneficiário	Frequência	Quem implementa
○ **Cuidar da higiene pessoal comprometido**			
Dar banho na cama			
Dar banho no chuveiro			
Treinar a tomar/dar banho	○Doente ○Cuidador ○Ambos		
Treinar a tomar/dar banho usando dispositivo	○Doente ○Cuidador ○Ambos		
Treinar uso do sanitário	○Doente ○Cuidador ○Ambos		
Ensinar sobre acesso a dispositivos	○Doente ○Cuidador ○Ambos		
Providenciar os dispositivos aconselhados			
○ **Vestir-se ou despir-se comprometido**			
Vestir/despir			
Treinar a vestir ou despir	○Doente ○Cuidador ○Ambos		
Treinar a vestir ou despir usando dispositivo	○Doente ○Cuidador ○Ambos		
Ensinar sobre acesso a dispositivos	○Doente ○Cuidador ○Ambos		
Providenciar os dispositivos aconselhados			
○ **Andar comprometido**			
Gerir o ambiente físico para prevenir queda			
Ensinar sobre prevenção de quedas	○Doente ○Cuidador ○Ambos		
Ensinar sobre adaptação do domicílio para usar cadeira de rodas	○Doente ○Cuidador ○Ambos		
Treinar o andar			
Treinar o andar com auxiliar de marcha			
Treinar a usar cadeira de rodas	○Doente ○Cuidador ○Ambos		
Ensinar sobre acesso a dispositivos	○Doente ○Cuidador ○Ambos		
Providenciar os dispositivos aconselhados			
○ **Alimentar-se comprometido**			
Alimentar através de sonda enteral			
Treinar a alimentar	○Doente ○Cuidador ○Ambos		
Treinar a alimentar usando dispositivo	○Doente ○Cuidador ○Ambos		
Ensinar sobre acesso a dispositivos	○Doente ○Cuidador ○Ambos		
Providenciar os dispositivos aconselhados			
○ **Autogestão do regime medicamentoso comprometida**			
Administrar medicação			
Gerir regime medicamentoso			
Ensinar sobre gestão do regime medicamentoso	○Doente ○Cuidador ○Ambos		
Ensinar sobre regime medicamentoso	○Doente ○Cuidador ○Ambos		
Ensinar sobre ajuste da medicação de acordo com os resultados da vigilância	○Doente ○Cuidador ○Ambos		
Treinar a administrar medicação	○Doente ○Cuidador ○Ambos		
Treinar a gerir regime medicamentoso usando dispositivo	○Doente ○Cuidador ○Ambos		
Ensinar sobre acesso a dispositivos	○Doente ○Cuidador ○Ambos		
Providenciar os dispositivos aconselhados			

Formulário de avaliação das necessidades de cuidados de saúde e sociais das pessoas dependentes no autocuidado a viver no domicílio e dos seus cuidadores no contexto das ECCI's

Notas/Observações:

ANEXO II – Guia Orientador para a aplicação do formulário

Guia Orientador para a aplicação do formulário

Orientações Gerais

- O Formulário destina-se a ser a aplicado a Utentes/Pessoas Dependentes e seus cuidadores admitidos em ECCI, preferencialmente até 5 dias após admissão e exclusivamente após obtenção consentimento informado da Pessoa dependente/Utente ou do seu representante legal, em conformidade com o fluxograma de aplicação do formulário que se encontra no final desta página;
- Formulário a preencher em conjunto com o enfermeiro "gestor de caso" do utente admitido em ECCI, **com base na sua opinião clínica**;
- A "frequência esperada" refere-se à frequência de implementação da Intervenção de Enfermagem/cuidado que seria necessário, tendo por base a evidência científica, o juízo clínico do enfermeiro e a condição clínica do utente;
- A "frequência em uso" refere-se à frequência com que a intervenção/cuidado é efetivamente implementada;
- Pode-se identificar o Diagnóstico de Enfermagem, sem que se identifique qualquer Intervenção de Enfermagem/cuidado a ser implementada;
- **Assinalar como necessárias intervenções de tipo "Ensinar, Instruir e Treinar;** quer tendo por cliente o indivíduo, quer o familiar cuidador; pressupõem que no processo de apreciação ter sido identificado o **"Potencial para melhorar o conhecimento sobre ou a capacidade para"** com base na "opinião clínica do enfermeiro…" que reporta que o conhecimento ou a capacidade: "necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir", "necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir" ou já é "facilitador(a)".
- Nas intervenções do tipo ensinar sobre acesso a dispositivos/providenciar dispositivo aconselhados. Considerar dispositivo ou produto de apoio - "qualquer produto (incluindo dispositivos, equipamentos, instrumentos, tecnologia e software), especialmente produzido ou geralmente disponível, para prevenir, compensar, monitorizar, aliviar ou neutralizar as incapacidades, limitações das atividades e restrições na participação" e são os referidos na lista constante no Despacho nº 7197/2016 de 1 de junho (Instituto Nacional para a Reabilitação, 2016).

Conceitos e critérios a utilizar na apreciação da existência de compromisso nos Processos Corporais, autocuidados e processo familiar

PROCESSOS DE VIDA/SAÚDE	FOCO DE ATENÇÃO/JUÍZO DIAGNÓSTICO	CONCEITO (CIPE)	CONSENSUALIZAÇÃO DE PROCESSOS DE AVALIAÇÃO
Atitudes Terapêuticas	Oxigenoterapia	Terapia	Presença
	Sonda Gástrica	Sonda Entérica	Presença
	Cateter Venoso Periférico	Cânula	Presença
	Cateter Urinário	Cateter	Presença
	Traqueostomia	Estoma	Presença
	Ostomia de Eliminação	Estoma	Presença
Processo Psicológico	Memória	Dificuldade/incapacidade de recuperar informação Dificuldade/Incapacidade para adquirir nova informação	Mini Mental State Examination (MMSE)
Processo Neuromuscular	Consciência Comprometida	Status: resposta mental a impressões resultantes de uma combinação dos sentidos; mantendo a mente alerta e sensível ao ambiente exterior.	Resposta: Abertura dos olhos - Nenhuma - À dor - Ao estímulo verbal Resposta: verbal - Nenhuma -Incompreensível - Inapropriada - Confusa Resposta: motora - Nenhuma -Extensão anormal - Flexão anormal - Movimento de retirada à dor
	Desuso	Hipoatividade: falta de atividade.	Força - movimento muscular (associado a um local do corpo/Topologia) -Ausência de contração visível ou palpável -Contração visível ou palpável, mas sem movimento -Movimento ativo se eliminada a gravidade -Movimento ativo contra a gravidade, mas não contra a resistência -Ptose -Desvio da comissura labial com apagamento do sulco naso labial
	Paresia	Paralisia: paralisia total ou parcial; perda incompleta ou completa da capacidade de mover partes do corpo, tais como a boca, a orofaringe ou a pálpebra.	Força - movimento muscular (associado a um local do corpo/Topologia) - Ausência de contração visível ou palpável - Contração visível ou palpável, mas sem movimento - Movimento ativo se eliminada a gravidade - Movimento ativo contra a gravidade, mas não contra a resistência

			Ptose Desvio da comissura labial com apagamento do sulco naso labial
	Rigidez Articular	Processo do sistema musculosquelético comprometido: angulação da articulação; fibrose do tecido conjuntivo da cápsula articular que impede a mobilidade normal da mão, dos dedos da mão, do cotovelo, do ombro, do pé, do joelho ou dos dedos do pé; movimentos limitados ou incapacidade de movimentos e alinhamento anormal da articulação, associada a atrofia ou encurtamento das fibras musculares devido a ausência de movimentos articulares passivos ou ativos, ou a perda da elasticidade normal da pele, devido à formação de extenso tecido cicatricial sobre a articulação.	Mobilidade articular (associado a um local do corpo/Topologia) -Sem mobilidade articular -Mobilidade articular limitada Tipo de movimento (associado ao mesmo local do corpo/Topologia) Flexão/extensão Adução/abdução Circundação do polegar Oponência do polegar Desvio radial Desvio cubital Supinação/pronação Rotação interna/externa Eversão/inversão
	Espasticidade	Processo do sistema musculosquelético comprometido: contração descontrolada dos músculos esqueléticos; aumento do tónus muscular; rigidez muscular e movimentos descoordenados.	Tónus - Hipertonia - Impossibilidade de movimento passivo por elevada resistência - Elevada resistência muscular ao movimento passivo - Ligeira resistência muscular ao movimento passivo
	Equilíbrio Comprometido		**Escala de Equilíbrio de Berg** Controlo postural em repouso - Instabilidade quando sentado com apoio - Instabilidade quando sentado sem apoio - Instabilidade quando de pé com apoio - Instabilidade quando de pé sem apoio Controlo postural em movimento -Instabilidade ao levantar-se, transferir-se ou virar-se - Instabilidade ao andar - Instabilidade ao rodar sobre si próprio
	Comunicação	Comportamento interativo: dar e receber informações utilizando comportamentos verbais e não-verbais face a face ou com meios tecnológicos sincronizados ou não sincronizados.	Avaliar Emissão verbal de mensagem - Não é capaz de falar - Tem dificuldade em expressar verbalmente os pensamentos -Tem dificuldade em expressar as palavras Compreensão da mensagem - Compromisso da compreensão da mensagem
	Dor	Perceção comprometida: aumento de sensação corporal desconfortável, referência subjetiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tónus muscular, comportamento de autoproteção,	"Escala Visual Analógica" (convertida em escala numérica efeitos de registo), "Escala Numérica" (DGS, 2003) e PAINAD.

		limitação do foco de atenção, alteração da perceção do tempo, fuga do contacto social, processo de pensamento comprometido, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite.	
Processo Cardiorrespiratório	Ventilação Comprometida	Processo do sistema respiratório: deslocar o ar para dentro e para fora dos pulmões com frequência e ritmo respiratórios determinados; profundidade inspiratória e força expiratória.	Frequência respiratória: - Hipopneia - Hiperpneia Ritmo respiratório: - Irregular Simetria do movimento respiratório - Assimétrico Profundidade da ventilação - Inspirações profundas - Inspirações superficiais Utilização dos músculos acessórios da ventilação Avaliar saturação do oxigénio no sangue - Hipoxemia Comunicação de falta de ar - Comunica falta de ar ao realizar atividades simples - Comunica falta de ar ao realizar atividades que exigem pequeno esforço físico - Comunica falta de ar ao realizar atividades que exigem grande esforço físico Avaliar:**Tipo de atividade (exemplo):** <u>Atividade simples</u> Sentar-se Levantar-se Alimentar-se Ir ao wc <u>Atividades que exigem pequenos esforços:</u> Lides da casa (varrer, lavar a louça, pequenas tarefas) Subir escadas Transportar objetos <u>Atividades que exigem grandes esforços:</u> Caminhar rápido/ grandes distâncias transportar pesos Subir rapidamente escadas
	Limpeza da via aérea comprometida	processo do sistema respiratório: manter aberta a passagem de ar desde a boca até aos alvéolos pulmonares através da capacidade para limpar as secreções ou obstruções do trato respiratório.	Reflexo da tosse -Ausente Eficácia da tosse Não mobiliza as secreções das vias aéreas inferiores Mobiliza as secreções das vias aéreas acumulando-as ao nível supraglótico Sons respiratórios -Síbilos

			-Crepitações -Roncos -Atrito pleural
	Perfusão dos tecidos periféricos comprometida	Perfusão dos tecidos inefetiva	Avaliar: Temperatura das extremidades - Diminuída - Aumentada Coloração das extremidades - Coloração marmórea nas extremidades - Coloração pálida das extremidades - Coloração cianótica das extremidades Tempo de preenchimento capilar aumentado Frequência do pulso periférico
Processo do Sistema Gastrointestinal	Mastigação Comprometida	Comer ou beber: decomposição mecânica dos alimentos na boca, esmagando-os com os dentes e os movimentos da língua.	Avaliar: Movimentos do ciclo mastigatório - Trituração e incisão diminuídas - Incisão diminuída - Trituração diminuída Simetria do ciclo mastigatório - Assimetria Duração do ciclo mastigatório - Aumentada (face à consistência dos alimentos)
	Deglutição comprometida	Comer ou beber: passagem dos líquidos e dos alimentos fragmentados, pelo movimento da língua e dos músculos, da boca para o estômago através da orofaringe e esófago.	Estado da deglutição - Aumento do tempo de deglutição para líquidos (superior a 2 segundos) - Aumento do tempo de deglutição para sólidos (superior a 10 segundos) - Perda de conteúdo da cavidade oral - Acumulação involuntária de conteúdo na cavidade oral - Ausência de encerramento dos lábios durante a deglutição - Movimento assimétrico da língua e lábios - Alteração da voz após a deglutição - Refluxo nasal de conteúdo da cavidade oral - Tosse associada à deglutição - Movimentos repetitivos de elevação da laringe durante a deglutição - Posição anormal da cabeça durante a deglutição
	Impactação Fecal	Obstipação: ausência de emissão de fezes, evacuação dolorosa, sensação de pressão e preenchimento retal, massa palpável ou coleção de fezes endurecidas no reto.	Avaliar: Consistência das fezes - Em sibalas - Moldada com sibalas - Moldada com fendas na superfície - Mole - Pastosa ou semilíquida - Líquida Massa palpável de fezes no reto
	Incontinência Intestinal	Incontinência intestinal: passagem involuntária e expulsão não controlada de fezes.	Avaliar existência de Expulsão não controlada de fezes
Processo do Sistema Urinário	Retenção Urinária	Status urinário: acumulação involuntária de urina na bexiga; esvaziamento incompleto da bexiga associado a perda da sua função muscular; efeitos secundários da medicação narcótica ou lesão da bexiga.	Presença de globo vesical Sensação de esvaziamento incompleto da bexiga

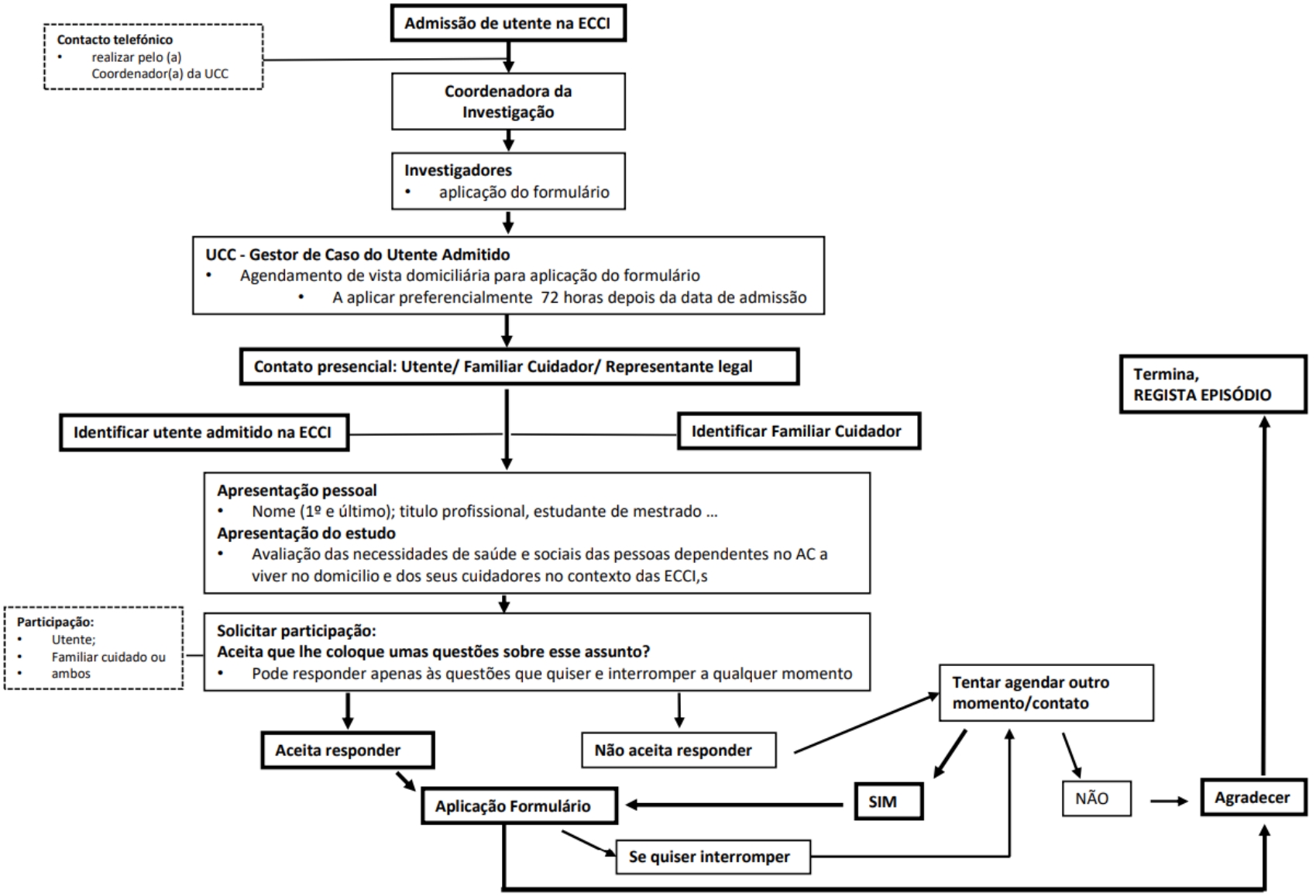
	Incontinência Urinária	Status de continência: passagem involuntária de urina; incapacidade de controlo voluntário dos esfíncteres vesical e uretral.	Avaliar reconhecimento da vontade de urinar Eliminação urinária involuntária - Durante o sono - Por aumento da pressão intra-abdominal - Em intervalos regulares antes de atingir recetáculo apropriado - Após forte sensação de urgência para urinar
Processo do Sistema Tegumentar	Membrana Mucosa Comprometida	Componente do sistema tegumentar: camadas de revestimento natural, sem queratina, na superfície interna do corpo, forrando cavidades ou canais que abrem para o exterior do corpo; incluem as mucosas da boca, nariz, vagina, tubo digestivo, vias respiratórias e trato genito-urinário; as mucosas protegem as estruturas subjacentes, segregam muco que lubrifica as estruturas associadas, absorvem água, sais e outros solutos.	Avaliar integridade das membranas mucosas - Localização do compromisso - Coloração - Humidade - Textura
	Eritema pelas Fraldas	Eritema: erupção localizada na área de pele em contacto com as fraldas.	Observação de Sinais de Eritema
	Úlcera de Pressão	Úlcera: dano, inflamação ou ferida da pele ou estruturas subjacentes como resultado da compressão tecidular e perfusão inadequada.	Escala de Braden
	Úlcera Venosa	Úlcera: lesão circunscrita semelhante a uma loca, normalmente situada na perna, acima do maléolo; edema em torno da ferida; pele seca em torno da ferida; descamação acastanhada ou descoloração da pele; lipodermatosclerose; atrofia da pele; exantema; dor na ferida, associada a insuficiência venosa crónica, lesão dos retalhos venosos e diminuição do retorno do sangue venoso dos membros inferiores para o tronco.	IPTB medição do índice de pressão tornozelo/braço (IPTB) com recurso a um Doppler manual Opinião clínica Enf.
	Úlcera Diabética	Ferida: ferida aberta ou lesão; perda da camada mais profunda de tecido; lesão circunscrita semelhante a uma loca; diminuição do aporte sanguíneo; tecido de granulação vermelho; necrose do tecido celular subcutâneo; odor da ferida; sensibilidade em redor da periferia, dor, crosta de tecido inflamado e necrótico associado a um processo inflamatório, infecioso ou maligno.	Circular Normativa da DGS 005/2011 de 21/01/2011
Processo do Sistema Regulador	Hipoglicémia	Processo do sistema regulador comprometido	Avaliar Glicémia capilar
	Hiperglicemia	Processo do sistema regulador comprometido	Avaliar Glicémia capilar
	Desidratação	Processo do sistema regulador comprometido	Avaliar: Sede Tempo de preenchimento capilar Turgor da pele - Aumentado, com apagamento das pregas cutâneas naturais - Diminuído, com formação de pregas cutâneas não naturais Estado de hidratação da pele - Pele húmida / viscosa - Pele seca / descamativa

	Edema	Retenção de líquidos	Avaliar: Tumefação dos tecidos - Não depressível - Depressível Sinal de Godet - Sinal de Godet elevado (>= 4 mm) - Sinal de Godet moderado (>= 2 e < 4 mm) - Sinal de Godet ligeiro (> 0 e < 2 mm) Turgor da pele -Aumentado, com apagamento das pregas cutâneas naturais - Diminuído, com formação de pregas cutâneas não naturais Estado de hidratação da pele Pele húmida / viscosa Pele seca / descamativa
	Intolerância à atividade	Status comprometido: falta de capacidade ou energia para tolerar ou completar atividades.	Avaliar Comunicação de cansaço - Comunica cansaço permanente e ausência de recuperação da energia com o repouso - Comunica cansaço para pequenos esforços e recuperação da energia com o repouso **Tipo de atividade (exemplo):** <u>Atividade simples</u> Sentar Levantar-se Alienar-se Ir ao wc <u>Atividades que exigem pequenos esforços:</u> Lides da casa (varrer, lavar a louça, pequenas tarefas) Subir escadas Transportar objetos <u>Atividades que exigem grandes esforços:</u> Caminhar rápido/ grandes distâncias Transportar pesos Subir rapidamente escadas
Autocuidado	Virar-se Comprometido	Virar: mover e mudar o corpo de um lado para outro e de frente para trás.	Mudar de posição na cama - Não inicia o movimento de rodar o corpo na cama e não se posiciona - Inicia o movimento de rodar o corpo de um lado para o outro na cama, mas não o termina o posicionamento
	Transferir-se Comprometido	Capacidade comprometida para: deslocar-se e mudar o corpo de um local para outro.	Mobiliza o corpo entre superfícies próximas - Não se mobiliza entre duas superfícies próximas - Mobiliza-se entre duas superfícies próximas de forma insegura e lentificada **Escala de Equilíbrio de Berg**
	Sentar-se Comprometido	Capacidade comprometida para sentar-se - Baixar: mover-se, modificando a posição do corpo, partindo da posição de deitado ou de pé para a de sentado.	Mobiliza o corpo para a posição de sentado

				- Inicia o movimento de baixar a posição do corpo, partindo da posição de pé para a de sentado, procurando apoios - Inicia o movimento de modificar a posição do corpo, partindo da posição de deitado para a de sentado, mas não o consegue completar
	Cuidar da Higiene Pessoal Comprometido	Capacidade comprometida para Executar: Tomar banho, mudar de roupa, levantar da cama, associado a padrão cultural e nível socioeconómico.		Não: - Obtém objetos para o banho - Abre a torneira - Lava e seca o corpo Aplica produtos de higiene - Penteia-se - Barbeia-se - Corta as unhas - Limpa-se após o uso do sanitário - Ajusta a roupa após o uso do sanitário
	Vestir-se ou despir-se. Comprometido	Incapacidade de vestir-se/despir-se e arranjar-se		Não: Escolhe as roupas Retira roupa da gaveta ou armário Veste-se Abotoa Ata cordões Calça meias Calça sapatos
	Andar. Comprometido	Capacidade comprometida para andar - Mobilizar: movimento do corpo de um lugar para outro, movendo as pernas passo a passo; capacidade para sustentar o peso do corpo e andar com uma marcha eficaz, com velocidades que vão de lenta a moderada ou rápida; subir ou descer escadas e rampas.		Mobilidade através da marcha - Incapaz de realizar a marcha (mover as pernas passo a passo e suster o peso do corpo) -Marcha lenta e insegura em pequenas distâncias planas - Marcha lenta e insegura em plano inclinado - Marcha com limitações para subir ou descer escadas Mobilidade com uso de auxiliar de marcha **Escala de Equilíbrio de Berg**
	Alimentar-se. Comprometido	Capacidade comprometida para: levar e colocar na boca os alimentos sólidos e líquidos.		Não: Leva os alimentos à boca/sonda de alimentação Prepara os alimentos para a refeição Organiza os alimentos para a refeição
	Gestão do regime Medicamentoso comprometido	Capacidade comprometida para se encarregar de, e organizar o regime medicamentoso		Não: Organiza a medicação conforme horário Prepara a medicação conforme a dose Administra a medicação pela via adequada Ajusta a medicação de acordo com autovigilância Armazena a medicação de acordo com as recomendações técnicas
Processo familiar	Preparação da Família para integrar um familiar dependente/	Capacidade Física para posicionar		Avaliar potencial para melhorar a capacidade para: Capacidade Física/ instrumental Consciencialização das mudanças que implica tomar conta (novo papel)

	Capacidade dos cuidados dificultadoras do exercício do papel			Força de vontade expressa na aprendizagem para tomar conta Envolvimento no processo de ensino/ aprendizagem
		Capacidade física para vestir/despir		iden
		Capacidade física para assistir no erguer-se		iden
		Capacidade física para transferir		iden
		Capacidade física para assistir no andar		iden
		Capacidade Física para deslocar cliente em cadeira de rodas		iden
		Capacidade física para alimentar		iden
		Capacidade física para dar banho		iden
		Capacidade para adquirir nova informação	Incapaz de reter nova informação Dificuldade em reter nova informação	Em caso de dúvida: Pedir para tomar atenção e reter algumas palavras (ex. pêra, gato, bola) Passado algum tempo voltar a questionar e confirmar se reteve informação. Avaliar o Potencial para melhorar o conhecimento sobre: Capacidade cognitiva Consciencialização das mudanças no estado de saúde/tomar conta (novo papel) Força de vontade expressa na aprendizagem para tomar conta Envolvimento no processo de ensino/ aprendizagem.
		Capacidade na gestão do regime medicamentoso	Capacidade para gerir o regime	Avaliar/observar capacidade para desempenhar atividades para obter, arrumar com segurança, administrar de acordo com a prescrição, ajustar as doses, aplicar os medicamentos prescritos, deitar fora os medicamentos de modo adequado.
	Avaliação da participação da família na Organização do funcionamento da casa	Fazer Compras		Observar/questionar sobre
		Arranjar a Casa		Observar/questionar sobre
		Armazenamento dos Alimentos		Observar/questionar sobre
		Acompanhar membro da família a Serviço de saúde		Observar/questionar sobre

ANEXO III – Fluxograma de referenciação


Contacto telefónico
• realizar pelo (a) Coordenador(a) da UCC
Admissão de utente na ECCI
Coordenadora da Investigação
Investigadores
• aplicação do formulário
UCC - Gestor de Caso do Utente Admitido
• Agendamento de vista domiciliária para aplicação do formulário
• A aplicar preferencialmente 72 horas depois da data de admissão
Contato presencial: Utente/ Familiar Cuidador/ Representante legal
Identificar utente admitido na ECCI
Identificar Familiar Cuidador
Apresentação pessoal
• Nome (1º e último); titulo profissional, estudante de mestrado …
Apresentação do estudo
• Avaliação das necessidades de saúde e sociais das pessoas dependentes no AC a viver no domicilio e dos seus cuidadores no contexto das ECCI,s
Participação:
• Utente;
• Familiar cuidado ou
• ambos
Solicitar participação:
Aceita que lhe coloque umas questões sobre esse assunto?
• Pode responder apenas às questões que quiser e interromper a qualquer momento
Aceita responder
Não aceita responder
Tentar agendar outro momento/contato
Aplicação Formulário
SIM
NÃO
Agradecer
Se quiser interromper
Termina,
REGISTA EPISÓDIO

ANEXO IV – Parecer de autorização da UICISA: E (Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem)

COMISSÃO DE ÉTICA

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem** (UICISA: E)

da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra** (ESEnfC)

Parecer Nº 546/ 01-2019

Título do Projecto: Contributos para a definição de um modelo funcional/organizacional dos cuidados às pessoas dependentes no autocuidado e seus cuidadores, em contexto domiciliário

Identificação das Proponentes

Nome(s): Maria da Conceição Saraiva da Silva Costa Bento

Filiação Institucional: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Investigador Responsável/Orientador: Abel Paiva e Silva

Relator: Ana Margarida Abrantes

Parecer

A necessidade atual de descentrar a assistência na saúde de uma visão "hospitalocêntrica" para uma visão mais focada na assistência na comunidade está na base da definição dos objetivos do estudo proposto pelos autores. Assim, constituem objetivos da investigação identificar as necessidades de cuidados de saúde e sociais e os cuidados de saúde e sociais efetivamente prestados às pessoas dependentes no autocuidado a viver no domicílio e seus cuidadores atualmente assistidas por Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI); identificar as necessidades de cuidados de saúde e sociais das pessoas dependentes no autocuidado, a viver no domicílio e seus cuidadores; identificar os fatores que dificultam a completude assistencial face às necessidades de cuidados de saúde e sociais das pessoas dependentes no autocuidado a viver no domicílio e seus cuidadores; e identificar as soluções face aos fatores que dificultam a completude assistencial face às necessidades de cuidados de saúde e sociais das pessoas dependentes no autocuidado a viver no domicílio e seus cuidadores, atualmente assistidas nas ECCI.

A data prevista de colheita de dados encontra-se agendada para o período entre março e julho de 2019, encontrando-se o término do projeto definido para julho de 2020. Será um estudo exploratório de natureza quantitativa com o propósito de definir um Modelo funcional/organizacional dos cuidados às pessoas dependentes no autocuidado, que permita a sua permanência no domicílio.
A amostra será composta indivíduos, num total de 154, dependentes no autocuidado a viver no domicílio e seus cuidadores, atualmente assistidas nas ECCI do Agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Mondego.
Encontram-se definidos os critérios de inclusão e está assegurada a confidencialidade dos dados obtidos. O estudo não possui qualquer risco, estando identificados os ganhos esperados, assim como os questionários a utilizar.

Sendo assim, somos do parecer que o projeto pode ser aprovado sem restrições de natureza ética, não dispensando a autorização por parte das Instituições onde decorre o estudo.

O relator: Ana Abrantes

Data: 16/01/2019 O Presidente da Comissão de Ética: Maria Filomena Botelho

ANEXO V – Formulário para submissão de pedidos de apreciação à comissão de ética relativos a Estudos de Investigação da UICISA: E

COMISSÃO DE ÉTICA

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem** (UICISA: E)

da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra** (ESEnfC)

Formulário para Submissão de Pedidos de Apreciação à Comissão de Ética Relativos a Estudos de Investigação

Todos os campos abaixo **devem ser preenchidos eletronicamente.** Se porventura o item não se adequar ao estudo em causa, escreva "não se aplica". Pode remeter para anexo nos itens em que tal seja pertinente.

Título do Projeto: "Contributos para a definição de um modelo funcional/organizacional dos cuidados às pessoas dependentes no autocuidado e seus cuidadores, em contexto domiciliário"

Identificação do(s) Proponente(s)

Nome(s): Maria da Conceição Saraiva da Silva Costa Bento

Filiação Institucional: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Investigador responsável/orientador: Abel Paiva e Silva

Anexar resumo do *Curriculum Vitae* (máximo 1 página A4)

Justificação:

De acordo com os dados disponíveis e a análise de vários autores (Cabral M. V., 2017; INE, 2011; CENSOS de 2011; Rodrigues R. et al, 2014; Lopes, Alexandra; 2017, Rodrigues R., 2017; PORDATA, 2018; Rodrigues T., 2018) estamos a viver em Portugal um triplo envelhecimento da população, que se acentuará no futuro.

Apesar da possibilidade de vivermos mais anos ser algo muitíssimo positivo e corresponder a uma extraordinária conquista da humanidade (Mendes, 2017, p 111), é um facto que o aumento do número de idosos tem levado ao aumento do número de pessoas que necessitam de cuidados e ajuda para levarem a cabo uma vida independente (Rodrigues, 2017) o que obrigará a desenvolver, na área da saúde tal como na proteção social, respostas adaptadas a diferentes níveis de vulnerabilidade, uma vez que o prolongamento da vida é forçosamente acompanhado do aumento da dependência física/e ou psicológica, da gradual perda da mobilidade e de

autonomia no autocuidado e do aumento da incidência de doenças crónicas e de evolução prolongada, também elas potencialmente geradoras de dependência *relativamente às atividade habitualmente executada pela própria Pessoa, como tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional, e lidar com as necessidades individuais básicas e intimas a as actividades de vida diária"*, isto é, para a realização do autocuidado (CIPE® 1.0, 2005, p 46).

Tendo em conta a evolução demográfica descrita e os fatores a ela associados é expectável que aumente o número de pessoas dependentes, a necessitarem de cuidados específicos de saúde, bem como a complexidade dos cuidados necessários para suprir essas necessidades, sendo natural que estas alterações se façam acompanhar também de novas atitudes e expectativas dos consumidores (Economic Policy Committee and the European Commission, 2006; Eurostat, 2008; Petronilho, 2014; Rodrigues, Ricardo, 2017; Rodrigues, Teresa, 2018;). De realçar que, em muitos casos, se a evolução da dependência não for, ou não puder ser, oportunamente revertida, torna-se progressiva, levando frequentemente a situações em que a pessoa deixa de poder levantar-se da cama e/ou transferir-se entre a cama e uma cadeira, ou mesmo posicionar-se na cama. Ficando dependente na realização de todas as demais atividades de vida (OPSS; 2015 p.84). Apesar de não existirem estatísticas oficiais sobre o número de pessoas dependentes no autocuidado a viver no domicílio, foi possível estimar, a partir de dados de investigação realizada entre 2011-2015, que, nos 3869188 agregados familiares existentes em Portugal, segundo o Censos de 2011, existiam cerca de 110355 pessoas dependentes no autocuidado a viver no domicílio, sendo que dessas, 48454 seriam pessoas dependentes *acamadas* (*situação em que a pessoa não consegue, por si só, levantar-se da cama e/ou transferir-se entre a cama e uma cadeira, ou mesmo posicionar-se na cama estando dependente para a satisfação de todas as demais atividades de vida diária*) (OPSS, 2015, p 84). Quanto à situação de saúde dessas pessoas e, com base nos mesmos estudos de investigação, estimou-se que cerca de 68% apresentariam sinais de rigidez articular, 26% sinais aparentes de desidratação, 22% sinais de alteração do estado mental, 21% tinham tido pelo menos um episódio de queda no mês anterior à entrevista, 21% apresentavam condição de higiene e asseio deficientes, 19% compromisso da integridade da pele, 14% condição deficiente do vestuário (mormente vestuário inapropriado face às condições climatéricas), e 10% compromisso respiratório. Estimou-se ainda que, a incapacidade da pessoa/família fazer face a problemas, decorrentes da situação de saúde vivida resultou em 53160 episódios de internamento e cerca de 129508 episódios de recurso aos serviços de urgência, por ano, eventualmente evitáveis com oferta sistematizada de cuidados no domicílio.

A *casa é o espaço* simbólico natural de vida das pessoas, é onde as pessoas crescem, se desenvolvem, vivem e se confrontam com as diferentes transições ao longo do ciclo de vida. Nela criam, vivem e convivem com a família. Por isso, família e casa estão íntima e simbolicamente associadas. É na família, considerada a unidade principal da sociedade, onde se desenvolvem relações de proximidade e de compromisso, "o espaço natural onde se faz a transmissão de valores éticos, culturais, sociais e cívicos" (Martins, 2002, p.11) proporcionando suporte afetivo, cognitivo e material, essenciais para o bem-estar dos seus elementos (Sousa, Mendes, & Relvas, 2007). É por isso, natural que as pessoas queiram continuar a viver na sua casa, com a sua família, mesmo quando vivenciam situações de dependência no autocuidado.

As alterações demográficas e sociais que temos vindo a apresentar que geram o aumento do número de pessoas dependentes e menor disponibilidade dos cuidadores familiares para assumirem a responsabilidade global pelos cuidados exige que se equacionem novas modalidades de resposta e ou se adeqúem as respostas existentes aos novos cenários (OCDE, 2011; OPSS, 2015; Lopes, Alexandra, 2017). Quaisquer que sejam as respostas que viermos a adotar no futuro em Portugal, têm que ser adequadas às necessidades de saúde e sociais, mas simultaneamente sustentáveis. Ora, se tivermos em conta o conhecimento disponível sobre os custos da atual resposta formal existente no nosso país: os Cuidados Continuados Integrados prestados no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Integrados (RNCCI), chegaremos à conclusão que manter as Pessoas Dependentes em sua casa é, não só mantê-las no seu ambiente natural, nas comunidades em que vivem, como é a modalidade de cuidados com menor custo.

Há anos que se aponta para a necessidade de descentrar a assistência na saúde de uma visão "hospitalocêntrica" para uma visão mais focada na assistência na comunidade. O envelhecimento populacional, e o consequente aumento de pessoas com doença crónica e com dependência no autocuidado, tornarão insuportável o aumento das despesas com a saúde se nos mantivermos focados nos cuidados suportados pela alta tecnologia hospitalar sem que daí resulte qualquer beneficio para os cidadãos. No entanto, uma assistência às pessoas dependentes no autocuidado, que permita a sua permanência no domicilio, carece de modelos funcionais e organizacionais que garantam o fornecimento de um conjunto mínimo de cuidados tecnicamente exigíveis – 24 horas por dia e 365 dias por ano. Para gerar um tal modelo é necessário conhecer os cuidados tecnicamente exigíveis que, no atual sistema, não são fornecidos para daí evoluir para a exploração dos fatores que dificultam essa transição

organizacional e, finalmente, para a formulação de hipóteses de solução. É este percurso heurístico que nos propomos fazer.

Objetivos do Estudo:

São objetivos da investigação:

- Identificar as necessidades de cuidados de saúde e sociais das pessoas dependentes no autocuidado a viver no domicílio e seus cuidadores atualmente assistidas nas ECCI;
- Identificar os cuidados de saúde e sociais efetivamente prestados às pessoas dependentes no autocuidado a viver no domicílio e seus cuidadores atualmente assistidas nas ECCI;
- Identificar as necessidades de cuidados de saúde e sociais das pessoas dependentes no autocuidado, a viver no domicílio e seus cuidadores não satisfeitas, atualmente assistidas nas ECCI;
- Identificar os fatores que dificultam a completude assistencial face às necessidades de cuidados de saúde e sociais das pessoas dependentes no autocuidado a viver no domicílio e seus cuidadores, atualmente assistidas nas ECCI;
- Identificar soluções face aos fatores que dificultam a completude assistencial face às necessidades de cuidados de saúde e sociais das pessoas dependentes no autocuidado a viver no domicílio e seus cuidadores, atualmente assistidas nas ECCI.

Data prevista de início dos trabalhos: Fevereiro de 2019 **Data prevista de fim dos trabalhos**: Julho de 2020

Data prevista de início da colheita de dados: Março 2019

Data prevista de fim da colheita de dados: Julho de 2019

Metodologia

Tipo de Estudo:

Numa primeira fase, propomo-nos desenvolver um estudo exploratório de natureza quantitativa que permita: identificar as necessidades de cuidados de saúde e sociais das pessoas dependentes no autocuidado a viver no domicílio e seus cuidadores atualmente assistidas nas ECCI; identificar os cuidados de saúde e sociais efetivamente prestados às pessoas dependentes no autocuidado a viver no domicílio e seus cuidadores atualmente assistidas nas ECCI; e identificar as necessidades de cuidados de saúde e sociais das pessoas dependentes no

autocuidado a viver no domicílio e seus cuidadores não satisfeitas, atualmente assistidas nas ECCI.

Numa segunda fase, em posse dos resultados da primeira fase do estudo, evoluiremos para a identificação dos fatores que dificultam a completude assistencial face às necessidades de cuidados de saúde e sociais das pessoas dependentes no autocuidado a viver no domicílio e seus cuidadores, atualmente assistidas nas ECCI; e para a identificação de soluções face aos fatores que dificultam a completude assistencial face às necessidades de cuidados de saúde e sociais das pessoas dependentes no autocuidado a viver no domicílio e seus cuidadores, atualmente assistidas nas ECCI.

Os resultados dos dois estudos permitirão, em tese, definir um "Modelo funcional/organizacional dos cuidados às pessoas dependentes no autocuidado, que permita a sua permanência no domicílio".

População e Amostra/Informantes:

A população alvo deste estudo refere o conjunto pessoas dependentes no autocuidado a viver no domicílio e seus cuidadores, atualmente assistidas nas ECCI do Agrupamento de Centros de Saúde Baixo Mondego.

Os dados serão recolhidos de uma amostra temporal composta pelas pessoas dependentes no autocuidado a viver no domicílio e seus cuidadores, atualmente assistidas nas ECCI do Agrupamento de Centros de Saúde Baixo Mondego, durante o período de tempo necessário até completar 154 casos; isto é, um número de casos igual à totalidade das vagas existentes para cuidados continuados integrados nas ECCI do ACES Baixo Mondego.

Critérios de Inclusão/Exclusão:

Critério de inclusão:

Ter a condição de *pessoa dependentes no autocuidado a viver no domicílio*, ter sido referenciada para cuidados continuados no domicílio para uma ECCI do Agrupamento de Centros de Saúde Baixo Mondego, durante o período em que decorre o estudo.

Locais onde Decorre a Investigação:

No domicílio onde a *pessoa dependentes no autocuidado*, referenciada para uma ECCI do Agrupamento de Centros de Saúde Baixo Mondego, vive e onde são habitualmente prestados

cuidados.

Instrumento(s) de Colheita de Dados (juntar exemplo, no formato, que vai ser utilizado):

O instrumento de Colheita de dados não está ainda finalizado.

Na primeira fase do estudo será usado um formulário construído para o efeito. O plano de trabalho para a construção do formulário para o nosso estudo inclui duas fases: a elaboração do formulário propriamente dita e o pré-teste. O formulário será construído com base nos diagnósticos e intervenções de enfermagem resultantes da análise de conteúdo às parametrizações nacionais do SClinico realizada na Escola Superior de Enfermagem do Porto (Paiva et al, 2014)) e que esteve na base da definição de uma parametrização nacional atualmente em uso no âmbito das ECCI. Serão identificados os diagnósticos de enfermagem, as intervenções prescritas em face das necessidades, as intervenções implementadas, bem como a pessoa (profissional de saúde, cuidador, outros) que as implementa. Estes dados permitirão identificar as necessidades de cuidados de saúde e sociais das pessoas dependentes no autocuidado a viver no domicílio e seus cuidadores, não satisfeitas, atualmente assistidas nas ECCI. O formulário será sujeito a pré-teste.

A recolha de dados será realizada pelos Enfermeiros das ECCI responsáveis pelos cuidados às pessoas dependentes no autocuidado e cuidadores, e que serão acompanhados por um enfermeiro (estudante de mestrado – colaboradores para esta fase da investigação –), a quem se fará formação para o efeito.

Na segunda fase do trabalho será constituído um grupo de peritos que integrará: enfermeiros e outros técnicos de saúde ligados as ECCI, responsáveis locais pela RCCI e outros peritos que, a partir da análise dos dados obtidos na primeira fase do estudo, se considerem relevantes para a compreensão do fenómeno.

Garantia de Confidencialidade:

Ao longo do estudo nunca serão registados nomes ou números de processo de pessoas (sujeitos do estudo) que permitam a sua identificação. A cada formulário será atribuído um número de ordem que será usado exclusivamente durante o processo de tratamento dos dados.

Como é garantida a voluntariedade e autonomias dos participantes (juntar exemplos do documento para informação e obtenção do consentimento):

Ao longo do estudo e relativamente aos sujeitos que nele serão informantes, propomo-nos garantir o respeito pelo direito à autonomia e autodeterminação, o direito à intimidade, ao anonimato e à confidencialidade, o direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo, ao tratamento justo e equitativo (Beauchamp & Childress, 1994; Fortin, 1999). Ponderaremos a relação risco/beneficio fazendo em qualquer caso prevalecer o interesse, **vontade e bem-estar dos sujeitos do estudo** sobre o interesse cientifico e/ ou do investigador, **solicitaremos a participação livre, voluntária e esclarecida dos informantes** para o estudo e **obteremos formalmente de cada um consentimento**, para o que elaboraremos um documento de Consentimento Informado destinados às Pessoas Dependentes e familiares cuidadores, explicando a natureza do estudo, a sua finalidade e os objetivos pretendidos, bem como, a natureza da sua participação.

Há previsão de danos para os sujeitos da investigação?

Explicitar em caso afirmativo:

Não.

Há previsão de benefícios para os sujeitos da investigação?

Explicitar em caso afirmativo:

Os ganhos esperados serão indiretos e coletivos, na medida em que a finalidade deste estudo é contribuir para a definição de um "Modelo funcional/organizacional dos cuidados às pessoas dependentes no autocuidado, que permita a sua permanência no domicílio", otimizando a assistência atual.

Custos de participação para os sujeitos da investigação e possível compensação:

Não existirão custos da participação no estudo.

ANEXAR

1 - Autorização/concordância dos serviços onde decorre a investigação (caso já exista)
Foram feitos contatos informais com a Presidente da ARS e Enfermeira do Conselho Diretivo do ACES Baixo Mondego, que se manifestaram disponíveis para colaborar no estudo. A autorização será formalizada após parecer favorável da Comissão de Ética a que estamos a submeter este protocolo para apreciação.

2 - Folha de Consentimento Informado (anexar) que deve conter, para além de outros julgados pertinentes, os seguintes elementos:

- identificação do investigador;
- identificação do estudo;
- objetivos do estudo;
- informações relevantes;
- caráter voluntário da participação;
- confidencialidade das respostas
- declaração, por parte do participante, em como recebeu a informação necessária, ficou esclarecido e aceita participar voluntariamente no estudo.

3 – Instrumento(s) de Colheita de Dados

4 – Projeto de Investigação (máximo 20 páginas)

5 – Curriculum Vitae do(s) Proponente(s) (máximo 1 página por cada)

Termo de Responsabilidade

Eu, abaixo assinado, na qualidade de investigador responsável, declaro por minha honra que as informações prestadas são verdadeiras e que em todo o processo de investigação serão respeitados os direitos humanos e as recomendações constantes nos documentos nacionais e internacionais relativos à investigação.

Data: Coimbra, 17 de janeiro de 2019

O(s) Proponente(s):

ANEXO VI - Parecer de autorização á comissão de ética para a saúde da ARS do Centro

|24|23

GOVERNO DE PORTUGAL
MINISTÉRIO DA SAÚDE

ARSC ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO CENTRO, I.P.

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

PARECER FINAL:	DESPACHO:
FAVORÁVEL	Homologado segundo parecer. 23.05.19

Conselho Directivo da A.R.S. do Centro, I.P.

Dr.ª Rosa Reis Marques
Presidente,

Dr. João Rodrigues
Vice-Presidente,

Dr. Luís Militão Cabral
Vogal,

Dr. Mário Ruivo
Vogal,

ASSUNTO: Título: "Contributos para a definição de um modelo funcional/organizacional dos cuidados às pessoas dependentes no auto-cuidado e seus cuidadores, em contexto domiciliário" - **23/2019**
Autora: Maria da Conceição S. S. C. Bento (Escola Sup de Enfermagem de Coimbra).
Co-autor (orientador da tese de doutoramento no programa de doutoramento de UICISA): Abel Paiva e Silva (Escola Superior Enfermagem do S. João)

Este trabalho pretende contribuir para a definição de um modelo funcional/organizacional dos cuidados às pessoas dependentes no auto-cuidado e seus cuidadores, em contexto domiciliário, na região do Baixo Mondego. Assim, a população a incluir, cerca de 150 pessoas, pertence aos Centros de Saúde do Baixo Mondego, incluída através das unidades de cuidados continuados integrados.
Aplicarão questionários/formulários desenvolvidos para este objetivo, e apresentados juntamente com o projeto, que está claro e completo.
Não está claro que os dados serão anonimizados, mas o trabalho desenvolve-se dentro dos cuidados das unidades referidas.
Não existem encargos financeiros para as instituições de saúde.
Há um consentimento informado adequado.
Foi pedida autorização à UICISA (Escola Superior de Enfermagem de Coimbra).
Não existem constrangimentos éticos.

Relator e Presidente da CES da ARS do Centro,

Prof. Doutor Carlos A. Fontes Ribeiro

ANEXO VII - Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA PARTICIPAÇÃO EM ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO

Termo de Consentimento Informado de participação no estudo Contributos para a definição de um modelo funcional/organizacional dos cuidados às pessoas dependentes no autocuidado e seus cuidadores, em contexto domiciliário.

O Presente estudo, enquadra-se no âmbito do Programa de Doutoramento em Enfermagem, pela Universidade Católica Portuguesa que a investigadora, Maria da Conceição Saraiva da Silva Costa Bento, com email cbento@esenfc.pt, enfermeira e professora na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, está a realizar.

O estudo foi submetido a parecer da Comissão de Ética da UICISA: E e obteve parecer favorável.

O estudo tem como finalidade contribuir para a definição de um "Modelo funcional/organizacional dos cuidados às pessoas dependentes no autocuidado, que permita a sua permanência no domicilio".

Para a concretização da finalidade a que nos propomos necessitamos de conhecer as necessidades de cuidados de saúde e sociais das pessoas dependentes no autocuidado a viver no domicílio e seus cuidadores; bem como os cuidados que lhes são prestados e a existência de necessidades eventualmente não satisfeitas. Neste estudo optámos por colher a informação relativa a pessoas dependentes no autocuidado a viver no domicílio e seus cuidadores, referenciadas para Equipas de Cuidados Continuados Integrados.

Os dados de que necessitamos de obter para este estudo são os diagnósticos de enfermagem resultantes da avaliação do/a Enfermeiro/a sobre a sua situação, as intervenções prescritas em face das necessidades observadas, as intervenções implementadas, bem como a pessoa (profissional de saúde, cuidador, outros) que as implementam.

Os dados serão colhidos pela(o) sua/seu Enfermeiro, que será acompanhado por outro/a Enfermeira/o colaborador nesta investigação, que o convidará a participar neste estudo, lhe dará todas as informações que considerar necessárias e lhe pedirá a necessária autorização.

Se aceitar participar no estudo garantimos o anonimato (não será identificado em qualquer registo ou documento) a confidencialidade dos dados que nos confiar e que os mesmos apenas serão usados para os fins do estudo.

A sua Participação é muito importante. Pelo que muito gostaríamos de poder contar com a sua colaboração.

Muito Obrigada,

Termo de Consentimento Informado

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

- Reconheço que todos os procedimentos da investigação me foram explicados dando respostas a todas as minhas dúvidas;

- Fui informado (a) de que a minha participação neste estudo é voluntária podendo-me retirar a qualquer momento, sem que isso traga qualquer tipo de prejuízo;

- Asseguraram-me que não serei identificado(a) e que será mantido o caracter confidencial de todas as informações;

- Concordo inteiramente com as condições que me foram apresentadas, consinto participar neste estudo e autorizo a análise dos dados fornecidos.

confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome: _____

Assinatura: _____

Data: …… /…… /……..

Termo de consentimento a ser assinado pela pessoa dependente no autocuidado se para isso for competente ou pelo seu tutor legal.