



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Processo de Planeamento da Alta do Cliente Dependente de uma UMDR para o Domicílio

Ana Maria de Morais Gomes

Maio de 2018

Escola Superior de Saúde



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Ana Maria de Morais Gomes

Processo de Planeamento da Alta do Cliente Dependente de uma UMDR para o Domicílio

IV Mestrado
em Enfermagem de Reabilitação

Trabalho efetuado sob a orientação da
Professora Doutora Salete Soares

Maio de 2018

RESUMO

As Unidades de Média Duração e Reabilitação (UMDR) inseridas na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) são unidades de internamento que prestam cuidados clínicos, de reabilitação e de apoio psicossocial, por situação clínica decorrente de recuperação de um processo agudo ou descompensação de processo patológico crónico, a clientes com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável. Tem por finalidade a estabilização clínica, a avaliação e a reabilitação integral do cliente, num período de internamento superior a 30 e inferior a 90 dias consecutivos (Decreto-Lei n.º 101/06).

O objetivo geral deste estudo é conhecer o processo de planeamento de alta para o domicílio do cliente dependente internado numa UMDR.

Trata-se de um estudo qualitativo de natureza exploratório descritiva que recorreu à entrevista semiestruturada como fonte de colheita de dados junto de dez enfermeiros de uma UMDR da região Norte. Os discursos obtidos foram submetidos à análise de conteúdo segundo Bardin (2011).

Os resultados obtidos mostram não existir um processo de planeamento de alta estruturado na unidade.

No que concerne à tomada de decisão do destino pós alta do cliente dependente para o domicílio, não existe um momento temporal definido para a tomada de decisão, sendo a Assistente Social (AS) o profissional de saúde com maior interveniência nesse evento. São vários fatores que interferem na definição desse destino, como a dependência do cliente, o apoio familiar, as condições do domicílio, o apoio económico, a vontade do cliente/família e o estado de consciência do cliente.

Também, não está definido o momento temporal em que é iniciada a capacitação do prestador de cuidados (PC). A intervenção do enfermeiro junto do PC baseia-se na identificação das necessidades do cuidador, identificação das áreas prioritárias de Educação Para a Saúde (EPS) do cuidador, no planeamento da EPS e na capacitação para os autocuidados.

As estratégias utilizadas pelo enfermeiro para capacitar o PC são, o seu envolvimento, o Ensino/Instrução e Treino e consideram que a educação do cuidador é importante para a continuidade de cuidados e prevenção de complicações. Maioritariamente os participantes referem que o PC adquire conhecimentos e capacidades.

As sugestões apresentadas incidem principalmente na continuidade de cuidados no domicílio pela equipa da UMDR, a Visita Domiciliária (VD) no período de PA e ainda a existência de um enfermeiro de referência na capacitação do PC.

Palavras-chave: Alta; Planeamento; Dependência; Prestador de Cuidados; Enfermeiro Especialista em Reabilitação; Unidade de Média Duração e Reabilitação

ABSTRACT

The Medium Duration and Rehabilitation Unit (UMDR) is inserted in the National Network for Integrated Continuous Care, this unit provide clinical, rehab, psychological and social support to the people recovering from an acute disease, a decompensation of a chronic disease or people with potential transient loss of autonomy. The main focus of this unit is the clinical stabilization, evaluation and integral rehabilitation of the patient in a period of hospitalization of 30 days and no more than 90 days (law decree n. ° 101/06).

The conclusion of this study was to understand the process of planning a discharge of a dependent patient from the the Care Institution to patient's home.

This qualitative study of exploratory nature of research used a semi-structured interview form to collect data from ten nurses of UMDR in the North Region. The results were submitted to content analysis according to Bardin (2011).

The obtained results show no available procedure for properly discharging in this unit.

Regarding the decision to decide the discharge destination of the dependent client to the home, there is no specified time for decision making, making the social worker is the health professional with the principal intervention in this cases. There are several factors that interfere in the definition of this destination, such as client dependence, family support, home conditions, financial support, client / family willingness and the client's awareness.

It is also not defined the right moment in which the caregiver training is initiated. The nurse intervention for the caregiver is based on the identification of his needs, the identification of priority areas of health education for the caregiver, in the planning of education health and in the training for self-care.

The strategies used by the nurse to train the patient caregiver are, their involvement, the teaching/training, and mainly consider that caregiver education is important for continuity of care and prevention of complications. In general, the participants refer that the caregiver learn skills and knowledge.

The suggestions presented mainly focus on the continuity of care at home by the UMDR team, house visiting in the period of planning a discharge and still the existence of a qualified nurse to train the patient caregiver.

Key Words: Discharge; Planning; Dependence; Caregiver; Rehabilitation Specialist Nurse; Medium Duration and Rehabilitation Unit.

AGRADECIMENTOS

Após este longo percurso, queria deixar o meu agradecimento a todos aqueles que contribuíram direta ou indiretamente para o termo deste trabalho, em particular:

À minha orientadora, Professora Doutora Salete Soares, pela dedicação que teve. Por ser a Profissional e Pessoa que representa para mim. Bem-haja!

À minha família, por todo o amor e força que sempre me transmitiram, acreditando sempre mesmo nos momentos mais difíceis, que eu seria capaz.

Aos meus Amigos, vocês sabem quem são e o que representam para mim.

A todos os participantes neste estudo, obrigado pela vossa disponibilidade e colaboração, sem vocês ele não seria possível.

E a todos que deram o seu pequeno contributo, nem que fosse um sorriso.

A todos um SENTIDO OBRIGADA!

DEDICATÓRIA

Dedico esta incessante busca pelo saber,
aos meus colegas enfermeiros com quem trabalho dia a dia...
é com eles que buscarei
sempre mais e melhor em prol do cliente...

PENSAMENTO

*“O que motiva a profissão é o desejo e o esforço perpétuo de fazer as coisas,
o melhor possível; a motivação é a mesma no enfermeiro
e no astrónomo em busca de uma nova estrela ou no artista que pinta um retrato”*

(Florence Nightingale)

SUMÁRIO

RESUMO	ii
ABSTRACT	iii
AGRADECIMENTOS	iv
DEDICATÓRIA	v
PENSAMENTO	vi
ÍNDICE DE QUADROS	ix
SIGLAS E ABREVIATURAS	x
INTRODUÇÃO	11
CAPÍTULO 1-A REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS	13
1.1-Unidades de Média Duração e Reabilitação	18
CAPÍTULO 2- O CLIENTE DEPENDENTE NO AUTOCUIDADO.....	19
2.1- O Autocuidado e as Teorias do Autocuidado.....	21
2.2- A Autonomia e a Dependência	26
CAPÍTULO 3- O PLANEAMENTO DA ALTA PARA O DOMICILIO.....	29
CAPÍTULO 4- O ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO E O PLANEAMENTO DA ALTA	43
CAPÍTULO 5- ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	48
5.1- A Problemática em Estudo	49
5.2- Objetivos	51
5.3- Tipo de Estudo	51
5.4- População e Amostra	52
5.5- Instrumentos e Procedimentos de Recolha de dados	53
5.6- Procedimentos de análise e Tratamento de dados	55
5.7- Considerações Éticas	58
CAPÍTULO 6- APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS	59
6.1- Caraterização Dos Participantes	60
6.2- Na Voz dos participantes	60
6.3- Registo documental de Dados	98

CONCLUSÕES -----	101
BIBLIOGRAFIA-----	106
ANEXOS -----	116
Anexo A – Autorização para realização do estudo -----	117
APÊNDICES -----	119
Apêndice A – Guião da entrevista -----	120
Apêndice B - Consentimento Informado -----	122
Apêndice C – Registo Documental de Dados -----	124
Apêndice D – Matriz final de dados -----	126
Apêndice E – Quadro síntese registo documental de dados -----	151

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1- Regras aplicadas na elaboração de categorias -----	56
Quadro 2- Caracterização dos enfermeiros -----	60
Quadro 3- Áreas temáticas, categorias e subcategorias emergentes da análise de conteúdo das entrevistas aos enfermeiros -----	61
Quadro 4- Tomada decisão do destino pós alta -----	63
Quadro 5- Capacitação do prestador de cuidados -----	70
Quadro 6- Intervenção do Enfermeiro junto do PC no planeamento da alta-----	72
Quadro 7- Estratégias utilizadas pelo enfermeiro para capacitar o PC -----	81
Quadro 8- Fatores influenciadores do PA -----	85
Quadro 9- Importância que o enfermeiro atribui à educação do cuidador -----	89
Quadro 10- Impacto da intervenção do Enfermeiro -----	91
Quadro 11- Sugestões dos enfermeiros para melhorar o processo de PA -----	95

SIGLAS

ADI- Apoio Domiciliário Integrado
APER- Associação Portuguesa de Enfermeiros de Reabilitação
AS- Assistente Social
AVD's- Atividades de Vida Diárias
CAD- Centro de Apoio a Dependentes
CIPE- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CP- Cuidados paliativos
DGS- Direção Geral de Saúde
DR- Diário da Republica
ECCI- Equipa de Cuidados Continuados Integrados
ECL- Equipa Coordenadora Local
ECR- Equipa Coordenadora Regional
EER- Enfermeiro Especialista em Reabilitação
EGA- Equipa de Gestão de Altas
EPS- Educação Para a Saúde
INE- Instituto Nacional de Estatística
MIF- Medida de Independência Funcional
MS- Ministério da Saúde
MTSS- Ministério do Trabalho e Solidariedade Social
OE- Ordem Enfermeiros
PA- Planeamento de Alta
PAII- Plano de Apoio Integrado a Idosos
PC- Prestador de Cuidados
RNCCI- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
SAD- Serviço de Apoio Domiciliário
STA- Serviço de Tele-Alarme
UAI- Unidade de Apoio Integrado
UC- Unidade Convalescença
UCCI- Unidade de Cuidados Continuados Integrados
ULDR- Unidade de Longa Duração e Manutenção
UMDR- Unidade de média Duração e Reabilitação
VD- Visita Domiciliária

ABREVIATURAS

Nº - número

p. - página

INTRODUÇÃO

Atualmente, verifica-se um aumento do envelhecimento das comunidades como consequência do declínio da taxa da natalidade e do aumento da esperança média de vida, Portugal não é exceção, o índice de envelhecimento poderá mais do que duplicar entre 2015 e 2080, passando de 147 para 317 idosos por cada 100 jovens (INE, 2017).

Estes dados traduzem um aumento bastante significativo do envelhecimento da população em Portugal e com este ritmo de crescimento aumentam as necessidades de cuidados a estes clientes e um aumento de número de cliente dependentes nos agregados familiares.

Como tal, é essencial que as sociedades reorganizem as suas estruturas, de forma a ter capacidades para prestar cuidados aos clientes dependentes, o que nem sempre é concretizado com sucesso, devido às transformações que ocorreram nas sociedades atuais, as quais provocam inúmeras consequências nos quotidianos das famílias e dos grupos mais vulneráveis, tais como os clientes dependentes. As famílias eram reconhecidas como o principal suporte em situações de dependência dos seus membros, e embora hoje em dia, a família ainda tenha um papel importante no cuidar do cliente dependente, as transformações que sofreram ao longo dos tempos, levaram à necessidade de respostas complementares ao seu papel de cuidador. As instituições que apoiam a população idosa, nomeadamente os centros de dia, serviços de apoio domiciliário, lar de idosos e unidades de cuidados continuados, têm assumido um papel fundamental na prestação de cuidados aos clientes dependentes, no sentido de complementar ou assegurar na totalidade estes cuidados, colmatando também as necessidades dos clientes e consequentemente das suas famílias.

As UMDR surgiram face ao crescente número de clientes com necessidade de cuidados após alta hospitalar. Esta resposta insere-se numa medida política denominada de Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), que surgiu em Portugal em 2006. Cada Unidade deve dispor de uma equipa técnica multidisciplinar nas áreas da saúde e de ação social e a nível organizacional deve ser um serviço autónomo e integrado, em espaço próprio, que garanta as condições necessárias ao desenvolvimento desta tipologia de resposta.

A preparação da alta compete à equipa da Unidade, assim como cumprir um processo sistemático que tem como fim garantir a continuidade de cuidados e apoio, após a alta se necessários, noutros níveis da RNCCI. Assim, este tema assume uma importância social que se destaca atualmente, pois cada vez mais estas respostas e este tipo de

intervenção são necessárias, dado o aumento da dependência decorrente do envelhecimento da população. Destaca-se também a sua pertinência em termos científicos, atendendo ao facto de ser um aspeto ainda pouco estudado e que se reveste de particular importância pela necessidade de assegurar qualidade de vida ao cliente dependente e às suas famílias, aquando do seu regresso a casa.

Estando a exercer atividade profissional numa UCCI, optou-se por analisar questões que fazem parte do nosso quotidiano profissional, nomeadamente o processo de planeamento de alta para o domicílio do cliente dependente internado numa UMDR. Os objetivos do estudo são conhecer as etapas do processo de PA numa UMDR, na perspetiva do enfermeiro, conhecer a intervenção do enfermeiro no PA e identificar as estratégias utilizadas no PA pelo enfermeiro para capacitação do cuidador.

A opção metodológica centrou-se numa abordagem qualitativa, com carácter exploratório-descritiva, tendo como questão de partida “Qual o processo de planeamento de alta numa Unidade de Média Duração e Reabilitação do cliente dependente?”

A amostra deste estudo é constituída por dez enfermeiros, o instrumento de colheita de dados utilizado foi a entrevista semiestruturada. Após a recolha de dados, surgiu a necessidade de tratar e analisar os dados obtidos recorrendo-se a análise de conteúdo.

O estudo que agora se apresenta encontra-se dividido em seis capítulos, no primeiro capítulo, uma vez que a proposta de investigação se enquadra no âmbito da RNCCI, faz-se uma abordagem da sua definição e contexto e apresentam-se as características das UMDR. No segundo capítulo faz-se uma abordagem ao cliente dependente e ao autocuidado, nomeadamente às teorias do autocuidado, aos conceitos de autonomia e dependência. No capítulo três é abordado o planeamento da alta para o domicílio, e logo de seguida no capítulo quatro faz-se referência ao EER e o planeamento da alta. No capítulo cinco, apresenta-se o enquadramento metodológico, contemplando a problemática em estudo, os objetivos, o tipo de estudo, a população e amostra, os instrumentos e procedimentos de recolha de dados, os procedimentos de análise e tratamento de dados e por fim as considerações éticas. Por fim, no capítulo seis encontra-se a apresentação e discussão dos resultados, onde consta a caracterização dos participantes, a análise e discussão dos dados e por último a análise do registo documental de dados.

CAPÍTULO I
A REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

Até finais do século XX, em Portugal as respostas sociais que prevaleciam eram sobretudo centros de dia e convívio, apoio domiciliários e lares. Quando os casos necessitavam de cuidados continuados, poderiam beneficiar de clínicas de retaguarda contratualizadas com os hospitais. Com a entrada de Portugal na União Europeia, favoreceu-se a mudança social e a política na área das respostas para clientes no âmbito da saúde, através da introdução de uma nova conceção política, designada por “políticas ativas”, onde se integram as “políticas sociais”, surgindo estas no sentido de “responsabilizar todos os agentes” da sociedade, dividindo a responsabilidade entre o Estado, a sociedade civil e o mercado, capacitando simultaneamente os indivíduos e as instituições (Carvalho, 2012. p. 83).

Perante este contexto de mudança de paradigma, desenvolveram-se algumas medidas com o objetivo de melhorar a qualidade das respostas sociais presentes e de criar respostas que enquadrassem a vertente saúde e apoio social. A primeira medida que surgiu em Portugal foi a criação do Plano de Apoio Integrado a Idosos (PAII) (Despacho Conjunto n.º 166/94. DR II Série. 138), que qualificou os atuais e criou novos serviços de apoio domiciliário. No âmbito destas medidas foram também criados os centros de apoio a dependentes (CAD), alargamento dos serviços de apoio domiciliário (SAD), formação de recursos humanos (FORHUM), serviço Tele-Alarme (STA), saúde e termalismo e passes para a terceira idade, com a finalidade de aumentar o número de respostas e melhorar a qualidade dos serviços existentes (Carvalho, 2012).

Paralelamente à criação do PAII, surge também a necessidade de desenvolver uma rede de cuidados continuados de saúde, da responsabilidade do Ministério da Saúde e do Ministério da Solidariedade Social e do Trabalho, tendo sido regulamentada em 1998 e dirigindo-se às situações de dependência, na área dos cuidados de longa duração de saúde e apoio social. O Programa de Apoio Integrado a Idosos criou duas respostas inovadoras, o Apoio Domiciliário Integrado (ADI), apoio domiciliário a clientes dependentes que necessitem de apoio social, satisfação de necessidades básicas e cuidados de saúde e a Unidade de Apoio Integrado (UAI), que presta cuidados temporários, globais e integrados a clientes, por motivos de dependência, não podem, de acordo com avaliação da equipa de cuidados integrados manter-se no domicílio, mas que não necessitam de cuidados clínicos em internamento hospitalar. Os destinatários deste tipo de apoio podem ter origem domiciliário ou institucional (lar, centro de saúde, hospital).

O DECRETO-LEI n.º 281/03, deu origem à primeira lei da RNCCI, constituída por “entidades públicas, sociais e privadas, habilitadas para prestação de cuidados de saúde

e destinadas a promover, restaurar e manter a qualidade de vida, o bem-estar e o conforto dos cidadãos” (Carvalho, 2012, p. 86).

Esta rede estava estruturada com Unidades de Internamento, Unidade de Recuperação Global e Unidades Móveis Domiciliárias e era maioritariamente desenvolvida pelos Centros de Saúde. A necessidade de melhorar os serviços de saúde prestados a clientes dependentes, bem como, o aumento progressivo da esperança média de vida, aliado à diminuição da mortalidade e da natalidade em Portugal, que se traduz no sucessivo envelhecimento da população, faz emergir novas necessidades de saúde e sociais, exigindo respostas diversificadas que satisfaçam as reais necessidades de clientes com dependência funcional e doença crónica em final de vida. Estas respostas devem ser ajustadas aos grupos de clientes em situação de dependência, aos diferentes momentos da evolução da doença e do reforço das famílias, ao nível da capacitação de competências em lidar com as situações inerentes à doença, tais como a conciliação do acompanhamento familiar com a vida profissional.

Assim surgem as unidades e equipas, assentes numa Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) que engloba as redes nacionais de saúde (Sistema Nacional de Saúde) e de segurança social (Sistema de Segurança Social), criada pelo Decreto-Lei n.º 101/06, que pretende criar “serviços de proximidade, sob a forma de parcerias entre os centros de saúde e as instituições de apoio social, visando promover a reabilitação imediata do paciente crónico e do idoso nos hospitais e a reinserção na família, melhorar o planeamento dos equipamentos e cuidados continuados e incentivar o desenvolvimento dos cuidados paliativos, reativar os cuidados no domicílio e reforçar o apoio à família, através do internamento temporário” (Carvalho, 2012, p. 88).

Os Cuidados Continuados Integrados definem-se como “o conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, ativo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade do cliente em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social.” (Decreto-Lei n.º 101/06, p. 3857).

A RNCCI pretende desenvolver um modelo de prestação de cuidados centrado no cliente e nas suas necessidades, no tempo, local e prestador adequado. Tem como público-alvo “pessoas em situação de dependência, independentemente da idade, que precisem de cuidados continuados de saúde e de apoio social, de natureza preventiva, reabilitativa ou paliativa, prestados através de unidades de internamento e de ambulatório e de equipas

hospitalares e domiciliárias”. A sua Missão é “prestar os cuidados adequados, de saúde e apoio social, a todas as pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência.” (Manual do Prestador - Recomendações para a Melhoria Contínua, 2011, p. 7/8).

A Missão da RNCCI concretiza-se através dos seguintes objetivos: a melhoria das condições de vida e bem-estar dos clientes em situação de dependência, através da prestação de cuidados continuados de saúde e de apoio social; a manutenção dos clientes com perda de funcionalidade ou risco de perder, no domicílio, sempre que possam ser garantidos os cuidados terapêuticos e o apoio social necessários à provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida; o apoio, o acompanhamento e o internamento tecnicamente adequados à respetiva situação; a melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados continuados de saúde e de apoio social; o apoio aos familiares ou prestadores informais, na respetiva qualificação e na prestação dos cuidados; a articulação e coordenação em rede dos cuidados em diferentes serviços, setores e níveis de diferenciação; a prevenção de lacunas em serviços e equipamentos, pela progressiva cobertura nacional, das necessidades das pessoas em situação de dependência em matérias de cuidados continuados integrados” (Manual do Prestador - Recomendações para a Melhoria Contínua, 2011).

A prestação de cuidados de saúde e apoio social na RNCCI é efetuada por 4 tipos de resposta:

- Unidade de ambulatório (Unidade de dia e promoção da autonomia);
- Equipa Hospitalar (Equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos);
- Equipas domiciliárias (Equipa de cuidados continuados integrados; Equipa comunitária de suporte em cuidados paliativos);
- Unidade de Internamento (Convalescença, Média Duração e Reabilitação, Longa Duração e Manutenção, Cuidados Paliativos).

A nível organizacional e estrutural de gestão a RNCCI assenta num modelo de descentralização e contratualização de serviços. À Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI) compete garantir a sustentabilidade da RNCCI, bem como zelar pelo acesso e benefício dos cuidados continuados, para responder às necessidades específicas de cada cliente e promover a sua autonomia e qualidade de vida. Esta gestão é operacionalizada a nível regional e local, através das Equipas de Coordenação Regional (ECR) e Equipas de Coordenação Local (ECL), respetivamente. Ambas as equipas têm as suas responsabilidades, sendo as ECL que assumem o dever de assegurar e preparar as altas da RNCCI.

O modelo de financiamento das unidades e equipas inclui participações do Ministério do Trabalho e Solidariedade Social (MTSS), do Ministério da Saúde (MS) e dos clientes. Nas UMDR e Unidades de Longa Duração e Manutenção (ULDM) como integram a componente de apoio social, os encargos são repartidos entre o MTSS, o MS e pelos clientes, sendo que nas Unidades de Convalescença (UC) e Cuidados Paliativos (CP) os encargos são exclusivos do MS. A referenciação de clientes para a RNCCI é efetuada pelas Equipas de Gestão de Altas (EGA) do hospital de agudos ou pelas Equipas Referenciadoras dos Cuidados de Saúde Primários, que são responsáveis por realizar o diagnóstico da situação de dependência, mediante avaliação médica, enfermagem e social, sendo a decisão final validada pela ECL da área de residência do cliente.

A prestação dos cuidados no âmbito de intervenção na RNCCI fundamenta-se no princípio dos **3 R's** – **Reabilitação, Readaptação, Reinserção**.

Para o seu cumprimento deve proceder-se à avaliação multidisciplinar do cliente (inicial, contínua e final com a revisão do plano de cuidados); promoção integrada de autonomia através de plano individual de cuidados e capacitação do cuidador informal; acompanhamento e avaliação contínua e revisão do plano de cuidados (RNCCI, 2010).

Na RNCCI o cliente deve ser sempre o centro dos serviços prestados, para que tal se verifique, é necessária uma nova abordagem dos cuidados de saúde e de apoio social, baseada numa planificação de objetivos partilhados a alcançar em função de determinados períodos de tempo (curto, médio e longo prazo), constantes no plano individual de intervenção. Esta abordagem implica: envolvimento do cliente, familiares/cuidadores informais na elaboração do seu plano individual de intervenção, no respeito pelas suas capacidades, necessidades e preferências; respostas organizadas e flexíveis de acordo com as necessidades e preferências dos clientes; o reconhecimento de que os profissionais de saúde e de ação social são parte de um mesmo sistema em que os objetivos e recursos são partilhados (RNCCI, 2010a).

Após esta abordagem de carácter mais geral, iremos de seguida caracterizar as UMDR, de forma mais específica, por ser o contexto onde se desenvolveu esta investigação.

1.1- Unidades de Média Duração e Reabilitação

As UMDR são unidades de internamento que prestam cuidados clínicos, de reabilitação e de apoio psicossocial, por situação clínica decorrente de recuperação de um processo agudo ou descompensação de processo patológico crónico, a clientes com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável. Tem por finalidade a estabilização clínica, a avaliação e a reabilitação integral do cliente, num período de internamento superior a 30 e inferior a 90 dias consecutivos (Decreto-Lei n.º 101/06).

Relativamente aos serviços prestados, a UMDR pode ser gerida por um técnico na área da saúde ou da área psicossocial. Devem estar assegurados serviços médicos diários, cuidados de enfermagem permanentes, cuidados de fisioterapia e de terapia ocupacional, prescrição e administração de fármacos, apoio psicossocial, higiene, conforto e alimentação, convívio e lazer.” (Decreto-Lei n.º 101/06).

Os critérios de referenciação para admissão de qualquer cliente que se encontre em alguma situação de dependência, decorrente de uma doença aguda ou reagudização de doença crónica, são os seguintes: cliente com necessidade de cuidados médicos diários e de enfermagem permanentes; reabilitação intensiva; medidas de suporte respiratório, como oxigenoterapia e aspiração de secreções e ventilação não invasiva; prevenção ou tratamento de úlceras; manutenção e tratamento de estomas; cliente com algum dos seguintes síndromes, potencialmente recuperável a médio prazo: depressão, confusão, desnutrição, eficiência e/ou segurança da locomoção; cliente com indicação para programa de reabilitação física com duração previsível até 90 dias; cliente com síndrome de imobilização (RNCCI, 2010a).

Os clientes são referenciados para a RNCCI pelas EGA do hospital de agudos ou pelas Equipas Referenciadoras dos Cuidados de Saúde Primários. Estes realizam o diagnóstico da situação de dependência, mediante avaliação médica, de enfermagem e social. Posteriormente a decisão tem de ser validada pela ECL da área de residência do cliente, consoante os formulários e processos de registo estabelecidos pela Coordenação Nacional da RNCCI. Quando um cliente é referenciado para uma unidade ou equipa prestadora é importante atender à proximidade com a área do domicílio do cliente, bem como, com a sua preferência (RNCCI, 2010a).

Cada Unidade deve dispor também de uma equipa técnica multidisciplinar das áreas da saúde e de ação social, devendo esta equipa ser constituída por profissionais de saúde, tais como: médico; enfermeiro; fisioterapeuta; assistente social; terapeuta da fala;

animador sociocultural; nutricionista; terapeuta ocupacional e auxiliares de ação médica (RNCCI, 2010a).

A nível organizacional as UMDR devem ser um serviço autónomo e integrado, em espaço próprio, que garanta as condições necessárias ao desenvolvimento desta tipologia de resposta. Por cada cliente admitido deve ser constituído um processo individual, que integre componentes administrativos, sociais e clínicos: diagnóstico das necessidades clínicas e sociais; plano individual de intervenção, expressando os cuidados a prestar de acordo com os objetivos a atingir; registo sistemático dos cuidados prestados; avaliação e eventual aferição do plano individual de intervenção (RNCCI, 2010a).

A preparação da alta compete à equipa da Unidade, assim como cumprir um processo sistemático que tem como fim garantir a continuidade de cuidados e apoio, após a alta se necessários, noutros níveis da RNCCI (ULDM, ECCL, ...)

Devido à complexidade, conhecimento, e especificidade de todo o processo de planeamento de alta, seria uma mais-valia a integração do EER na RNCCI, nomeadamente na UMDR. De forma a se obter um diagnóstico de situação, elaboração, gestão e supervisão dos cuidados mais adaptados, tendo em conta as necessidades do cliente dependente, assim como do seu cuidador, numa perspetiva de melhoria da continuidade de cuidados.

CAPÍTULO 2
O CLIENTE DEPENDENTE NO AUTOCUIDADO

Uma das principais causas de mortalidade e incapacidade na atualidade são as doenças crônicas, uma vez que se caracterizam pela impossibilidade de cura definitiva. O autocuidado assume assim uma dimensão visível no contexto global da saúde e bem-estar dos cidadãos, realçando-se nos grupos vulneráveis, pela variabilidade do comportamento das doenças e do seu tratamento ao longo do tempo, pela necessidade dos clientes serem capazes de identificar e controlar os sinais e sintomas de agudização da doença crônica, pela necessidade dos clientes incorporarem um conjunto de comportamentos e atividades que promovam o equilíbrio físico e mental, pela necessidade de suporte efetivo e perçecionado como recurso determinante (Petronilho, 2012).

A Ordem dos Enfermeiros (2011) afirma que as necessidades de cuidados de saúde do cliente idoso aumentam, sendo nesta população previsível o aumento da prevalência de doenças de evolução prolongada, com graus de dependência elevados.

2.1- O Autocuidado e as Teorias do Autocuidado

O autocuidado é um dos focos centrais da Enfermagem, entendido como um fenómeno complexo e multidimensional (Clark [et al.], 2009; Hoy, Wagner e Hall, 2007; Sidani, 2011; Wilkinson e Whitehead, 2009) encontra-se intimamente relacionado com os conceitos de autonomia, independência e responsabilidade social. Na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) versão 2.0 o autocuidado é definido como “atividade realizada pelo próprio: tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades da vida diária” (ICN, 2011, p.41). Esta definição reforça a ideia de uma execução em benefício do próprio e promotora da manutenção da vida e do bem-estar.

Realça-se, ainda, no estudo de Petronilho (2012) que o autocuidado é um resultado sensível aos cuidados de enfermagem, com impacto positivo na promoção da saúde e do bem-estar, através do aumento do conhecimento e habilidades, onde os profissionais de saúde possuem uma ação indubitável, com particular destaque para os enfermeiros. Os resultados do estudo revelam que perante os processos de saúde-doença (focado essencialmente para a doença crônica), existem fatores físicos, cognitivos, psicológicos, sociodemográficos, sociais, espirituais, culturais e económicos determinantes face à necessidade dos clientes incorporarem atividades promotoras do autocuidado.

Petronilho [et al.], (2010, p.42) refere ainda que o fenómeno do autocuidado “tem sido, ao longo dos tempos, bastante enfatizado nas teorias de enfermagem de Orem”, assumindo

particular importância quando tem implicações na autonomia dos clientes para a realização das suas atividades do dia-a-dia. Enfatizam, ainda, a necessidade dos enfermeiros valorizarem e terem a consciência de promoverem, através das terapêuticas de enfermagem, a reconstrução dessa mesma autonomia, após as transições geradoras de dependência.

Existem diversos modelos conceituais e teorias para fundamentar a prática de enfermagem. O conceito de saúde, pessoa, ambiente e enfermagem, constituem elementos centrais para os mesmos, com definições e relações distintas entre eles.

Dorothea Orem apoia a concepção de saúde da Organização Mundial de Saúde (2016) que define esta como um estado de bem-estar físico, mental e social e, não somente a ausência de doença. A pessoa diferencia-se dos outros seres vivos pela sua capacidade de refletir acerca de si mesmo e do seu ambiente. Já o conceito de ambiente está centrado na sociedade, na qual os grupos sociais são constituídos por pessoas que devem ser auxiliadas para restabelecer suas responsabilidades, competindo ao profissional de enfermagem o papel de ajuda nessa obtenção e recuperação.

Segundo Pereira (2011) o autocuidado é um foco de atenção fundamental da Enfermagem, sensível ao nosso investimento, bem como à tomada de decisão. Espera-se neste âmbito, a melhoria do grau de dependência no autocuidado, a promoção da independência, e ainda a aquisição de competência/estratégias adaptativas, por parte do cliente, para lidar com os défices a este nível. Logo a Teoria do défice de autocuidado de Dorothea Orem assume um especial destaque, uma vez que este fenómeno se encontra cada vez mais presente na formação dos enfermeiros.

A Teoria Geral de Enfermagem de Orem surgiu no final dos anos 50 como o culminar da sua persistente preocupação na melhoria dos cuidados de enfermagem aliado à sua vasta experiência profissional. Esta teoria é composta por três teorias correlacionadas ou constructos: a Teoria do Autocuidado, a Teoria do Défice de autocuidado e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem. De acordo com Vítor, Lopes e Araújo (2010), a Teoria dos Sistemas de Enfermagem engloba a Teoria do Défice de Autocuidado e esta, por sua vez, inclui a Teoria do Autocuidado, e os constructos articulam-se, assim, de forma inclusiva.

A Teoria do Autocuidado engloba o autocuidado, a atividade de autocuidado e a exigência terapêutica de autocuidado, assim como os requisitos para o autocuidado. O autocuidado, conceito chave da teoria, é definido como uma “função humana reguladora que os indivíduos têm, deliberadamente, de desempenhar por si próprios ou que alguém

a execute por eles para o desenvolvimento e o bem-estar” (Tomey e Alligood, 2003, p. 218).

Orem percebe o autocuidado como sendo uma habilidade humana cuja execução está diretamente relacionada com as condições que cada indivíduo possui para se autocuidar. Os requisitos do autocuidado são os meios para levar a cabo as ações que constituem o autocuidado. São apontadas três categorias de exigências terapêuticas/ requisitos para o autocuidado: requisitos de autocuidado universais, requisitos de autocuidado de desenvolvimento e requisitos de autocuidado por desvio de saúde.

Os requisitos de autocuidado universais estão associados a processos de vida e à manutenção da estrutura e funcionamento humanos, são comuns a todos os indivíduos durante todas as fases do ciclo vital - manutenção de ar, água e alimentação, eliminação, atividade e descanso; interação social e solidão; e, prevenção de riscos que comprometam o bem-estar, o funcionamento humano e a vida.

Os requisitos de autocuidado de desenvolvimento são os requisitos universais que surgem conforme o estágio de desenvolvimento do indivíduo, o ambiente em que se insere e as mudanças inesperadas que podem surgir na sua vida.

Os requisitos de autocuidado por desvio de saúde definem-se como carências que surgem em consequência da doença ou incapacidade que impedem a satisfação do autocuidado. Constituem requisitos de autocuidado por desvio de saúde: a consciencialização da doença e dos seus efeitos; a procura e garantia de assistência médica apropriada; o cumprimento de prescrições médicas; a monitorização dos efeitos secundários; a aceitação do novo autoconceito perante o estado de doença; e adoção de medidas que promovam uma melhoria do estado de saúde.

A Teoria do Défice de Autocuidado constitui a essência da Teoria Geral de Enfermagem de Orem, dado que determina quando é necessário a intervenção de enfermagem (Foster e Janssens, 1993; Cunha, Cardoso e Oliveira, 2005; Vítor, Lopes e Araújo, 2010). Assim, quando o cliente é incapaz de cumprir os seus requisitos de autocuidado um défice ocorre, sendo função do enfermeiro perante este cliente, incapaz ou limitado na satisfação do seu autocuidado, planejar e implementar um conjunto de modalidades de suporte que promovam o mesmo.

Segundo esta teoria, Orem nomeou cinco métodos de ajuda: 1) agir ou fazer para o outro; 2) guiar o outro; 3) apoiar o outro (física ou psicologicamente); 4) proporcionar um ambiente que promova o desenvolvimento pessoal, visando capacitar a cliente para

satisfazer demandas futuras ou atuais de ação; e, 5) ensinar o outro (Bub [et. al.] 2006; Tomey e Alligood in Queirós, Vidinha e Filho, 2014).

Na ótica de Vítor, Lopes e Araújo (2010, p. 611), esta teoria oferece subsídios à enfermagem “por estar essencialmente apoiada na premissa segundo a qual todos possuem potencial, em diferentes graus, para cuidar de si mesmo e dos que estão sob sua responsabilidade”.

O último constructo da Teoria Geral de Enfermagem de Orem é a Teoria dos Sistemas de Enfermagem que estabelece a estrutura e orienta as práticas de enfermagem. A intervenção de enfermagem é necessária quando um cliente é incapaz ou tem limitações na provisão de autocuidado efetivo.

Cunha, Cardoso e Oliveira (2005, p. 38) definem Sistemas de Enfermagem 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”. Nela são identificados: o sistema totalmente compensatório, o sistema parcialmente compensatório e o sistema de apoio-educação. Esses sistemas são compostos por elementos fundamentais como: a dimensão da responsabilidade da enfermagem nas situações de atendimento à saúde e o papel geral e específico de cada participante visando suprir as exigências terapêuticas. No sistema totalmente compensatório os clientes apresentam limitações que os tornam dependentes do profissional de enfermagem para satisfazer o seu autocuidado.

Relativamente ao sistema de enfermagem parcialmente compensatório o cliente é capaz de realizar algumas atividades de forma autónoma necessitando do enfermeiro para auxiliar nas atividades que é incapaz de realizar por si.

No que diz respeito ao sistema de apoio-educação, o cliente é capaz de desempenhar o seu autocuidado sem assistência podendo, no entanto, necessitar de orientação e supervisão para executar as diferentes atividades de forma adequada. Desta forma o papel do enfermeiro é o de fomentar no cliente o sentido de agente ativo no autocuidado, incentivando a tomada de decisão, o controle do comportamento e a aquisição de conhecimento e habilidades.

O objetivo da intervenção de enfermagem consiste, assim, em assegurar o autocuidado do cliente com déficit do mesmo, incentivando as atividades do autocuidado que esta consegue realizar por si só. A utilização dos sistemas de enfermagem dependerá de cada

cliente e da avaliação realizada, perante a qual poderá ser necessário a utilização de um ou mais tipos de sistemas num único cliente.

No que concerne ao processo de enfermagem de Orem este consiste num “método de determinação dos défices de Autocuidado e a conseqüente definição dos papéis do indivíduo e enfermeiro para satisfazer as necessidades de Autocuidado” (Cunha, Cardoso e Oliveira, 2005, p. 39). Orem definiu três passos no processo de enfermagem: o primeiro refere-se ao Diagnóstico e Prescrição, determinando a necessidade de cuidados de enfermagem (nesta fase o enfermeiro recolhe informação em seis áreas: estado de saúde do cliente; perspectiva do médico em relação á saúde do cliente; perspectiva do cliente quanto à sua saúde (conhecimentos, motivação,...) metas de saúde, dentro do contexto histórico da vida, estilo de vida, estado de saúde; exigências de autocuidado; capacidade do cliente para realizar o autocuidado; o segundo diz respeito ao planeamento de: Sistemas de Enfermagem; Programação dos objetivos; e Execução das ações; por último o terceiro reporta-se à Avaliação das ações realizadas; Reorganização do plano de cuidados e atualização dos sistemas de enfermagem adequado às necessidades do cliente neste momento.

Após a análise crítica do processo de enfermagem de Orem é possível concluir que o mesmo equipara-se ao processo de enfermagem atual. A interação do enfermeiro com o cliente representa um elemento essencial para avaliar adequadamente as necessidades no autocuidado e traçar planos de intervenção coerentes com as suas capacidades e expectativas.

A Teoria Geral de Enfermagem de Dorothea Orem é aplicável em contexto hospitalar e em contexto comunitário (Cunha, Cardoso e Oliveira, 2005), sendo útil na prática da enfermagem clínica, na administração em enfermagem e na pesquisa em enfermagem, dado que permite aos investigadores desenvolverem instrumentos mensuráveis para o autocuidado (Foster e Janssens, 1993).

Outro ponto forte desta teoria prende-se com a especificação de quando há necessidade de cuidados de enfermagem, além disso, a sua premissa de autocuidado é contemporânea dos conceitos de promoção para a saúde e manutenção da saúde. “O autocuidado, na teoria de Orem, é comparável à saúde holística, no sentido de que ambas promovem a responsabilidade do indivíduo pelos cuidados de saúde” (Foster e Janssens, 1993, p. 104).

Toda a intervenção de enfermagem que promova a recuperação da independência do cliente nos autocuidados poderá reportar-se aos pressupostos, métodos e metas da Teoria do Défice de Autocuidado proposta por Orem (Vítor, Lopes e Araújo, 2010).

A teoria abordada anteriormente (Orem) permite ao cliente, à família e à comunidade empenharem-se ativamente no seu processo de adaptação/reabilitação, com vista à saúde e ao bem-estar. Esta teoria assume o cliente como responsável pelo seu autocuidado, quando não é capaz de o satisfazer, cabe ao enfermeiro compensar o défice no mesmo, assim como capacitar o PC para satisfazer essas necessidades. Assim podemos ver a aplicabilidade desta teoria no âmbito da UMDR da RNCCI, ajudando no sucesso das intervenções dos enfermeiros, tendo como objetivo o bem-estar dos clientes e dos seus cuidadores.

É um desafio colocado aos enfermeiros, na medida em que devem compreender o processo de transição que os clientes/família se encontram a vivenciar, e assim planear intervenções, por forma a promover estabilidade e sensação de bem geral.

2.2- A Autonomia e a Dependência

A transição da independência para dependência afeta sempre o cliente, mas também a sua família, que muitas vezes não sabe lidar com a situação, como referem Meleis (1994, p.239) a transição é “a passagem ou movimento de um estado, condição ou de um lugar para outro (...) Refere-se a ambos os processos e resultados de uma complexa interação entre pessoa – ambiente. Pode envolver mais do que um cliente e o seu envolvimento no contexto e na situação”.

Neste sentido, entendemos ser importante abordar a Teoria das Transições de Meleis, onde esta enunciou quatro tipos de transição centrais para a prática de enfermagem: a desenvolvimental (associadas a problemas de saúde psicossociais ou fisiológicos); a saúde/doença (referente à passagem de estado de bem-estar, saúde, para um estado doença); a situacional (onde se insere a assunção do papel de membro da família PC); e por último a organizacional (refere-se a quadros de reorganização familiar e respetivos papéis; ou a institucionalização de alguém).

Verificamos que efetivamente e de acordo com Meleis (2010) os enfermeiros que enfatizam o cuidado transacional estão a valorizar o cliente. Os cuidados prestados estão sempre relacionados, de certa maneira com cada nível de desenvolvimento humano, favorecendo a maturidade e o crescimento com vista a um maior equilíbrio e estabilidade.

Conforme temos vindo a referir, a perda de autonomia é uma realidade experienciada pelos clientes, portadores muitas vezes de doenças crónico-degenerativas. Segundo a CIPE autonomia é o “Direito do Cliente: Status de autogovernação e auto-orientação” (ICN, 2011, p.41).

Assim, a perda de autonomia leva a quadros de 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” (Decreto-lei nº 101/2006 p. 3867).

Não poderá ser esquecido que a doença crónica poderá encaminhar o cliente progressivamente para uma dependência de terceiros, para os cuidados de saúde e auxílio nas suas atividades de vida diária (AVD's) (Nogueira, 2009).

Analisar o conceito de dependência, exige que analisemos o conceito de independência. Pavarini e Neri (2000) definem independência como a capacidade do cliente realizar as atividades de vida diária sem ajuda. Veríssimo (2004), acrescenta que o conceito de dependência varia entre países. O Ministério da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade (2006) considera dependência como a situação em que se encontra o cliente que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual resultante ou agravada por doença crónica, doença 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 de vida diária. Anderson (citado por Quental [et al], 2004, p. 20) define dependência como “um estado em que as ações de outras pessoas são condições necessárias para alguém alcançar os seus próprios objetivos”.

Também, Caldas (2003) salienta que a palavra “dependência”, na prática geriátrica, se associa a “fragilidade”. Os dados do INE (2018) revelam que em 2006 e no que se refere ao índice de dependência de idosos, residiam em Portugal 26 idosos por cada 100 pessoas em idade ativa, número que passará para 33 idosos em 2016.

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) (2011, p. 107), traduz dependência por um juízo clínico acerca da condição em que o cliente está “dependente de alguém ou alguma coisa, para ajuda e apoio”.

De acordo com o Decreto-lei nº 101/2006, p. 3867, define-se dependência como” 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”.

É importante abordar a questão da dependência no autocuidado, pois tem um grande significado para os clientes, na medida em que estes temem a velhice porque temem a perda da sua independência. Perder independência, com grande frequência, afeta a autoestima e as competências mais avançadas dos clientes.

A instalação de quadros de dependência no autocuidado despoleta dois tipos de processos de transição. Por um lado, temos o processo de transição do cliente acometido por doença ou agravamento das consequências da idade, que fica dependente; e por outro lado, muitas vezes, surge o processo de assunção do papel do prestador informal de cuidados (Meleis, 2007). É neste sentido que os enfermeiros e os cuidados que prestam aos clientes e cuidadores assumem uma importância fulcral na gestão dos seus processos de adaptação e de transição ao longo do ciclo vital, tendo uma abordagem complexa e pluridimensional.

CAPÍTULO 3
O PLANEAMENTO DA ALTA PARA O DOMICÍLIO

Cuidar não é exclusivo de enfermagem e segundo Pereira (2006) sendo este um conceito transdisciplinar, característico das ciências humanas, particularmente daquelas que prestam um serviço efetivo nas sociedades, importa realçar que o conhecimento próprio da Enfermagem só poderá advir do cuidar, ajudar o outro a ultrapassar as dificuldades e as transições que experimenta.

O enfermeiro precisa de estar consciente que a sua área de conhecimento próprio é aquela em que atua (saúde ou doença), onde há ou poderá haver transições (mudanças, alterações) conscientes ou inconscientes de um ser humano ou grupo de seres humanos. Terá que ter em conta o cliente, como ser único, com crenças próprias, inserido numa família, grupo de amigos e numa sociedade.

“O respeito pela cultura na relação de cuidados, passa pela valorização do conhecimento das pessoas relativamente aos fenómenos que afetam, aos processos terapêuticos a que aderem, às doenças diagnosticadas que não valorizam, aos riscos de saúde que não provocam mudança de comportamento (...) Há valorização do saber da pessoa relativamente a processos de vida e de transição, que constitui uma base de conhecimento que o enfermeiro usa para lidar com a situação.” (Silva, 2001, in Silva, p. 14, 2007)

O aumento da esperança de vida faz com que muitas pessoas vivenciem a transição para o papel de prestador de cuidados, pois surge a necessidade de cuidar de alguém, familiar ou não.

O estudo de Schumacher [et al.], (2000) in Petronilho (2014) evidencia que os familiares são a principal fonte de suporte, e frequentemente o único apoio. Pereira (2015) afirma que a família é representada nos dias de hoje como o principal recurso na manutenção da prestação de cuidados ao membro da família dependente. Porém, a eficácia deste recurso necessita de uma vasta rede de apoio, quer a nível formal (profissionais de saúde), quer informal (amigos, vizinhos,...) e Leite (2012) refere que a transição para o papel de PC traz alterações que afetam a vida familiar quer a nível afetivo, relacional e social.

Segundo Meleis (2010, p. 25) 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 percepções. O processo sugere fases e sequência, o intervalo de tempo indica um fenómeno em curso, mas limitado e a percepção tem a ver com o significado da transição para a pessoa que a experimenta”

O enfermeiro tem um papel ativo na gestão da transição, deverá estabelecer uma boa relação, constante e honesta de entrelaçada com o cliente e família. É imperativo que o enfermeiro/cliente/família tenham consciência de toda transição, essa consciência da situação permite a interiorização, o desenvolvimento de mecanismos internos e externos para a resolução de problemas, a procura de respostas para ultrapassar as necessidades do cliente dependente, do prestador de cuidados e da família (Meleis, 2000).

Segundo Petronilho (2014) há vários estudos que mostram que as decisões inadequadas no processo de preparação da alta hospitalar e da continuidade de cuidados no seio das famílias têm impacto negativo na transição do cliente, associado à dependência no autocuidado e na forma como os familiares assumem o papel de PC.

Petronilho (2007, p. 181) afirma que:

“Tendo os enfermeiros um papel central no processo de preparação do regresso a casa, parece-nos estarmos em condições de afirmar que, globalmente, no contexto em que se realizou o presente estudo, este fenómeno ainda não é assumido como uma prática profissionalizada pelos enfermeiros, quer no contexto hospitalar, quer no contexto domiciliário, sendo, desta forma, um processo ainda pouco sistematizado.”

Ser PC pressupõe a existência de um cliente com dependência que justifique a necessidade de alguém assumir esse papel, culturalmente tende a ser um elemento da família a assumir a atividade de cuidar do seu ente próximo ou mais raramente um amigo ou vizinho. Esta atividade de cuidar tem sido designada como o desempenho do papel do PC.

Segundo a CIPE (2006, p.172) PC é um “Indivíduo com as características específicas: Aquele que assiste na identificação, prevenção, ou tratamento da doença ou incapacidade, aquele que atende às necessidades de um dependente.”

A Family Cargiver Alliance (2006 in Leite, 2012) acrescenta que o PC não se limita apenas às relações familiares, está amplamente definido e refere-se a qualquer parente, parceiro, amigo ou vizinho que tem uma relação pessoal ou significativa, e fornece uma ampla gama de assistência para um cliente com uma condição crónica ou incapacitante. O PC pode ser primário ou secundário, viver com ou separadamente do cliente dependente.

No nosso estudo a capacitação efetuada pelos enfermeiros foi dirigida ao PC primário, à esposa, marido, filho/a, sobrinha/o, que após a alta do cliente dependente para o domicílio, vai cuida-lo 24 horas por dia.

O planeamento da alta é considerado um dos processos que permite identificar e organizar os serviços de saúde e de apoio na assistência aos clientes e seus familiares, contribuindo para o sucesso no período após a alta.

Segundo a Direção Geral da Saúde, (2004, p. 3) o planeamento da alta é:

“Um processo complexo que exige uma efetiva comunicação entre os membros da equipa, o cliente e a sua família, que deve considerar as necessidades de equipamentos materiais e sociais e a ligação com quem na comunidade providencia os cuidados e serviços necessários”.

A expressão ‘planeamento da alta’ é, assim, utilizada para descrever todo o processo decorrente do momento da alta hospitalar, facilitando o planeamento das intervenções necessárias à satisfação das necessidades dos clientes em cuidados de saúde, com o objetivo de proporcionar a continuidade dos cuidados, na perspetiva da tríade cliente-família-comunidade. Trata-se de um processo contínuo e que deve ser iniciado no dia da admissão hospitalar, envolvendo o cliente, a família e a equipa de saúde, visando a garantia de obtenção de ganhos em saúde (Grimmer [et al.], 2006, in Ferreira, 2011).

Também, a Unidade de Missão dos Cuidados Continuados Integrados preconiza que o planeamento de alta deve ser realizado em equipa multidisciplinar, pelo cliente e pela família ou pessoa significativa, constituindo este aspeto uma das indicações do Manual do Prestador (2011).

Tavares (2011) contradiz o referido anteriormente, considerando que os enfermeiros, o cliente dependente e a família, não fazem parte do processo de tomada de decisão, tendo uma participação ativa apenas a equipa médica.

Mas, o planeamento de alta diz respeito às atividades desenvolvidas por uma equipa multidisciplinar, que facilita a transferência do cliente de uma instituição para outra ou para a comunidade, assegurando a continuidade da prestação de cuidados (Gomes, 2013).

Importa salientar que a instauração da dependência num dos membros da família gera alterações no seio familiar, sendo muito relevante a coesão familiar e a capacidade de organização das próprias família (Petronilho, 2013), para que se possa garantir um regresso a casa com qualidade.

Lage (2007) refere que a família é um sistema interdependente entre os seus membros, funciona como uma unidade. A instauração da dependência num dos seus elementos, afeta-a no seu todo, sendo que a atenção a dar à saúde não deve circunscrever-se ao dependente, já que a doença é um processo coletivo que afeta toda a unidade familiar. Perante as famílias estruturadas, a prestação de cuidados ao membro dependente assenta na organização das exigências, na interdependência das relações e das tarefas, no uso de estratégias alternativas e numa história familiar afetiva que se foi construindo ao longo do tempo.

Acrescenta que atualmente ser-se cuidador informal implica assumir a responsabilidade dos cuidados como complemento da ação do Estado, em todas as dimensões, sendo que as questões financeiras se evidenciam mais do que nunca, devido à crise do sistema de saúde e de proteção social.

Petronilho (2013) relata que a atitude e participação do cliente dependente/família, as condições do domicílio, assim como a readaptação do mesmo, são mencionadas como aspetos importantes no processo de decisão sobre o destino do familiar dependente e se constituem como fatores que pode influenciar o destino após a alta.

Rodrigues [et al.] (2007), no seu estudo demonstra que a condição socioeconómica interfere na capacidade funcional dos idosos e, em particular, naqueles que se encontram em situação de dependência, pois os problemas financeiros provocam limitações na manutenção e capacidade no autocuidado, na satisfação das relações sociais e no acesso a serviços de suporte profissional.

Os estudos de Brito, 2002; Lage, 2005; Martins, 2006; Meleis, 2010; Paúl, 1997, corroboram com os anteriores, em que o status socioeconómico das famílias pode ser determinante para as transições associadas ao exercício do papel de PC.

Existem muitas famílias que desconhecem a existência de determinados apoios financeiros e a forma de lhes aceder, necessitando de informação e orientação. O planeamento e a implementação de modelos de intervenção devem incluir terapêuticas de enfermagem que informem adequadamente as famílias que integram membros dependentes acerca da possibilidade de obterem os recursos financeiros a que têm direito, mediante a avaliação das entidades responsáveis pela respetiva atribuição (Petronilho, 2013).

Os enfermeiros têm desenvolvido esforços para dotar o PC de conhecimentos, habilidades e estratégias que lhe permitam assegurar a continuidade de cuidados ao

cliente dependente, maximizando o seu potencial de autonomia ou proporcionando-lhe uma vida com conforto.

É emergente interiorizar que o planejamento do regresso a casa se faz a partir da admissão, só assim é possível colmatar as dificuldades do PC em lidar com as várias necessidades do cliente dependente.

O Manual do Prestador (2011) orienta para que a preparação da alta seja iniciada antecipadamente, de modo a permitir articular da melhor forma a alta do cliente, mas não define o que entende por antecipadamente.

No seu estudo Branco (2015) aferiu que o ensino/instrução/treino do PC para a satisfação dos autocuidados do cliente era efetuado no último mês de internamento, sendo este insuficiente para a maioria dos cuidadores informais. Verificando assim que não é cumprido o preconizado pela RNCCI (envolvimento do cuidador desde a admissão do cliente na UMDR). Uma das sugestões é englobar o cuidador na dinâmica do autocuidado, acompanhando a evolução do cliente dependente ao longo do internamento.

O reconhecimento da importância do PC pelo enfermeiro, promovendo a consciencialização e confiança no seu adequado desempenho, revela-se importante na preparação do mesmo. Permite que este reconheça a sua responsabilidade na atividade de cuidar do cliente dependente e o impacto que o seu desempenho terá no bem-estar do cliente dependente e seu próprio bem-estar (Petronilho, 2007; Sequeira, 2007; Silva, 2007).

Bandura (2008) corrobora com os autores anteriormente citados, dando ênfase à promoção da confiança para melhorar o desempenho, num processo cíclico em que a melhoria do desempenho alimenta o aumento da confiança.

Os enfermeiros têm um papel preponderante na tentativa de dar resposta à crescente complexidade das necessidades do PC, preparando-o, dotando-o de capacidades que lhe permitam cuidar do cliente dependente, proporcionando-lhe os cuidados adequados e maximizando o potencial de autonomia quando possível.

O enfermeiro não pode assumir apenas o papel de transmissor de conhecimentos, mas também de educador, criando um ambiente caloroso, explorando as necessidades de aprendizagem por parte do educando, facilitando a compreensão das atividades de cuidar e mantendo uma escuta atenta e ativa, percebendo as emoções e sentimentos do

familiar cuidador, no sentido de o tranquilizar e de lhe permitir o mais possível manter-se confiante e sereno (Gomes, 2013).

Pereira (2015) afirma que para o profissional de Enfermagem, a vivência deste processo de transição deve ser avaliada de forma a identificar as reais e potenciais necessidades do PC, evitando centralizar o cuidado apenas no cliente dependente.

Os enfermeiros devem planejar as suas ações de acordo com as necessidades dos PC, pois esta é uma das mais importantes etapas no planeamento da alta (Rodríguez e Prieto, 2007).

Assim, é importante avaliar diversos fatores tais como, o nível de conhecimento do PC sobre o estado da doença do seu familiar, os tratamentos necessários e as suas implicações, os conhecimentos pré-existentes e as capacidades que os PC têm para executar as atividades afetadas do cliente dependente, assim como as experiências anteriores vividas pelo PC que possam influenciar as necessidades de aprender. Os enfermeiros têm nesta área um papel perfeitamente autónomo e primordial na ajuda aos PC no sentido de estes levarem os seus familiares para o domicílio com a certeza de serem bem cuidados (Branco, 2005).

Petronilho (2013) afirma que o campo de intervenção dos enfermeiros no decorrer do planeamento da alta deve focar-se nas necessidades decorrentes da alteração da condição de saúde do cliente, com enfoque no repertório de conhecimentos e capacidades do PC e nas potenciais situações de crise que a condição de cuidar pode gerar. A Enfermagem, enquanto disciplina e arte do cuidar, assume grande responsabilidade nas consequências que advêm de inadaptação do PC face às necessidades apresentadas pelo dependente.

Porém, embora o enfermeiro prepare o PC e avalie as suas capacidades técnicas e instrumentais, não tem muitas vezes conhecimento sobre a perceção de autoeficácia para o desempenho do papel por parte deste. Reconhece-se a necessidade deste conhecimento, como base essencial para a intervenção do enfermeiro na preparação do PC para lidar com a situação do cliente dependente (Leite, 2012).

Assumir o papel de PC traz mudanças na sua vida, reconhece-se assim a importância da sua preparação para adotar este novo papel, a sua preparação não pode circunscrever-se ao domínio do desenvolvimento de habilidades instrumentais. Torna-se também pertinente que o enfermeiro identifique áreas prioritárias de intervenção, como por

exemplo identificação de barreiras arquitetônicas no domicílio, ajudas técnicas que o cliente necessitará e não possui, entre outras.

A existência de clientes dependentes no seio familiar leva a que as famílias tenham, frequentemente, 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 (Petronilho, 2013).

Um facto de extrema relevância é o momento em que as barreiras arquitetônicas são identificadas. Branco (2015) no seu estudo concluiu que a maioria dos PC entrevistados considerou que a identificação das barreiras arquitetônicas, enquanto fatores dificultadores no regresso a casa, ocorreu unicamente na reunião de admissão na UMDR. Aproximadamente 50% da amostra denunciou a ausência de orientação e monitorização da equipa relativamente a este aspeto fundamental na readaptação do cliente em situação de dependência ao domicílio, o que contribuiu para que somente após o regresso a casa se tenham apercebido das verdadeiras limitações. Estes dados devem ser analisados pelas equipas de enfermagem e integrados, para que o planeamento de alta de um cliente dependente para o domicílio seja efetuado de uma forma total, sendo que o enfermeiro de reabilitação deve assumir um papel de destaque, garantindo a qualidade destes cuidados.

A Ordem dos Enfermeiros (2010b) destaca como tarefas do EER no âmbito dos cuidados continuados integrados: o planear, implementar e monitorizar programas de reabilitação, atendendo ao envolvente; identificar as barreiras arquitetônicas e elaborar propostas de eliminação das mesmas; criar e gerir bolsas de ajudas técnicas, envolvendo a comunidade e promover a reintegração do cliente no domicílio.

Petronilho (2013) no seu estudo apresenta que as reduzidas taxas de utilização de equipamentos necessários por parte dos PC e dos clientes dependentes são, fruto de um sério desconhecimento por parte das famílias acerca da existência desses mesmos recursos, o que torna pertinente refletir sobre a responsabilidade profissional dos enfermeiros neste processo. Este estudo aponta que as taxas de utilização de equipamentos/ajudas técnicas utilizadas pelas famílias para dar resposta às necessidades associadas aos diferentes domínios do autocuidado são manifestamente baixas. Refere, ainda, uma associação positiva, entre a taxa de utilização de equipamentos/ajudas técnicas utilizadas e a perceção de autoeficácia dos PC.

Como já mencionado a transição para o exercício do papel de PC é um momento crítico, um processo muito complexo, uma experiência que envolve um estado emocional

potencialmente instável, portanto, um processo muito difícil para as famílias (Shyu (2000), Rotondi et al. (2007), Turner et al. (2007) e Pringle et al. (2008) in Petronilho, 2014).

Percebendo a complexidade do papel de PC, o enfermeiro deve constituir-se como facilitador neste processo de transição, pelo que deve ter em atenção a disponibilidade do PC, motivando e apoiando todo o percurso de capacitação que este vai necessitar.

Petronilho (2013) no seu estudo concluiu que apesar da maioria das famílias ser avaliada positivamente quanto à sua disponibilidade para se envolver no processo de tomar conta do familiar dependente, refere ser significativo o facto de em cerca de um quarto dos casos avaliados, a disponibilidade ser reduzida. Relata ainda que uma das dimensões considerada muito importante no seu estudo, reporta-se ao potencial do PC para tomar conta. Trata-se de um conceito central da enfermagem e muito relevante no âmbito do fenómeno em estudo.

São várias as variáveis envolvidas no potencial de aprendizagem do PC para tomar conta que podem influenciar a aquisição de mestria. Reportamo-nos a aspetos relacionados com a capacidade de memória, a disponibilidade física, a motivação, as experiências anteriores de cuidar e as situações de coping centrado nas emoções (Pereira, 2006).

A necessidade de programas de apoio efetivo aos PC é recomendada por vários autores, onde os enfermeiros devem desempenhar uma ação importante, tendo em conta as expectativas e necessidades dos mesmos, facilitando o exercício do seu papel, com particular atenção, ao período imediato à alta (Pringle et al., 2008; Shyu, 2000b; Schumacher, 1995; Schumacher et al., 2000; Shyu et al., 2008; Stoltz et al., 2004, in Petronilho, 2014).

A presença da família ao longo do internamento do seu familiar, e especificamente durante a prestação de cuidados, tem como vantagem a oportunidade de inclui-la no processo de cuidados e estabelecer uma parceria de cuidados e realizar ensinamentos com vista à preparação para a alta (Bishop, Walker e Spivak, 2013).

Stanhope e Lancaster (2011) referem que a informação transmitida pelo enfermeiro deve ser clara, relevante, e ir ao encontro das necessidades do cuidador. O enfermeiro deve mostrar-se confiante, paciente, flexível e imaginativo, abordando os temas com exatidão e convicção por forma a evitar expressões vagas e confusas. Deve ter cuidado com a linguagem utilizada, escolhendo palavras perceptíveis e que o cliente dependente e família entendam e dominem, pois, o uso de terminologia técnica faz com que eles se sintam confusos.

O enfermeiro enquadra-se na definição de Boud (1988, cit. por Oliveira 2004) que o considera como facilitador da aprendizagem, é aquele que auxilia os outros a aprender, independentemente da ação decorrer em contexto formal ou informal.

O enfermeiro é percebido como o profissional que apresenta uma relação mais próxima com a família e o cliente dependente, aquele que acompanha e orienta, que se mostra disponível para o esclarecimento de dúvidas, bem como o principal responsável pelos ensinamentos que são realizados ao cuidador (Gomes, 2014).

Segundo Castro (2009) quando os enfermeiros valorizam a aprendizagem da família, nomeadamente do PC, contribuem para que esta esteja preparada para assumir uma nova responsabilidade, a de cuidar do seu familiar. O ensino efetuado em contexto institucional é um instrumento que o enfermeiro deve usar com o objetivo de garantir a qualidade dos cuidados prestados no domicílio.

O EER detém competência científica, técnica e humana que lhe permite atuar de uma forma mais eficaz no sentido de providenciar a ajuda necessária na satisfação das necessidades e no restabelecer do autocuidado, suprimindo limitações no cliente, no PC e no seu contexto natural de vida, com o propósito de manter a vida e alcançar o máximo potencial de saúde e bem-estar (Bub et al (2006); A APER (2011); o Artigo 4º do regulamento nº 125/2011; Tomey e Alligood cit. por Queirós, Vidinha e Filho, 2014).

A experiência é o mais rico recurso para a aprendizagem, os adultos possuem um capital acumulado de experiência, o qual deve ser a principal base de novas aquisições, devendo optar-se sempre que possível por uma individualização das atividades de aprendizagem (Knowles, Holton e Swanson, 2005 in Gomes, 2014).

Ainda a este propósito, e reforçando o papel da experiência no processo de aprendizagem, Kolb (1984) considera que os indivíduos não respondem todos da mesma forma aos diferentes desafios de aprendizagem, não se movem da mesma maneira na transição entre os diferentes modos de aprendizagem e não utilizam as mesmas estratégias adaptativas em relação à aprendizagem. As escolhas que a pessoa faz determinam os acontecimentos que vive e estes, por sua vez, influenciam as escolhas futuras, daí que o enfermeiro deve procurar conhecer aspetos ligados às experiências que os PC já possuem, pois as mesmas influenciam a qualidade dos cuidados que serão prestados.

A aprendizagem experiencial não obedece a uma lógica cumulativa e aditiva, mas sim de recomposição, ou seja, os novos saberes são construídos integrando os já detidos pela pessoa (Pires, 2005).

Assim, o enfermeiro enquanto principal interveniente na preparação do PC, deve ter em consideração as experiências anteriores dos mesmos, procurando estabelecer pontes significativas com essas experiências, de modo a personalizar e enriquecer o mais possível os ensinamentos que realiza.

Na sua investigação, Leite (2012) concluiu que uma das variáveis consideradas importantes para a prestação de cuidados é a experiência anterior de cuidados. Nessa investigação apenas 23% dos PC tinham experiência anterior de cuidar de clientes dependentes, contudo, quando comparou a existência ou não desse facto com a percepção de autoeficácia, os resultados obtidos não se revelaram estatisticamente significativos.

O processo de ensino/treino do PC parece decisivo e importante como recurso na aquisição de competências, mostrando-se de grande interesse na adaptação ao desempenho do mesmo. Existem diferentes formas das equipas de enfermagem prepararem o regresso a casa o que se reflete posteriormente na adaptação e desempenho do PC (Petronilho, 2007).

O mesmo autor salienta também que os conhecimentos dos PC estão muito aquém das necessidades de cuidados do cliente dependente, mesmo na avaliação que fez no domicílio um mês após o regresso a casa, onde encontrou PC com várias dificuldades por falta de conhecimentos. Verificou, ainda, que alguns dos PC que tiveram uma entrevista de avaliação antes da alta, apresentavam melhor desempenho do que aqueles que não a tiveram, o que leva a crer que esta entrevista pode contribuir para colmatar algumas falhas que ocorreram durante a preparação do PC, ou para o relembrar de aspetos importantes das atividades necessárias para cuidar do cliente dependente, nomeadamente, para a prevenção de complicações.

O acesso a suporte de papel dos principais procedimentos a realizar no domicílio reforça a aquisição e a solidificação de conhecimentos. Contudo são poucos os PC com acesso a este tipo de informação, por isso, consideram-se importante a intervenção do enfermeiro para que o regresso a casa seja sistematizado e profissionalizado (Petronilho, 2007).

Silva (2007) relata que preparar o PC para cuidar do cliente dependente, passa por compreender o que este sente relativamente às necessidades exigidas no seu desempenho, identificar quais as dificuldades e inseguranças sentidas pelo mesmo e assim poder planear intervenções com vista a fortalecer a sua confiança e capacitá-lo para ultrapassar as dificuldades sentidas.

Para que o cliente dependente tenha os cuidados adequados às suas necessidades é necessário preparar o PC e avaliar as suas capacidades para o desempenho do seu papel de cuidar do cliente dependente.

Para se garantir um suporte adequado no período pós-alta, os Enfermeiros, por se encontrarem numa posição privilegiada para satisfazerem as necessidades dos clientes dependente e PC, devem estar informados sobre os recursos disponíveis na comunidade, de forma a garantir continuidade dos mesmos e a utilização adequada dos recursos (Mok [et. al.] 2002), e devem informar o PC quer da existência desses recursos, quer da forma de acesso aos mesmos.

Contudo, Petronilho (2013) refere que existe ainda um suporte muito insuficiente da rede formal de cuidados, apresentada pelos PC como insatisfatória e pouco adequada às suas necessidades. Este facto reforça a necessidade de desenvolvimento de redes de apoio informal de cuidados.

As visitas domiciliárias permitem um acompanhamento dos clientes, a orientação dos PC, a avaliação dos cuidados prestados, a orientação nos tratamentos e o auxílio na organização do ambiente, devendo ser essas visitas programadas e sistematizadas de acordo com as necessidades do cliente ou PC e da capacidade de resposta da equipa de saúde (Souza e Caldas, 2008).

Petronilho (2007) no seu estudo constatou que apenas cerca de metade da amostra recebeu visita da equipa de enfermagem e só quando a solicitaram. Segundo os PC o número de visitas da equipa de enfermagem não era adequado e mostravam-se pouco satisfeitos com o apoio recebido pela rede formal.

Na pesquisa de Louro (2009), 70,3% dos PC sentiam dificuldades relacionadas com a falta de informação necessária para lidar eficazmente com os desafios do exercício do papel de cuidadores. Uma maioria significativa dos PC sente falta de apoio ao nível da visita domiciliária, concretamente, 66,3% não receberam a visita da equipa de enfermagem no domicílio, 87,6% não receberam a visita do médico de família, 86,1% avaliam a preparação do regresso a casa do familiar dependente como insuficiente e 94% das famílias não receberam a visita de outros técnicos de saúde.

Masfret (2012) in Gomes (2014) refere que o objetivo do PA é garantir a prestação de cuidados e a sua qualidade de vida no pós alta. Borges (2006), considera que um dos objetivos é garantir que os recursos necessários estão disponíveis após a alta.

Também, Castro (2009) menciona que nos dias de hoje, é essencial que a família seja preparada para a continuidade dos cuidados iniciados no internamento. Nem sempre o cliente dependente recebe o apoio necessário da família no seu domicílio, pois esta depara-se com algumas dificuldades, tais como o desconhecimento dos cuidados e das técnicas, as condições no ambiente doméstico desajustadas e a falta de apoios. Tudo isto, associado ao medo de falhar, com o conseqüente agravamento do estado clínico do cliente dependente, causa ansiedade e preocupação ao cuidador.

O planeamento efetivo da alta permite que o cliente dependente tenha uma alta adequada, certificando que os cuidados necessários são assegurados de forma a prevenir readmissões. Por outro lado, atenua a carga que representa para as famílias e, em última análise, minimiza os custos para os sistemas de saúde (Teixeira, 2012).

É crucial sistematizar e organizar o planeamento da alta, de forma a garantir os maiores ganhos no menor tempo possível, constituindo uma prioridade para que o regresso a casa se efetue com sucesso uma vez que existe uma associação significativa entre a preparação da alta hospitalar e a qualidade de vida do PC (Grimmer [et al.], 2005 in Ferreira 2011).

O planeamento da alta para o domicílio deve ser efetuado de forma individualizada e abrangente, dirigido às necessidades específicas de cada situação, promovendo a aquisição de capacidades do PC para cuidar, fomentando a confiança no seu desempenho.

Deste modo torna-se pertinente afirmar que o planeamento da alta é um processo complexo, em que toda a equipa multidisciplinar deve focar-se, não apenas no cliente dependente, mas também no PC, ambos necessitam de um acompanhamento constante e personalizado durante todo este processo.

Na nossa experiência profissional temos constatado que o aproximar do momento da alta do cliente dependente para o domicílio é um fator gerador de stress para o PC, atendendo a que estes inúmeras vezes partilham com a equipa de enfermagem as suas inseguranças e receios.

A Ordem dos Enfermeiros (2010) menciona que EER é elemento fundamental na capacitação do PC, pois possui um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de

decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção.

CAPÍTULO 4
O ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO E O
PLANEAMENTO DA ALTA

A reabilitação é um processo dinâmico, orientado para a saúde, que auxilia um cliente que está doente ou incapacitado para atingir o seu maior nível possível de funcionamento físico, mental, espiritual, social e económico. O processo de reabilitação ajuda o cliente a atingir uma aceitável qualidade de vida com dignidade (Brunner e Suddarth, 2002).

Também, Kenneth (2009, p.1234), refere que a reabilitação é a “restauração completa do indivíduo ao seu potencial clínico, mental, emocional, social e vocacional do qual ele é capaz”. Esta deve focar o indivíduo como um todo e não somente a doença de base. O objetivo da reabilitação é maximizar a habilidade funcional e minimizar o impacto que a incapacidade tem sobre o cliente, a família e a comunidade.

A enfermagem de reabilitação, segundo Hoeman (2011, p.3), é “um processo criativo que começa nos cuidados preventivos imediatos, no primeiro estadio da doença, ou acidente, continua na fase de recuperação e implica a adaptação de todo o ser a uma nova vida”, desde “a prevenção primária até aos níveis agudos e subagudos e é o sustentáculo da intervenção terciária na comunidade e nas transições ao longo da vida”. O mesmo autor define que os objetivos em enfermagem de reabilitação são atingir níveis máximos de independência funcional e atividades de vida diária; promover o autocuidado, prevenir complicações e posterior deficiência; reforçar comportamentos de adaptação positiva; assegurar a acessibilidade e a continuidade de serviços e cuidados; advogar uma qualidade de vida ótima; melhorar os resultados esperados; contribuir para reformas no carácter, estrutura e prestação de cuidados nos serviços de saúde, tendo por finalidade promover estilos de vida saudável, maximizando a qualidade de vida do cliente (Hoeman, 2011).

A enfermagem de reabilitação utiliza técnicas específicas de reabilitação e intervêm na educação dos clientes e pessoas significativas, no planeamento da alta, na continuidade dos cuidados e na reintegração dos clientes na família e na comunidade, proporcionando-lhes assim, o direito à dignidade e à qualidade de vida (OE, 2010b).

Assim, os enfermeiros especialistas em reabilitação estão preparados para prestar cuidados aos clientes com limitações no seu autocuidado, em situações transitórias de doença, bem como nas limitações decorrentes do próprio envelhecimento do ser humano. Perante esta situação, “o cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do seu ciclo de vida, implica não só a mobilização de conhecimentos e de habilidades, mas também a atenção dada a cada situação particular que, inscrita num espaço de tempo concreto é vivenciada por duas pessoas que se encontram, uma que é cuidada e a outra que cuida” (OE, 2010b, p. 25).

Mas o papel do enfermeiro, com especial destaque para o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, não se limita aos cuidados ao cliente dependente. Tem um papel mais abrangente sendo fundamental junto da família, da comunidade e da sociedade. O enfermeiro de reabilitação pela sua formação e atuação profissional desenvolve papéis no âmbito educativo, da gestão, da coordenação e implementação da assistência de enfermagem.

A prestação de cuidados especializados é uma das competências atribuídas ao enfermeiro especialista. Segundo a OE (2010b, p.2), o Enfermeiro Especialista é “o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção”.

Em Portugal, foram publicados em Diário da República (DR), dois documentos legais que vieram definir o perfil das competências comuns do enfermeiro especialista (Regulamento nº 122/2011) e mais especificamente, as competências do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (Regulamento nº 125/2011).

Assim segundo o Regulamento nº 125/2011 as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação são essencialmente: cuidar de clientes com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; capacitar o cliente com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania e maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades do cliente.

Mais recentemente a OE elaborou o regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação (Regulamento 350/2015). Neste documento são descritos os cuidados de enfermagem de reabilitação, que se dirigem ao cliente em todas as fases do ciclo vital, no sentido de: promover o seu projeto de saúde no que respeita à prevenção de riscos de alteração de funcionalidade que determinem limitações da atividade e/ou incapacidade; promover os processos de readaptação sempre que ocorram afeções da funcionalidade; promover a capacidade para o autocuidado do cliente com necessidades especiais ou deficiência.

A tomada de decisão dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação baseia-se na conceção, implementação, monitorização e avaliação de planos de reabilitação diferenciados, baseados na identificação das necessidades específicas do cliente ou grupo no âmbito da funcionalidade. Identifica a problemática, prescreve,

implementa, monitoriza e avalia intervenções que promovam ações preventivas, assegurem a capacidade funcional, previnam complicações, evitem incapacidades ou minimizem o impacto das incapacidades instaladas, ao nível das funções neurológica, respiratória, cardíaca, motora ou de outras deficiências e incapacidades (Regulamento 350/2015).

O mesmo regulamento refere também que o enfermeiro especialista de reabilitação concebe, implementa, monitoriza e avalia programas: de reeducação funcional cardiorrespiratória, motora, sensorial, cognitiva, da sexualidade, da função alimentação e da eliminação, de treino de AVD's e de treino motor e cardiorrespiratório. Assim, contribui para reestruturação no caráter, estrutura e prestação de cuidados nos serviços de saúde, bem como na comunidade.

Em relação ao bem-estar e ao autocuidado, o enfermeiro especialista em Reabilitação maximiza o bem-estar dos clientes e suplementa/complementa as AVD's relativamente às quais o cliente é dependente.

É ainda de salientar a importância na identificação das barreiras arquitetónicas que influenciam a acessibilidade e participação social e o exercício pleno da cidadania. Assim como a cooperação com estruturas da comunidade, visando a promoção de um ambiente seguro para população em geral, e para a população com necessidades especiais (Regulamento 350/2015).

Outras das principais responsabilidades dos enfermeiros de reabilitação, a fim de garantir a continuidade de cuidados com segurança, é otimizar formas de envolvimento da pessoa significativa no processo de reabilitação, capacitando-a para agir como interveniente ativo no planeamento, execução e avaliação dos cuidados (APER, 2011).

Assim, na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro de reabilitação em conjunto com o cliente que necessita de cuidados e o cuidador devem criar processos de adaptação eficazes aos problemas de saúde, otimizar as capacidades para gerir o regime terapêutico prescrito envolvendo as pessoas significativas no processo de cuidados, ensinando e treinando, tendo em conta os recursos existentes no domicílio e o apoio existente na comunidade (Araújo, 2012).

Araújo (2012) afirma que a enfermagem como ciência que cuida o Ser Humano sempre esteve comprometida com a função de educar e orientar, e o enfermeiro é um educador que, dentro da sua prática, precisa estar preparado para desenvolver processos

educativos de forma a favorecerem o desenvolvimento de habilidades básicas para o crescimento pessoal e profissional.

Segundo Hanson (2005) para se implementar um processo de ensino capaz de produzir aprendizagem o enfermeiro deve centrar os seus objetivos na avaliação, recolha de dados, planeamento, tratamento, intervenção e avaliação dos resultados.

O papel do EER na preparação do regresso a casa, tem destaque fundamental, uma vez que é detentor de competências que lhe permitem avaliar a funcionalidade, diagnosticar limitações das AVD e incapacidades, planear e implementar planos de intervenção com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções a nível motor, na adaptação à sua nova condição de vida, a reinserção social e familiar, fomentando a sua dignidade e qualidade de vida (OE, 2010b).

CAPÍTULO 5
ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

A metodologia assenta na planificação da investigação, ou seja, na definição dos meios de modo a obter respostas às questões de investigação. É imprescindível a qualquer trabalho de pesquisa, pois permite delinear todas as etapas do estudo a realizar, que conduzem aos resultados, tal como Fortin (2009, p. 53) afirma “O investigador determina num desenho a maneira de proceder para realizar a investigação”.

Neste capítulo apresenta-se o percurso metodológico adotado, nomeadamente, a justificação da problemática e questão de partida, os objetivos, tipo de estudo, população e amostra, instrumentos de recolha de dados, procedimento de recolha de dados, procedimento de análise e tratamento de dados, e por último algumas considerações éticas.

5.1- A Problemática em Estudo

Verificamos um aumento do envelhecimento das comunidades como consequência do declínio da taxa da natalidade e do aumento da esperança média de vida, Portugal não é exceção, o índice de envelhecimento poderá mais do que duplicar entre 2015 e 2080, passando de 147 para 317 idosos por cada 100 jovens (INE, 2017).

Estima-se que a população com menos de 15 anos de idade residente em Portugal diminuirá, entre 2015 e 2080, passando dos 1,5 milhões para menos de 1 milhão em 2080. A população com 65 ou mais anos de idade passará de 2,1 para 2,8 milhões de pessoas, entre 2015 e 2080 (INE, 2017).

A maioria dos municípios da região Norte apresenta índices de envelhecimento superiores a 100%, os índices mais elevados localizam-se em municípios do interior, nas sub-regiões de Trás-os-Montes, Douro e Minho Lima (ACSS, 2013).

O aumento da esperança média de vida é reconhecido como uma importante conquista, conduzindo a mudanças nas principais causas de morbilidade e mortalidade da população, uma vez que à medida que as pessoas atingem idades mais avançadas, há um aumento no risco de aquisição de doenças crónicas e degenerativas com fortes implicações na utilização de cuidados e serviços de saúde (DGS, 2013).

As políticas sociais e de saúde sugerem a manutenção dos clientes dependentes no seu domicílio, exigindo às famílias um assumir de papéis para os quais nem sempre está preparada, uma vez que cuidar do cliente dependente é complexo e implica diversas adaptações físicas, sociais, cognitivas e emocionais, podendo revelar-se um processo difícil, desgastante e até mesmo vir a comprometer o bem-estar da família que cuida.

A família é a principal fonte de apoio nos cuidados diretos, no apoio psicológico e nos contactos sociais ao cliente dependente (Paúl, 1997, Pimentel, 2000 e Pego, 2013). Esta adota assim um papel central nos cuidados ao cliente dependente no domicílio.

Assumir a responsabilidade da prestação de cuidados ao cliente dependente requer frequentemente uma adaptação por parte do cuidador, muitas vezes familiar, para satisfazer as suas necessidades humanas básicas. Neste sentido, cuidar de clientes dependentes pode gerar angústia, tensão, alterações no bem-estar do cuidador a nível da saúde, da vida social, da rotina familiar, entre outros aspetos, levando isto ao despoletar de inúmeras necessidades/dificuldades (Paúl, 1997; Palma, 1999; Pacheco, 2004; Veríssimo e Moreira, 2004; Santos, 2008; Andrade, 2009; Ricarte, 2009; Sequeira, 2010; Mata e Rodríguez, 2012; Ramos, 2012).

O número de clientes dependentes que regressa ao domicílio após internamento em UMDR é vasto, sendo neste caso os familiares a principal fonte de suporte e frequentemente o único apoio. Assumir o papel de prestador de cuidados traz mudanças na vida do cuidador, sendo preponderante a sua preparação quer a nível técnico, quer emocional. Deste modo é emergente que o planeamento do regresso a casa do cliente dependente se faça de forma sistematizada e estruturada, capacitando o prestador de cuidador para a sua nova função.

O papel do enfermeiro, com especial destaque para o enfermeiro de reabilitação, na preparação para o regresso a casa do cliente dependente é de extrema importância, pois tem de efetuar a identificação das necessidades do cliente e prestador de cuidados, posteriormente planear e implementar planos de intervenção com o objetivo de colmatar as necessidades previamente identificadas.

Da revisão da literatura efetuada sobre o planeamento da alta, os estudos encontrados reportam-se essencialmente ao planeamento da alta hospitalar, habitualmente após internamentos de curta duração, não estando explorada a temática no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Continuados, onde o internamento pode ser de 30 a 90 dias nas Unidades de Média Duração e Reabilitação, período bastante considerável, tornando-se assim pertinente o estudo desta temática.

Torna-se deste modo essencial a investigação ao nível da estruturação do processo de planeamento de alta nas UMDR, para que seja elaborado um procedimento de planeamento de alta no sentido de se alcançar uniformidade do processo e envolvimento do cuidador informal.

Com vista a dar resposta à problemática surgiu a seguinte questão de partida “Qual o processo de planeamento de alta numa Unidade de Média Duração e Reabilitação do cliente dependente?”

Segundo Fortin (2009) o objetivo de um estudo enuncia de forma precisa o que o investigador tem intenção de fazer para obter respostas às suas questões de investigação, pelo que iremos apresentar os objectivos desta investigação.

5.2- Objetivos

Definiram-se os seguintes objetivos para este estudo:

Objectivo geral: Conhecer o processo de planeamento de alta para o domicílio do cliente dependente internado numa UMDR

Objectivos específicos:

- Conhecer as etapas do processo de planeamento de alta numa UMDR, na perspetiva do enfermeiro;
- Conhecer a intervenção do enfermeiro no planeamento de alta;
- Identificar as estratégias utilizadas no planeamento da alta pelo enfermeiro para capacitação do cuidador.

5.3 - Tipo de Estudo

Tendo em consideração as características do estudo que se pretende realizar, a opção metodológica centra-se numa abordagem qualitativa, focalizada em conhecer o processo de planeamento de alta do cliente dependente de uma UMDR para o domicílio.

Um estudo de natureza qualitativa possibilita a proximidade do investigador com o objeto de estudo permitindo a “profundidade aos dados, a dispersão, a riqueza interpretativa, a contextualização do ambiente, os detalhes e as experiências únicas (Hernández Sampiéri, Collado e Lucio, 2006, p.15). Chizzotti (2006, p. 289) acrescenta que a pesquisa qualitativa “pretende interpretar o sentido do evento a partir do significado que as pessoas atribuem ao que falam e fazem”.

Optamos por um estudo qualitativo de natureza exploratória-descritiva, pois propomo-nos explorar o processo de planeamento da alta junto dos participantes selecionados. É de carácter exploratório, porque se propõe a compreender e interpretar um fenómeno, recolhendo informações junto da população selecionada, proporcionando uma descrição detalhada do fenómeno em estudo. Descritivo, pois pretende descrever e compreender um fenómeno vivido por uma dada população, ou conceptualizar uma determinada situação (Fortin, 2009).

A prática da enfermagem caracteriza-se como sendo profundamente humana e dinâmica, o objetivo principal de uma investigação nesta área visa a descrição e a compreensão das experiências humanas, assume assim, um cariz verdadeiramente humanista, logo qualitativo (Carpenter, 2002). É uma investigação empírica que indaga um fenómeno contemporâneo no seu ambiente natural. Através da mesma pretendemos analisar e aprofundar conhecimentos, compreender os factos, sem efetuar qualquer tipo de generalizações. Pretendemos essencialmente, explorar a temática e sobretudo tentar criar novos dados que permitam a compreensão dos fenómenos, que em última instância, contribuirão para a melhoria dos cuidados de enfermagem, nomeadamente da enfermagem de reabilitação.

5.4- População e Amostra

Na investigação qualitativa, a escolha das participantes não acontece de forma aleatória, obedece a uma série de critérios para garantir que as características destes dão resposta aos objetivos do estudo (Fortin, 2009). A seleção dos participantes é efetuada tendo em conta um conjunto de critérios que permitam assimilar o fenómeno tal como é vivido e relatado pelos participantes (Fortin, 2009).

Fortin (2009, p. 312) define população como “um conjunto de elementos ou sujeitos que têm características comuns”, que no conjunto preenchem os critérios de seleção previamente definidos, relatando ainda que a amostra é “a fração de uma população sobre a qual se faz o estudo” e que esta deve ser representativa da população.

Sobre este pressuposto Hernandez Sampiéri, Fernández Collado e Batista Lucio (2013, p. 403) narram que a amostra em estudos qualitativos é intencional e que “deveremos colher os dados, sem que necessariamente seja representativo do universo ou população que estudamos”, porquanto, o tamanho da mesma não tem relevância do ponto de vista probabilístico pois o intuito do investigador não é a generalização.

Com base nestes pressupostos, a população alvo deste estudo é constituída por enfermeiros que prestam cuidados numa Unidade de Cuidados Continuados de Média Duração e Reabilitação da Região Norte.

Considerando que a amostra “é a fração de uma população sobre a qual se faz o estudo” (Fortin, 2009, p. 312), selecionamos a nossa amostra por conveniência, que consiste na escolha de indivíduos facilmente acessíveis, pela sua presença num determinado local, num preciso momento, e que respondem a critérios de inclusão precisos (Fortin, 2009).

Tendo em atenção o foco de investigação a que nos propusemos e os objetivos da mesma, e para uma melhor definição dos participantes do estudo, definimos o seguinte critério de inclusão:

- Trabalhar numa Unidade Cuidados Continuados de Média Duração e Reabilitação da Zona Norte há mais de 1 ano.

A amostra deste estudo é constituída por dez enfermeiros, tendo com estes se obtido a saturação dos dados através das entrevistas semiestruturadas.

5.5- Instrumentos e Procedimentos de Recolha de Dados

As investigações com abordagem qualitativa privilegiam os métodos de colheita e tratamento de dados flexíveis e favorecedores do aprofundamento dos conhecimentos sobre os fenómenos (Fortin, 2009).

A entrevista é o principal método de recolha de dados nas investigações qualitativas, pois possibilita ao investigador um contacto direto com os participantes e o acesso a uma vasta amplitude de dados para análise, que o sujeito entrevistado transmite com base nas suas ideias e opiniões, de forma não condicionada. Pode ser não estruturada, englobando questões abertas, pelo que se apresenta como um método de colheita de dados marcado pela flexibilidade (Coutinho, 2011). De facto, o contacto direto que se estabelece entre o investigador e o participante, aquando da realização da entrevista, favorece a adaptação do primeiro às questões e/ou possibilita o pedido de informação adicional sempre que tal se revele pertinente (Coutinho, 2011).

Dada a natureza deste estudo optamos por uma entrevista semiestruturada como método de recolha de dados, que implica a existência de um guião previamente organizado e que é o eixo orientador do desenvolvimento da mesma (Apêndice A), facilitando o recordar de

todos os conteúdos a focar e permitindo a livre expressão de opiniões dos entrevistados sobre cada um dos assuntos (Hernandez Sampiéri, Fernández Collado e Batista Lucio, 2013).

O guião da entrevista era composto por quatro partes, a primeira consistia na apresentação do investigador e do objetivo do estudo, a segunda na caracterização do entrevistado, seguindo-se a terceira parte em que corresponde às questões orientadoras da entrevista e por último o fim da entrevista, com o agradecimento ao entrevistado pela sua participação.

Foi realizada a validação da entrevista, através de um pré-teste a dois enfermeiros não incluídos na população em estudo, de forma a poder avaliar se a mesma era de fácil compreensão e também para treino do investigador, não tendo, no entanto, sido realizados ajustes à mesma. Trata-se de uma forma, segundo Fortin (2009, p. 386) de “descobrir os defeitos (...) e fazer correções que se impõe”. Após a realização do mesmo, foi possível estimar o tempo médio de duração da entrevista, aperfeiçoar a técnica e validar a entrevista formulada.

Na estruturação da entrevista foram considerados os objetivos da investigação, com o intuito de se obterem dados que nos permitissem conhecer o processo de planeamento de alta do cliente dependente de uma UMDR, para o domicílio. A efetivação da mesma iniciou-se com apresentação do entrevistador, dos objetivos do estudo e a importância do mesmo. Partiu de questões globais e estruturantes, direcionando-se progressivamente para as questões mais específicas, facultando o pensamento livre e favorecendo a exploração da resposta dos participantes, tendo uma duração que variou entre 30 e 45 minutos. A sua gravação foi efetuada em registo áudio, após consentimento informado dos participantes (Apêndice B). A colheita de dados efetuou-se num gabinete para garantir a privacidade e o conforto, no local onde os entrevistados exerciam a sua atividade, conforme o seu pedido, de forma a não acarretar gastos económicos acrescidos com deslocações. Estas decorreram entre novembro de 2016 e janeiro de 2017.

Uma fonte valiosa de dados qualitativos são os documentos, estes podem ajudar a entender o fenómeno em estudo (Hernandez Sampiéri, Fernández Collado e Batista Lucio, 2006), pelo que consideramos pertinente efetuar uma análise documental dos registos de enfermagem existentes no processo de oito clientes dependentes, que tiveram alta para o domicílio. Esta análise tem como objetivo conhecer o que se encontra

documentado sobre o planeamento de alta e permitir perceber a relação entre o que está em uso e o que pensam os enfermeiros.

Foi elaborada uma grelha (Apêndice C) para recolha de dados em análise, nomeadamente sobre: nível dependência do cliente nas AVD's segundo a Medida de Independência Funcional (MIF); ensinios ao cliente (momento em que foram realizados e tipo de ensinios); ensinios ao prestador de cuidados (momento de realização dos mesmos e tipo de ensinios); ajudas técnicas utilizadas nos ensinios; ajudas técnicas aconselhadas a serem adquiridas e realização de visita domiciliária para avaliação de barreiras arquitetónicas.

5.6- Procedimento de Análise e Tratamento de Dados

Após a realização das entrevistas, surgiu a necessidade de tratar e analisar os dados obtidos, de forma a estruturar a procura das respostas aos objetivos de investigação.

Neste sentido, e visto que os dados obtidos resultam do testemunho das perceções pessoais, a análise de conteúdo constitui o método mais adequado já que é um dos métodos de análise textual reiteradamente utilizado na análise de dados qualitativos (Hernandez Sampiéri, Fernández Collado e Batista Lucio, 2013).

Bardin (2011, p. 42) refere que a análise de conteúdo é “um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/receção (variáveis inferidas) destas mensagens”. Tem como objetivo organizar, sintetizar e fornecer estrutura aos dados da pesquisa, de modo a se conseguir obter respostas adequadas às questões de investigação.

A primeira etapa do procedimento para a análise de conteúdo é a descrição analítica, onde se procede ao tratamento da informação contida nas mensagens (Bardin, 2011). “O analista, no seu trabalho de poda, é considerado como aquele que delimita as unidades de codificação, ou as de registo” (Bardin, 2011, p. 38). Após transcrição integral das entrevistas para o formato escrito (codificadas de E1 a E10), foi efetuada uma análise em três etapas segundo o método de Bardin (2011). Primeiro desenvolveu-se uma pré-análise, através de uma leitura impressionista ou “flutuante”, com a finalidade de captar o sentido global de cada entrevista para proceder a uma aproximação dos dados. Foram

identificadas posteriormente as diferentes áreas temáticas, conceptualmente válidas, e procedeu-se à sua categorização, através da semelhança de conteúdos. Todos os temas que representavam um mesmo significado foram agrupados na mesma categoria. Esta codificação sofreu sucessivamente alterações até à sua codificação final. Após isto, quando dadas como concluídas, passou-se à identificação das subcategorias, obtendo-se uma matriz de dados final (Apêndice D).

As categorias de análise foram elaboradas, com base nas regras definidas, tal como preconizado por Hernandez Sampiéri, Fernández Collado e Batista Lucio (2013), que passamos a apresentar no quadro que se segue.

Quadro 1- Regras aplicadas na elaboração de categorias

CATEGORIA	REGRA APLICADA
Momento	Período temporal em que é efetuada a tomada de decisão do destino pós alta do cliente.
Interveniente	Profissional de saúde e ou Cuidador que tiveram intervenção na tomada de decisão do destino pós alta do cliente.
Fatores influenciadores	Aspetos que interferem na definição do destino pós alta do cliente.
Após conhecimento do destino pós alta	Período de tempo em que é iniciada a capacitação do PC.
1º mês de internamento	Período de tempo que abrange os primeiros trinta dias após admissão.
2º a 3º mês de internamento	Período de tempo que abrange entre os trinta a noventa dias após admissão.
Identificação das necessidades do cuidador	Identificar: “Avaliar: Estabelecer sistematicamente a identidade de alguém ou de alguma coisa” (CIPE, 2011) Necessidade: “Carácter do que se precisa mesmo; carácter do que é indispensável ou imprescindível” (Infopédia, 2017)
Identificação das áreas prioritárias de Educação Para a Saúde	A Educação para a Saúde (EPS) tem como principais objetivos ajudar as pessoas a desenvolverem a sua capacidade de tomada de decisão, responsabilizando-as pela sua saúde. Pretende-se que as pessoas se sintam capazes para colaborarem nos processos de mudança, com vista à adoção de estilos de vida saudáveis e promotores de saúde (OE, 2011)
Planeamento da Educação Para a Saúde	Planear: “Coordenar: Ponderar, ordenar e organizar previamente alguma coisa” (CIPE, 2011)
Capacitação para os autocuidados	Capacitação: “ato ou efeito de capacitar(-se), de tornar(-se) capaz” (Infopédia, 2017) Autocuidado: “Atividade executada pelo próprio: Tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades da vida diária” (CIPE, 2011)
Envolvimento do prestador de cuidados	Envolvimento: “Ato ou efeito de envolver ou envolver-se; contexto em que algo se insere; participação ativa em determinado projeto” (Infopédia, 2017) Prestador de Cuidados (PC): “Indivíduo: Aquele que assiste na identificação,

	prevenção, ou tratamento da doença ou incapacidade, aquele que atende às necessidades de um dependente” (CIPE, 2011).
Ensino/Instrução	Ensinar: “Informar: Dar informação sistematizada a alguém sobre temas relacionados com a saúde” (CIPE, 2011) Instruir: “Ensinar: fornecer informação sistematizada a alguém, sobre como fazer alguma coisa” (CIPE, 2011)
Treino	Treinar: “Instruir: Desenvolver as capacidades de alguém ou o funcionamento de alguma coisa” (CIPE, 2011)
Fatores facilitadores no planeamento de alta	Fator: “Aquele que faz alguma coisa; elemento que concorre para um resultado...” (Infopédia, 2017) Facilitar: “Tornar simples ou fácil; ajudar; auxiliar...” (Infopédia, 2017)
Fatores dificultadores no planeamento de alta	Dificultar: “Tornar difícil; levantar dificuldades a; embaraçar; complicar” (Infopédia, 2017)
Continuidade cuidados	Continuidade de cuidado: “Sequencialidade, no tempo e nos sistemas de saúde e de segurança social, das intervenções integradas de saúde e de apoio social (Manual do Prestador, 2011).
Prevenção complicações	Prevenir: “Atender: Parar ou impedir o acontecimento de alguma coisa” (CIPE, 2011) Complicação: “Resposta física” (CIPE, 2011)
Aquisição de conhecimentos	Aquisição: “Processo através do qual se adquire alguma coisa (qualidade, conhecimento, prática); aprendizagem...” (Infopédia, 2017) Conhecimento: “Status: conteúdo específico de pensamento baseado na sabedoria adquirida, na informação ou aptidões aprendidas, conhecimento e reconhecimento de informação” (CIPE, 2011)
Capacitação para cuidar	Capacitação: “ato ou efeito de capacitar(-se), de tornar(-se) capaz” (Infopédia, 2017) Cuidar: “Tratar de alguém, garantindo o seu bem-estar, segurança...” (Infopédia, 2017)
Encaminhamento para serviços de apoio na comunidade	Orientação efetuada pelos enfermeiros/equipa multidisciplinar quando é identificado défice de conhecimentos e capacidades do Prestador de Cuidados.
Enfermeiro referência	Enfermeiro responsável pelos cuidados ao cliente, nomeadamente pelos ensinamentos ao cliente/cuidador.
Visita Domiciliária	Deslocação ao domicílio do cliente.
Continuidade de cuidados no domicílio	Acompanhar todo o processo de adaptação do cliente/cuidador no domicílio pela equipa multidisciplinar da UMDR após a alta do cliente para o domicílio.

5.7-Considerações Éticas

A investigação tem obrigação de respeitar sempre os princípios éticos, devendo ser tomadas todas as precauções para proteger a privacidade de cada sujeito de investigação e a confidencialidade dos seus dados pessoais (Declaração de Helsínquia, 2013). Segundo Fortin (2009) a investigação aplicada a seres humanos pode, por vezes, causar danos aos direitos e liberdades das pessoas. Por conseguinte, é importante tomar todas as disposições necessárias para proteger os direitos e liberdades das pessoas que participam nas investigações.

Neste sentido, e porque este estudo será realizado com pessoas, impõe-se a definição de um limite que tem a ver com o respeito pela pessoa e com a proteção dos direitos de viver livre e dignamente enquanto ser humano. Assim, e com base neste princípio, os direitos dos participantes, nomeadamente o direito à autodeterminação, à intimidade, ao anonimato e à confidencialidade, serão absolutamente protegidos. Com este fim, os participantes da UMDR do Norte onde decorreu a colheita de dados foram informados da finalidade, dos objetivos e dos benefícios que se atribuiu à sua participação no estudo.

Em Portugal, o dever de informar é objeto de regulação nos regimes deontológicos dos diferentes profissionais de saúde. Segundo a norma n.º 125/2013, emanada pela DGS, independentemente de exercerem em instituição pública ou privada e do vínculo contratual a que se obrigam, os profissionais de saúde devem procurar o consentimento informado da pessoa que a eles recorre, respeitando o “princípio ético do respeito pela autonomia, em que se reconhece a capacidade da pessoa em assumir livremente as suas próprias decisões sobre a sua saúde e os cuidados que lhe são propostos” (Portugal, DGS, 2013, p. 7). Para Carpenter (2002, p. 39), o consentimento informado deve exigir no mínimo “que seja dado aos seres humanos informação verdadeira e suficiente para os ajudar a decidir se desejam ser participantes na investigação”. Desta forma o seu consentimento livre e esclarecido foi dado através da assinatura de um formulário de consentimento, do qual constaram os elementos atrás mencionados. Foi garantida ainda a confidencialidade do anonimato e dos dados, bem como decisão livre de participar.

CAPÍTULO 6
APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo apresentam-se os resultados dos dados obtidos através da análise de conteúdo das dez entrevistas realizadas (codificadas de E1 a E10) e da análise do registo documental de dados.

Principiamos com a caracterização dos participantes e posteriormente procedemos à apresentação e interpretação dos resultados que emergiram das entrevistas e do registo documental.

6.1- CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

A caracterização dos participantes neste estudo está representada no quadro que se segue.

Quadro 2: Caracterização dos enfermeiros

Participante	Idade	Género	Experiência Profissional em UMDR (anos)
E1	24	Feminino	2
E2	29	Feminino	7
E3	24	Feminino	2
E4	28	Masculino	2
E5	29	Feminino	7
E6	33	Feminino	9
E7	24	Feminino	2
E8	29	Feminino	3
E9	24	Feminino	2
E10	31	Feminino	7

Verificamos que os Participantes apresentam uma média de idades de 27,5 anos, é constituída na sua maioria por indivíduos do género feminino (nove indivíduos do género feminino e um do género masculino) e uma média de anos de experiência profissional de 4,3.

6.2- Na voz dos Participantes

Através das entrevistas fomos conhecer o que pensam e fazem os Enfermeiros sobre o processo de planeamento de alta numa UMDR.

Iniciaremos pela apresentação de cada área temática e respectivas categorias e subcategorias, sob a forma de quadros, de forma a proporcionar uma análise e interpretação dos discursos mais facilitada, aos quais se seguem excertos das entrevistas, efetuar-se-á a interpretação e discussão dos resultados através de um “texto narrativo”, com a finalidade de elucidar melhor a análise efetuada.

Dos dados obtidos através da análise de conteúdo das entrevistas efetuadas aos participantes, emergiram oito áreas temáticas, apresentadas sumariamente no quadro 3, sendo que toda a informação obtida através das entrevistas pode ser consultada na matriz de redução de dados (Apêndice D).

Quadro 3: Áreas temáticas, categorias e subcategorias emergentes das entrevistas

ÁREA TEMÁTICA	CATEGORIA	SUB-CATEGORIA
Tomada decisão do destino pós alta	Momento	Não existe
		Durante o 1º mês internamento
		Entre o 2º e o 3º mês internamento
		Reunião de equipa
	Intervenientes	Assistente Social
		Cuidador/família/ Assistente Social
		Equipa multidisciplinar
	Fatores influenciadores	Dependência do cliente
		Apoio familiar
		Condições do domicílio
		Apoio económico
		Estado consciência do cliente
		Vontade do cliente/ família
Capacitação do prestador de cuidados	Após conhecimento do destino pós alta	
	1º mês de internamento	
	2º a 3º mês de internamento	
Intervenção do Enfermeiro junto do prestador de cuidados	Identificação das necessidades do cuidador	Questionar experiência
		Explicar as necessidades do cliente
		Avaliar conhecimentos e capacidades
	Identificação das áreas prioritárias de EPS	Ajudas técnicas
		Recursos/Barreiras arquitetónicas
	Planeamento da EPS	Agendamento
		Disponibilidade do prestador de cuidados
		Momento preferencial
	Outros momentos	

	Capacitação para os autocuidados	Higiene
		Vestir/despir
		Posicionar
		Transferir
		Comer/beber
		Andar
		Uso sanitário
Estratégias utilizadas pelo enfermeiro para capacitar o prestador de cuidados	Envolvimento do PC	Relação empática
		Adaptação da linguagem
		Motivação
		Participação gradual nos cuidados
	Ensino/Instrução	
	Treino	
Fatores Influenciadores do planeamento de alta	Fatores facilitadores	Experiência prévia do PC
		Ausência de experiência prévia
	Fatores dificultadores	Experiência prévia do PC
		Recursos humanos
Importância atribuída pelo enfermeiro à educação do cuidador	Continuidade cuidados	
	Prevenção complicações	
Impacto da intervenção do Enfermeiro	Aquisição de conhecimentos	Sim
		Não
	Capacitação para cuidar	Sim
		Não
	Encaminhamento para serviços de apoio na comunidade	SAD
		ECCI
Sugestões dos enfermeiros para melhorar o processo de planeamento de alta	Enfermeiro referência	
	Visita Domiciliária	
	Continuidade de cuidados no domicílio	

TOMADA DECISÃO DO DESTINO PÓS ALTA

Esta área temática permite conhecer o procedimento de tomada de decisão do destino pós alta na perspectiva do enfermeiro. Da análise dos discursos dos participantes surgiram três categorias: Momento, Intervenientes e Fatores que interferem na definição do destino, conforme exposto no quadro 4.

Quadro 4- Tomada decisão do destino pós alta

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10
Momento	Não existe		X		X		X				X
	Durante o 1º mês internamento						X				
	Entre o 2º e o 3º mês internamento					X		X	X		X
	Reunião de equipa	X					X				
Intervenientes	Assistente Social		X	X			X	X	X		X
	Equipa multidisciplinar						X				
Fatores que interferem na definição do destino	Dependência do cliente		X			X	X				X
	Apoio familiar		X		X			X		X	
	Condições do domicílio		X		X		X				
	Apoio económico		X			X					X
	Estado consciência do cliente					X					
	Vontade do cliente/família					X		X			

Da categoria **Momento** emergiram quatro subcategorias: Não existe, Durante o 1º mês internamento, Entre o 2º e o 3º mês internamento e Reunião de equipa.

Na subcategoria *Não existe* quatro dos participantes salientaram não estar definido na instituição em estudo o momento de tomada decisão do destino pós alta do cliente.

E2 “Não existe um período do internamento para definição do destino pós-alta.”

E4 “(...) não exista um momento específico para delinear o destino pós alta do cliente.”

E6 “Não existe ainda bem definido, não existe um procedimento definido na unidade (...)”

E10 “(...) não existe um procedimento que identifique este momento (...)”

Na subcategoria *Durante o 1º mês de internamento*, um participante mencionou que o momento da tomada de decisão do destino pós alta ocorre neste período.

E6 “(...)é normalmente no 1º mês (...)”

Na subcategoria *Entre o 2º e o 3º mês internamento* quatro dos participantes referiram que este era o momento em que decorria a tomada decisão do destino pós alta.

E5 “(...) o destino pós alta é definido entre o 2º e 3º mês de internamento.”

E7 “(...) [definição destino pós alta] habitualmente se faz só no 2º ou 3º mês de internamento.”

E8 “Em média o destino pós alta é definido no 2º mês de internamento.”

E10 “(...) o que fazemos é um mês antes do internamento terminar saber através da AS qual será o possível destino pós alta.”

Por último a subcategoria *Reunião de equipa*, dois dos participantes relataram que o destino pós alta do cliente era dado a conhecer quando se realizavam as reuniões da equipa multidisciplinar.

E1 “(...) esse momento [definição destino pós alta] será depois nos dito [enfermeiros] posteriormente conforme reunião multidisciplinar da equipa.”

E6 “Nas reuniões multidisciplinares que decorrem quinzenalmente, (...)”

Do discurso dos participantes podemos concluir que não existe um momento temporal definido para a tomada de decisão face ao destino pós alta do cliente, constatando-se que a maioria dos participantes referem não existir momento definido ou que esta decisão acontece entre o 2º e 3º mês. No entanto, existem duas referências ao facto de esta decisão ser tomada quando se faz reunião de equipa, mas não sendo perceptível o momento em que essa ocorre e apenas uma referência ao facto de esta decisão acontecer no 1º mês de internamento.

Grimmer [et al.], 2006, in Ferreira, 2011, menciona que o planeamento da alta se trata de um processo contínuo e que deve ser iniciado no dia da admissão. Também, outros autores salientam a importância do planeamento da alta, ou seja, todo o processo que antecede o momento de alta, nomeadamente da alta hospitalar, mas não propriamente o momento da tomada de decisão do destino pós alta.

No entanto, consideramos que o momento da tomada de decisão do destino pós alta do cliente deve estar prevista e não acontecer ao acaso e que deveria ser desde logo iniciado, de modo a possibilitar uma programação atempada da capacitação do PC.

Na categoria **Intervenientes** dos discursos dos participantes surgiram, após a análise de conteúdo duas subcategorias: Assistente Social e Equipa multidisciplinar.

Relativamente à subcategoria *Assistente Social*, cinco participantes referiram que este é o principal interveniente na tomada da decisão do destino pós alta do cliente.

E3 “(...) decidir o destino pós alta isto será uma tarefa da Assistente Social, (...)”

E6 “Na 1ª semana de internamento a família tem uma reunião com AS, onde é abordado este tema, e a família manifesta a sua vontade, se é o domicílio (...)”

E7 “De referir que é efetuado pela AS [definição do destino pós alta].”

E8 “A AS reúne com o PC e decidem qual será o destino pós alta do utente.”

E10 “(...) saber através da AS qual será o possível destino pós alta (...)”

Três participantes mencionaram ainda que a tomada de decisão do destino pós alta é efetuada entre a assistente social e a família.

E2 “(...) [destino pós alta] é definido com a família e assistente social”

E3 “A assistente social em conjunto com a família (...)”

E6 “(...) destino é uma articulação do cuidador/família e a técnica serviço social.”

Por fim, na subcategoria *Equipa multidisciplinar*, um participante faz referência à participação da equipa multidisciplinar, nomeadamente da equipa de enfermagem.

E6 “A equipa [enfermagem] claro que participa referindo a dependência do utente para que o cuidador considere numa primeira fase se é capaz ou não de o cuidar em casa.”

E6 “Nas reuniões multidisciplinares que decorrem quinzenalmente, todas as quinta-feira, é feita essa questão [destino pós alta] à AS e ela comunica o que se está a programar para cada utente.”

Na narrativa dos participantes podemos concluir que o profissional de saúde com maior interveniência na tomada de decisão face ao destino pós alta do cliente é a Assistente Social. Verifica-se a menção apenas por parte de um participante à equipa multidisciplinar, onde faz referência à participação do enfermeiro.

A Unidade de Missão dos Cuidados Continuados Integrados preconiza que o planeamento de alta deve ser realizado em equipa multidisciplinar, pelo cliente dependente e pela família ou pessoa significativa, constituindo este aspeto uma das indicações do Manual do Prestador (2011).

Também, Grimmer [et al.], 2006, in Ferreira, 2011, corrobora, a importância de envolver o cliente, a família e a equipa de saúde, visando a garantia de obtenção de ganhos em saúde, quando se refere ao processo de planeamento de alta e Petronilho (2013) no seu estudo menciona que na maioria dos casos, o médico assistente intervém na decisão sobre o destino do cliente dependente no autocuidado no momento da alta hospitalar. No entanto, também verificou que o enfermeiro responsável naquele turno pelo cliente

dependente, a família ou o próprio cliente dependente, tiveram uma participação significativa.

Tavares (2011) no seu estudo refere que os enfermeiros, o cliente dependente e a família, não fazem parte do processo de tomada de decisão, apesar de ser concordante quanto ao nível de participação da equipa médica e Gomes (2013) no seu estudo refere que o planeamento de alta diz respeito às atividades desenvolvidas por uma equipa multidisciplinar, que facilita a transferência do cliente de uma instituição para outra ou para a comunidade, assegurando a continuidade da prestação de cuidados.

No entanto, constatamos que no contexto em que se desenvolveu o estudo, o preconizado pela Unidade de Missão não está a ser cumprido, uma vez que a equipa multidisciplinar integra diferentes profissionais de saúde, nomeadamente o Enfermeiro que sendo detentor de competências técnico-científicas e relacionais de elevado nível e pelo seu contacto direto e constante com o cliente e família, se constitui como um membro privilegiado na preparação do regresso a casa do cliente dependente, pelo que deverá ter parte ativa nesta tomada de decisão. Salienciamos que o enfermeiro no âmbito da educação para a saúde, dota os cidadãos de conhecimentos, capacidades, atitudes e valores que os ajudem a fazer opções e a tomar decisões adequadas ao seu projeto de saúde.

Consideramos, ainda, que estas equipas devem integrar um EER será sempre uma mais-valia, pelas diferentes e especializadas competências que detêm, uma vez que o Enfermeiro Especialista é “o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção” (OE,2010, p.2).

Por último, na categoria **Fatores que interferem na definição do destino** da análise dos discursos dos participantes emergiram seis subcategorias: Dependência do cliente; Apoio familiar; Condições do domicílio; Apoio económico; Estado consciência do cliente; e Vontade do cliente/ família.

Na subcategoria *Dependência do cliente*, quatro participantes referiram que o grau de dependência do cliente interfere na definição do destino pós alta do cliente.

E2 “(...) grau de incapacidade do utente (...)”

E5 “ (...) grau de dependência do utente (...)”

E6 “(...) a dependência que o utente tem (...)”

E10 “(...) tipo de dependência do cliente (...)”

A subcategoria *Apoio familiar* é relatada por quatro participantes, apenas os clientes que possuem um suporte familiar que assegure os cuidados após a alta, têm a possibilidade de regressar ao domicílio de origem em segurança.

E2 “(...) presença de retaguarda familiar (...) disponibilidade para cuidar(...)”

E4 “(...) suporte familiar adequado e integrado nas necessidades do cliente (...)”

E7 “ (...) retaguarda familiar (...)”

E9 “(...) se tem retaguarda familiar, se o cuidador tem capacidades para assegurar a continuidade de cuidados.”

As *Condições do domicílio* surgem como uma subcategoria, narrada por três participantes, é descrita como um fator preponderante na definição do destino pós alta.

E2 “(...) domicílio adaptado (...)”

E4 “(...) a estrutura física no domicílio.”

E6 “(...) a adaptação do domicílio, se este possuir barreiras arquitetónicas (...)”

A subcategoria *Apoio económico* foi citada por três participantes.

E2 “(...) situação económica (...)”

E5 “(...) poder económico do utente/família (...)”

E10 “(...) Situação socioeconómica do cliente”

Na subcategoria *Estado consciência do cliente*, constatamos da existência de uma referência

E5 “(...) estado de consciência do utente (...)”

A subcategoria *Vontade do cliente/família*, foi referida por dois participantes.

E5 “(...) vontade do utente.”

E7 “Se a família (...) desejar levar o utente para casa após a alta (...)”

Do discurso dos participantes podemos concluir que existem vários fatores que interferem na definição do destino pós alta do cliente. Sendo que o maior número de referências se situa na subcategoria dependência do cliente e apoio familiar, há três referências às condições do domicílio e ao apoio económico como fatores que interferem na definição do destino, duas referências à vontade do cliente/família e apenas uma referência ao estado de consciência do cliente.

A instauração da dependência num dos membros da família gera alterações no seio familiar, sendo muito relevante a coesão familiar e a capacidade de organização das

próprias famílias, face aos desafios colocados pela necessidade de integrar e tomar conta do membro dependente. Segundo Petronilho (2013) este foi um aspeto, também, referido pelos profissionais de saúde na decisão sobre o destino pós alta, com particular relevância, quando estes identificam processos familiares que podem colocar em causa a própria transição da família face à integração do membro dependente.

A família, ao ser considerada como um sistema pela interdependência entre os seus membros que a faz funcionar como uma unidade, a instalação da dependência num dos seus elementos, afeta-a como grupo. Consequentemente, a atenção a dar à saúde não deve limitar-se ao dependente, já que a doença é um processo coletivo que afeta toda a unidade familiar (Lage, 2007).

Nas famílias estruturadas, a prestação de cuidados ao membro dependente assenta na organização das exigências, na interdependência das relações e das tarefas, no uso de estratégias alternativas e numa história familiar afetiva que se foi construindo ao longo do tempo (Lage, 2007).

Petronilho (2013) menciona a atitude e participação do cliente dependente/família, como aspetos importantes no processo de decisão sobre o destino do familiar, como um fator que pode influenciar o destino do familiar dependente após a alta. As condições pessoais são dimensões que influenciam as transições (Meleis et al., 2000, Meleis, 2010), onde se destaca alguns aspetos como o significado, referido como a importância que é atribuída pelo cliente dependente e familiares à transição, quer em relação ao evento crítico responsável pela transição, quer em relação ao processo de transição em si mesmo.

As condições do domicílio, a necessidade de proceder à adaptação dos espaços da habitação (quarto, casa de banho, espaços comuns) muitas vezes com dimensões limitadas e com estruturas e equipamentos que passam a ser desadequados à nova condição de saúde do familiar dependente (escadas, banheira, degraus, a disposição dos móveis nas divisões mais frequentadas), o acesso exterior à habitação, constituem barreiras limitadoras quer da autonomia do familiar dependente, quer do exercício do papel do cuidador (Petronilho, 2013).

Em muitas situações, as equipas de saúde são confrontadas com esta realidade, agindo de forma a facilitar todo este processo de reorganização do espaço da habitação, o que, também, é determinante para que o destino pós alta seja o domicílio.

O EER tem também um papel ativo na identificação das barreiras arquitetónicas, assim como no planeamento de intervenções para a readaptação ao domicílio otimizando os

recursos existentes, procurando maximizar as capacidades funcionais do cliente (Regulamento 350/2015).

Lage (2007) menciona que atualmente ser-se cuidador informal implica assumir a responsabilidade dos cuidados como complemento da ação do Estado, em todas as dimensões, sendo que as questões financeiras se evidenciam mais do que nunca, devido à crise do sistema de saúde e de proteção social.

Vários estudos evidenciam as implicações da condição socioeconómica na capacidade funcional dos clientes dependentes e, em particular, naqueles que se encontram em situação de dependência, uma vez que os problemas financeiros provocam limitações na manutenção e capacidade no autocuidado, na satisfação das relações sociais e no acesso a serviços de suporte profissional (Borg, Hallberg & Blomquist, 2006; Rodrigues, 2007). Outros estudos são concordantes com esta evidência de que o status socioeconómico das famílias pode ser determinante para as transições associadas ao exercício do papel de prestador de cuidados (Brito, 2002; Lage, 2005; Martins, 2006; Meleis, 2010; Paúl, 1997).

Petronilho (2013) na sua investigação concluiu que as famílias desconhecem a existência de determinados apoios financeiros e a forma de lhes aceder. Menciona ainda que estamos perante resultados que merecem maior apropriação por parte das equipas de enfermagem. O planeamento e a implementação de modelos de intervenção devem incluir terapêuticas de enfermagem que informem adequadamente as famílias que integram membros dependentes acerca da possibilidade de obterem os recursos financeiros a que têm direito, mediante a avaliação das entidades responsáveis pela respetiva atribuição.

O EER como possuidor de um corpo específico de conhecimentos tem o dever de informar o cliente/família sobre os recursos disponíveis na comunidade, de forma a promover a continuidade do processo de prestação de cuidados pelo cuidador.

O facto de o cliente apresentar alteração do estado de consciência é um fator apontado como critério na definição do destino pós alta. Clientes desorientados são com mais frequência encaminhados para outros destinos pós alta que não o domicílio, comparativamente aos que apresentam o estado de consciência preservado.

A vontade do cliente/família é apontada com um critério para que o destino do cliente seja o domicílio, mas nem sempre essa decisão pode ser considerada a mais adequado face a determinadas situações. Petronilho (2013) no seu estudo, constatou que o desejo da

família e do próprio cliente dependente são apontados como as razões que justificam o destino pós alta ser considerado inadequado, embora com um número de casos pouco significativo. Muitas vezes a família não está devidamente capacitada para cuidar do seu familiar dependente em casa.

Capacitação do prestador de cuidados

A área temática capacitação do prestador de cuidados possibilitou conhecer o momento em que era iniciada esta capacitação. Da análise dos discursos dos dez participantes emergiram três categorias: Após conhecimento do destino pós alta, 1º mês de internamento e 2º e 3º mês de internamento, conforme descrito no quadro 5.

Quadro 5- Capacitação do prestador de cuidados

CATEGORIA	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10
Após conhecimento do destino pós alta	X	X	X						X	X
1º mês de internamento	X				X					
2º a 3º mês de internamento			X		X	X	X	X		

Na categoria **Após conhecimento do destino pós alta** cinco dos participantes mencionaram que a capacitação do PC tem início após conhecimento do destino pós alta do cliente, não havendo referência a um período temporal.

E1 “A capacitação do PC inicia-se após termos conhecimento do destino pós alta.”

E2 “(...) após definição do destino pós-alta.”

E3 “A partir do momento em que nós sabemos que o utente irá para o domicílio (...)”

E9 “Desde o momento em que é decidido em equipa multidisciplinar qual é o destino pós alta, (...) inicia-se o mais rapidamente possível a sua capacitação.”

E10 “ (...) capacitação é mais ativa após se conhecer o destino pós alta do cliente de forma a serem realizados de acordo com as necessidades de cada cliente.”

Dois participantes referiram que a capacitação se iniciou no **1º mês de internamento**.

E1 “Salvo algumas exceções em que os clientes vão passar fim de semana ao domicílio logo desde o primeiro mês de internamento, (...) esta capacitação do PC inicia-se muito mais cedo, de modo a capacita-los no sentido de poderem prestar todos os cuidados que o cliente necessita.”

E5 “Quando o prestador de cuidados visita frequentemente o utente (...) a capacitação do mesmo é iniciado precocemente, logo no 1º mês de internamento.”

Por último, a categoria **2º a 3º mês de internamento** foi citada por cinco participantes.

E3 “A capacitação do PC inicia-se entre o segundo e o terceiro mês de internamento.”

E5 “Na maioria dos casos, a capacitação do PC é iniciada no 3º mês de internamento”

E6 “(...) [capacitação do cuidador] normalmente mais para o final de internamento, um mês antes da alta, (...) já é feito o ensino com a real necessidade do utente.”

E7 “Por norma é iniciada no último mês de internamento.”

E8 “Normalmente é realizada no 3º mês de internamento, (...) é efetuada uma capacitação mais dirigida às necessidades do utente.”

Da narrativa dos participantes concluímos que não existe um momento temporal definido para o início da capacitação do PC, o maior número de referências situa-se após o conhecimento do destino pós alta do cliente e 2º a 3º mês de internamento. Verifica-se existirem duas referências ao 1º mês de internamento.

O Manual do Prestador (2011) orienta para que a preparação da alta seja iniciada antecipadamente, de modo a permitir articular da melhor forma a alta do cliente, mas não define o que entende por antecipadamente.

Branco (2015) no seu estudo verificou que o ensino/Instrução/treino do PC para a satisfação dos autocuidados era efetuado no último mês de internamento, concluindo ser insuficiente para a maioria dos cuidadores informais, e não indo de encontro ao preconizado pela RNCCI (envolvimento do cuidador desde a admissão do cliente na UMDR). Sugere que seria relevante englobar o cuidador na dinâmica do autocuidado, acompanhando a par e passo a evolução do cliente dependente.

Efetivamente consideramos que é neste enquadramento que deve ser otimizada a capacitação do cuidador e que o enfermeiro deve envolver o cuidador desde o momento da admissão de modo a que haja mais tempo para efetivar a sua capacitação e permitindo uma maior familiarização com os cuidados.

Intervenção do enfermeiro junto do prestador de cuidados

Esta área temática dá a conhecer qual a intervenção do enfermeiro junto do PC no planeamento da alta. Das narrativas dos participantes resultaram quatro categorias: Identificar as necessidades do cuidador; Identificar áreas prioritárias de EPS; Planeamento da EPS e Capacitação para os autocuidados, conforme enumerado no quadro 6.

Quadro 6- Intervenção do Enfermeiro junto do PC no planeamento da alta

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10
Identificar as necessidades do cuidador	Questionar experiência		X				X		X	X	X
	Explicar as necessidades do cliente						X				X
	Avaliar conhecimentos e capacidades	X		X	X	X	X	X		X	X
Identificar áreas prioritárias de EPS	Ajudas técnicas						X				
	Recursos/Barreiras arquitetónicas		X								X
Planeamento da EPS	Agendamento	X	X	X	X	X			X	X	
	Disponibilidade do PC	X	X		X	X	X		X	X	
	Momento preferencial	X					X				X
	Outros momentos	X	X				X			X	
Capacitação para os autocuidados	Higiene	X	X	X			X	X	X	X	X
	Vestir/despir	X	X				X	X			X
	Posicionar	X	X	X	X		X	X	X	X	X
	Transferir	X	X		X		X	X	X	X	X
	Comer/beber	X	X		X		X		X	X	X
	Andar		X								
	Uso sanitário		X							X	

Da categoria **Identificar as necessidades do cuidador** resultaram três subcategorias: Questionar experiência, Explicar as necessidades do cliente e Avaliar conhecimentos e capacidades.

Na subcategoria *Questionar experiência* cinco dos participantes salientaram a importância de conhecer se o PC tem experiência prévia em cuidar de um cliente com alguma dependência.

“ (...) questiono o cuidador se já cuidou de alguém dependente, se tem algum conhecimento sobre isso. (...) peço para me dizer o que sabe, de forma a adequar os ensinamentos.” E2

“(…) questionar o cuidador sobre alguns autocuidados, se já alguma vez os fez, como os faz, e tentar corrigir ou apoiar o que esta a fazer.” E6

“As necessidades são avaliadas conversando com o cuidador sobre os conhecimentos que tem sobre os vários autocuidados.” E8

“(…) perceber se [PC] já tem algum tipo de experiência” E9

“Eu o que faço é questionar o cuidador sobre os aspetos que mais o preocupa em relação ao cuidar.” E10

A subcategoria *Explicar as necessidades do cliente* foi referenciada por dois participantes, em que davam a conhecer ao PC as necessidades do cliente que este irá cuidar no domicílio.

“ (...) dar o exemplo de todas as necessidades que a pessoa tem durante um dia, (...). Em cada uma destas etapas, ver se o cuidador tem conhecimentos e capacidades.” E6

“Tendo em conta as necessidades do cliente explico-as ao cuidador enquanto exemplifico (...).” E10

Na subcategoria *Avaliar conhecimentos e capacidades* foram oito os participantes que fizeram referência à mesma, mencionando a forma como efetuavam a avaliação dos conhecimentos e capacidades do PC.

“(...) PC visita frequentemente o utente (...) longo do tempo vai se avaliando as suas capacidades e as necessidades que tem de ensinos.” E1

“É através da observação da execução dos autocuidados que o enfermeiro vai avaliar se o PC possui conhecimentos e capacidades ou não, para poder delinear os ensinos a fazer.” E3

“As dificuldades [PC] são avaliadas durante os ensinos presenciais.” E4

“As necessidades do PC (...) são avaliadas na 1ª sessão de ensinos (...)” E5

“(...) [avaliação das necessidades do PC] durante a sua visita ao utente.”

E5

“A avaliação das necessidades do cuidador é feita no primeiro dia de ensinos agendado, (...)” E6

“As necessidades do cuidador são avaliadas nas sessões de ensino/instrução/treino agendadas pela equipa de Enfermagem.” E7

“Passa pelo enfermeiro perceber se o cuidador terá a capacidade de assegurar a continuidade de cuidados no domicílio (...)” E9

“(...) perceber se [PC] (...) se tem condições físicas e psicossociais para cuidar.” E9

“Identificar as dificuldades sentidas pelo doente e família na satisfação das necessidades e planear o ensino em função das mesmas, (...)” E10

Dos discursos dos participantes concluímos que a identificação das necessidades do cuidador é efetuada de três formas, questionando a sua experiência em cuidar de um cliente dependente, explicando-lhe as necessidades do cliente e avaliando os seus conhecimentos e capacidades. O maior número de referências situa-se na avaliação dos conhecimentos e capacidades do cuidador, verifica-se também grande alusão ao questionar a sua experiência, por último apenas se verificaram duas referências ao explicar as necessidades do cliente.

O EER tem por objetivo a promoção do bem-estar e do autocuidado, assim deve analisar com o cliente e pessoas significativas as alterações da funcionalidade, definindo com ela as estratégias a implementar, os resultados esperados e as metas a atingir de forma a promover a autonomia e a qualidade de vida (Regulamento 350/2015).

Gomes (2013) corrobora com o supracitado, afirmando que cabe ao enfermeiro não assumir apenas o papel de transmissor de conhecimentos, mas também desempenhar o de alguém que, respeitando o educando e criando um ambiente caloroso, dinamiza a exploração das necessidades de aprendizagem por parte do educando, facilita a compreensão das atividades de cuidar e escuta atenta e ativamente as emoções e sentimentos do familiar cuidador, no sentido de o tranquilizar e de lhe permitir o mais possível manter-se confiante e sereno.

Pereira (2015) em concordância com a autora anterior, afirma que para o profissional de Enfermagem, a vivência deste processo de transição deve ser avaliada de forma a identificar as reais e potenciais necessidades do familiar cuidador, evitando centralizar o cuidado apenas no cliente dependente.

Ainda, Rodríguez e Prieto (2007) salientam, que os enfermeiros devem planejar as suas ações de acordo com as necessidades dos familiares cuidadores, pois esta é uma das mais importantes etapas no planeamento da alta.

Os enfermeiros têm nesta área um papel perfeitamente autónomo e primordial na ajuda aos familiares no sentido de estes levarem os seus familiares para o domicílio com a certeza de serem bem cuidados. Devem avaliar diversos fatores tais como, o nível de conhecimento do cuidador sobre o estado da doença do seu familiar, os tratamentos necessários e as suas implicações, os conhecimentos pré-existentes e as capacidades que os cuidadores têm para executar as atividades afetadas do familiar, assim como as experiências anteriores vividas pelo cuidador que possam influenciar as necessidades de aprender (Branco, 2005).

A Enfermagem, enquanto disciplina e arte do cuidar, assume grande responsabilidade nas consequências que advêm de inadaptação do familiar cuidador face às necessidades apresentadas pelo dependente. Portanto, o campo de intervenção dos enfermeiros no decorrer do planeamento da alta deve focar-se nas necessidades decorrentes da alteração da condição de saúde do cliente, com enfoque no repertório de conhecimentos e capacidades do familiar cuidador e nas potenciais situações de crise que a condição de cuidar pode gerar (Petronilho, 2013).

Da categoria **Identificar áreas prioritárias de EPS** emergem duas subcategorias: Ajudas técnicas e Recursos/Barreiras arquitetônicas.

A subcategoria *Ajudas técnicas* foi relatada por apenas por um participante.

“(...) determinar quais as ajudas técnicas ideais para aquela pessoa tendo em conta as barreiras arquitetônicas existentes no domicílio.” E6

Por último a subcategoria *Recursos/Barreiras arquitetônica* foi mencionada por dois participantes.

“(...) [conhecer] a situação habitacional (os recursos existentes, por exemplo se tem polibã ou banheira), (...)” E2

“Aconselhar a adaptação do mobiliário e reorganização do espaço físico no domicílio do doente, bem como a remoção de barreiras arquitetônicas, (...)” E10

Da narrativa dos participantes verificamos uma diminuta alusão no que diz respeito às áreas prioritárias de EPS. As mencionadas são os recursos/barreiras arquitetônicas, com duas referências, e apenas uma referência às ajudas técnicas.

Branco (2015) no seu estudo concluiu que a maioria dos cuidadores informais entrevistados considerou que a identificação das barreiras arquitetônicas, enquanto fatores dificultadores no regresso a casa, ocorreu unicamente na reunião de admissão na UMDR. Aproximadamente 50% da amostra denunciou a ausência de orientação e monitorização da equipa relativamente a este aspeto fundamental na readaptação do cliente em situação de dependência ao domicílio, o que contribuiu para que somente após o regresso a casa se apercebam das verdadeiras limitações.

A existência de clientes dependentes no seio familiar leva a que as famílias tenham, frequentemente, 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 (reorganização da disposição dos móveis, eliminação de degraus entre as divisões, reestruturação do WC, melhoria do acesso no exterior da habitação) (Petronilho, 2013).

A Ordem dos Enfermeiros (2010) destaca como competências do EER no âmbito dos cuidados continuados integrados: planear, implementar e monitorizar programas de reabilitação, atendendo ao envolvente; identificar barreiras arquitetônicas e elaborar propostas de eliminação das mesmas; criar e gerir bolsas de ajudas técnicas, envolvendo a comunidade e promover a reintegração do cliente no domicílio. Assim, importa realçar

que o EER tem que assumir um papel ativo no planeamento do regresso a casa do cliente dependente, intervindo antecipadamente através da identificação de barreiras e no encontro das melhores soluções, de forma a facilitar a readaptação do cliente dependente ao seu domicílio e orientar todo o processo de capacitação do PC, face ao contexto real.

Relativamente às ajudas técnicas o estudo de Petronilho (2013) mostra que as reduzidas taxas de utilização de equipamentos necessários por parte dos PC e dos próprios dependentes são, em grande medida, fruto de um sério desconhecimento por parte das famílias acerca da existência desses mesmos recursos, o que torna pertinente refletir sobre a responsabilidade profissional dos enfermeiros neste processo. Este estudo mostra que as taxas de utilização de equipamentos/ajudas técnicas utilizadas pelas famílias para dar resposta às necessidades associadas aos diferentes domínios do autocuidado são manifestamente baixas e revelam, ainda, uma associação positiva, estatisticamente significativa, entre a taxa de utilização de equipamentos/ajudas técnicas utilizadas e a perceção de autoeficácia dos PC.

Na categoria **Planeamento da EPS** emergiram quatro subcategorias: Agendamento, Disponibilidade do PC, Momento preferencial e Outros momentos.

A subcategoria *Agendamento* foi mencionada por sete participantes, em que estes descrevem o modo como é efetuado o agendamento da EPS (momento de capacitação do PC), através de contacto telefónico ou presencialmente, sendo este contacto efetuado principalmente pelo enfermeiro, mas podendo também ser pela assistente social.

“(…) é sempre articulado quer por contato pessoal quer telefónico com PC” E1

“Os ensinos são programados por nós, pessoalmente ou por telefone (…).” E2

“(…) pela assistente social aquando das reuniões periódicas, que depois nos comunica.” E2

“Aqui o enfermeiro entra em contacto com o PC, via telefone ou presencialmente, agendando um dia, uma hora em que este comparece para serem realizados os ensinos.” E3

“(…) os ensinos são programados com os familiares por via telefónica ou via presencial, (…).” E4

“O prestador de cuidados é contactado via telefone ou durante uma visita para agendar a sessão de ensinos (…).” E5

“São agendados presencialmente ou via telefone (…).” E8

“(…) é feito contacto telefónico e são marcados os dias para a realização dos ensinos (…).” E9

A subcategoria *Disponibilidade do PC* foi salientada por sete participantes, que realçaram que o momento de capacitação do PC é sempre agendado tendo em conta a disponibilidade do mesmo.

“No agendamento da realização de ensinios é sempre tida em conta a disponibilidade do PC.” E1

“O momento para realizar ensinios não esta previamente definido, é negociado com o PC segundo a sua disponibilidade.” E2

“(…) tentando sempre que possível estabelecer um horário que favoreça a presença dos prestadores de cuidados.” E4

“(…) agendar a sessão de ensinios conforme a sua disponibilidade.” E5

“Os ensinios são efetuados em qualquer dia da semana, inclusive fim-de-semana, e em qualquer turno, manhã ou tarde, tendo sempre em conta a disponibilidade do cuidador.” E6

“São agendados (...) para o dia e hora que o cuidador tenha disponibilidade, em qualquer dia da semana e fim-de-semana, tanto no período da manhã como da tarde.” E8

“(…) são marcados os dias para a realização dos ensinios, de acordo com a sua disponibilidade.” E9

A subcategoria *Momento preferencial* foi referida por três participantes, sendo que o turno da manhã é apontado como preferencial para efetuar a capacitação do PC.

“(…) geralmente sempre turnos da manhã para dar possibilidade de realizar ensinios sobre cuidados de higiene e conforto (...)” E1

“Nós costumamos solicitar ao cuidador a vinda no turno da manhã, porque engloba mais autocuidados (...)” E6

“(…) [realização ensinios] no turno da manhã uma vez que é o turno em que o cliente estará envolvido em mais autocuidados (...)” E10

Por último, a subcategoria *Outros momentos* foi citada por quatro participantes, uma vez que sempre que o PC se encontre na unidade a visitar o cliente pode ser efetuada a sua capacitação, não havendo qualquer tipo de restrição quanto ao dia da semana ou período do dia.

“(…) eventualmente o PC só tiver possibilidade no período da tarde, mesmo que se trate de ensinios sobre cuidados de higiene no período da tarde, já sabemos previamente e estamos preparados para realizar ensinios nesse período.” E1

“Muitas vezes, também aproveitamos momentos de visitas para realizar/reforçar alguns ensinios.” E2

“Os ensinios são efetuados em qualquer dia da semana, inclusive fim-de-semana, e em qualquer turno, manhã ou tarde (...)” E6

“Muitas vezes são aproveitados os momentos de visita para efetuar ensinamentos ao cuidador.” E8

Do discurso dos participantes aferimos que o planejamento da EPS do cuidador engloba vários aspectos, nomeadamente, o agendamento, a disponibilidade do PC, momento preferencial e outros momentos. Sendo que o maior número de referências se situa no agendamento e na disponibilidade do PC. Verifica-se existirem três referências ao momento preferencial e quatro referências a outros momentos.

Consideramos que é fundamental permitir ao PC decidir o dia e a hora que tem disponibilidade para se deslocar à unidade para ser efetuada a sua capacitação, tendo em conta as necessidades do cliente dependente que irá cuidar e que este princípio deve nortear todo o planejamento de capacitação do PC, tendo sempre presente que ser cuidador de um cliente dependente é um papel exigente, que requer tempo quer para a adaptação esta nova condição quer para a aquisição de habilidades.

Os estudos de Shyu (2000), Rotondi et al. (2007), Turner et al. (2007) e Pringle et al. (2008), mostram que a transição para o exercício do papel de cuidador é um momento crítico, um processo muito complexo, uma experiência que envolve um estado emocional potencialmente instável, portanto, um processo muito difícil para as famílias.

Petronilho (2013) no seu estudo concluiu que apesar da maioria das famílias ser avaliada positivamente quanto à sua “disponibilidade para se envolver no processo de tomar conta do familiar dependente”, considera como significativo o facto de em cerca de um quarto dos casos avaliados, a disponibilidade ser reduzida. Refere ainda que uma das dimensões considerada muito importante no seu estudo, reporta-se ao potencial do PC para tomar conta. Trata-se de um conceito central da enfermagem e muito relevante no âmbito do fenómeno em estudo.

Pereira (2007) remete-nos para algumas das variáveis envolvidas no potencial de aprendizagem do PC para tomar conta que podem influenciar a aquisição de mestria. Reportando-se a aspectos relacionados com a capacidade de memória, a disponibilidade física, a motivação, as experiências anteriores de cuidar e as situações de coping centrado nas emoções.

Vários estudos recomendam a necessidade de programas de apoio efetivo aos PC, onde os enfermeiros devem desempenhar uma ação importante, tendo em conta as expectativas e necessidades dos mesmos, facilitando o exercício do seu papel, com

particular atenção, ao período imediato à alta (Pringle et al., 2008; Shyu, 2000b; Schumacher, 1995; Schumacher et al., 2000; Shyu et al., 2008; Stoltz et al., 2004).

Bishop, Walker e Spivak (2013) também realçam a importância da presença da família no internamento durante a prestação de cuidados, sendo esta uma oportunidade para incluir a família no processo de cuidados e estabelecer uma parceria de cuidados e realizar ensinamentos com vista à preparação para a alta.

Na categoria **Capacitação para os autocuidados** emergiram sete subcategorias: Higiene, Vestir/despir, Posicionar, Transferir, Comer/beber, Andar e Uso sanitário.

A subcategoria *Higiene* foi notificada por oito participantes.

- “(…) higiene (…)” E1
- “(…) autocuidado higiene (…)” E2
- “(…) o autocuidado higiene (…)” E3
- “(…) tomar banho (…)” E6
- “(…) higiene (…)” E7
- “(…) higiene (…)” E8
- “(…) higiene (…)” E9
- “(…) higiene (…)” E10

A subcategoria *Vestir/despir* foi relatada por cinco participantes.

- “(…) vestir e despir (…)” E1
- “(…) vestir/despir (…)” E2
- “(…) vestir/despir (…)” E6
- “(…) vestir/despir (…)” E7
- “(…) o vestir/despir (…)” E10

A subcategoria *Posicionar* foi a mais referida, num total de nove participantes.

- “(…) o posicionamento (…)” E1
- “(…) posicionar-se (…)” E2
- “(…) posicionar-se.” E3
- “(…) posicionar-se.” E4
- “(…) posicionar-se (…)” E6
- “(…) posicionar-se.” E7
- “Posicionamentos (…)” E8
- “Autocuidado posicionar-se (…)” E9
- “(…) posicionar-se (…)” E10

A subcategoria *Transferir* foi exposta por oito participantes.

“(...) a transferência (...)” E1

“(...) transferir-se (...)” E2

“(...) transferir-se (...)” E4

“(...) o transferir-se (...)” E6

“(...) transferir- se (...)” E7

“(...) transferências (...)” E8

“(...) transferir-se (...)” E9

“(...) transferir-se (...)” E10

A subcategoria *Comer/beber* foi mencionada por sete participantes.

“(...) a nível da alimentação, prevenção de aspiração.” E1

“(...) comer/beber(...)” E2

“(...) autocuidado alimentar-se, nos utentes com disfagia com o objetivo de prevenir aspiração, (...)” E4

“(...) assim como o alimentar-se é muito importante, pelo risco de aspiração que os utentes têm.” E6

“(...) alimentação.” E8

“(...) comer/beber(...)” E9

“(...) o alimentar-se.” E10

A subcategoria *Andar* foi referida apenas por um participante.

“(...) andar (...)” E2

Por último, a subcategoria *Uso sanitário* foi relatada por dois participantes.

“(...) uso do sanitário. (...)” E2

“(...) uso do sanitário.” E9

Do discurso dos participantes podemos concluir que uma das intervenções do enfermeiro junto do PC no planeamento da alta é a capacitação para a satisfação dos autocuidados. Exceto um participante, os restantes nove, fizeram referência a um ou mais autocuidados distintos. Sendo que o maior número de referências, nove, foi para o autocuidado posicionar-se, seguido de oito referências para os autocuidados higiene e transferir, sete referências para autocuidado comer/beber, cinco referências para vestir/despir. Apenas dois participantes referenciam o autocuidado uso sanitário e um o autocuidado andar.

O papel do enfermeiro não se limita aos cuidados ao cliente dependente, tem um papel mais abrangente sendo fundamental junto da família, da comunidade e da sociedade. O

enfermeiro desenvolve a sua atuação no âmbito educativo, da gestão, na coordenação e implementação da assistência de enfermagem.

Assim, os enfermeiros estão preparados para prestar cuidados aos clientes com limitações no seu autocuidado, assim como promover a aquisição de capacidades pelo PC para cuidar, fomentando a sua confiança no seu desempenho. Para que o cliente dependente tenha os cuidados adequados às suas necessidades é necessário preparar o PC e avaliar as suas capacidades para o desempenho do seu papel de cuidar.

O Enfermeiro Especialista em Reabilitação é assim um elemento fundamental na capacitação do PC, “o cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do seu ciclo de vida, implica não só a mobilização de conhecimentos e de habilidades, mas também a atenção dada a cada situação particular que, inscrita num espaço de tempo concreto é vivenciada por duas pessoas que se encontram, uma que é cuidada e a outra que cuida” (OE, 2010, p. 25).

Estratégias Utilizadas pelo Enfermeiro para Capacitar o Prestador de Cuidados

Esta área temática expõe as estratégias utilizadas pelo enfermeiro para capacitar o PC, das narrativas dos participantes resultaram três categorias: Envolvimento do PC, Ensino/Instrução e Treino, conforme enumerado no quadro 7.

Quadro 7- Estratégias utilizadas pelo enfermeiro para capacitar o prestador de cuidados

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10
Envolvimento do PC	Relação empática				X	X	X		X		X
	Adaptação da linguagem		X			X					X
	Motivação	X		X					X	X	
	Participação gradual nos cuidados		X			X	X		X		X
Ensino/Instrução		X	X	X			X		X		
Treino								X			X

Da categoria **Envolvimento do PC** emergiram quatro subcategorias: Relação empática; Adaptação da linguagem; Motivação e Participação gradual nos cuidados.

Na subcategoria *Relação empática* cinco dos participantes mencionaram-na como estratégia de envolver o PC na sua capacitação.

“(...) envolver o cuidador, estabelecendo (...) uma relação empática com o cuidador.”E4

“(...) estabelecendo com o mesmo uma relação empática.” E5

“(...) outra estratégia é dizer-lhes se tiveres dúvidas podem telefonar.” E6

“É importante criar uma relação de empatia com o cuidador (...)” E8

“É fundamental fazer perceber ao cuidador que não esta sozinho e que em qualquer dificuldade ou dúvida pode contactar-nos.” E10

A subcategoria *Adaptação da linguagem* foi citada por três participantes.

“É importante também a adaptação da linguagem ao cuidador (...)” E2

“É importante a adaptação da linguagem ao prestador de cuidados (...)”E5

“(...) a utilização adequada da linguagem.”E10

A subcategoria *Motivação* foi nomeada por quatro participantes.

“(...) é necessário explicar-lhes [PC] a importância de realizar ensinios para a prestação de cuidados no pós alta, no domicilio, (...) para que eles se mostrem mais disponíveis para a planeamento de alta.”E1

“(...) tento sempre explicar que em casa ele terá de ser capaz de cuidar, por isso é importante que ele participe ativamente na prestação dos cuidados.”E3

“No caso de o cuidador se demonstrar renitente aos ensinios, tento explicar-lhe a importância dos ensinios para que adquira conhecimentos e capacidades para cuidar.”E8

“Quando um cuidador não se demonstra motivado para os ensinios, é importante mostra-lhe que será importante adquirir certos conhecimentos (...)”E9

Por último a subcategoria *Participação gradual nos cuidados* foi notificada por cinco participantes.

“Um outro aspeto é convidar o cuidador a ajudar a prestar cuidados, quando estivesse presente, como por exemplo nos posicionamentos, transferências, alimentação, levando a que sentisse parte integrante no cuidar.”E2

“(...) envolve-lo gradualmente no processo de capacitação (...)”E5

“(...) captar atenção do cuidador quando cá está e fazer-lhes ensinios pontuais e não uma sessão de ensinios, porque eu considero que muitos deles quando vêm a uma sessão de ensinios programada acham que vêm para serem avaliados.” E6

“Para a capacitação do cuidador é importante efetuar ensino, instrução e treino de uma forma gradual.” E8

“(...) importante que se vá capacitando o prestador de cuidados de forma gradual e não apenas numa ou duas sessões de ensinios.” E10

Do discurso dos participantes podemos concluir que o envolvimento do PC é uma das estratégias utilizadas pelo enfermeiro para a sua capacitar o PC. O maior número de referências é dado à relação empática e à participação gradual nos cuidados, com cinco referências cada. Constatam-se quatro referências à motivação e apenas três à adaptação da linguagem.

O Decreto Lei nº101/2006 de 6 de junho, refere que um dos objetivos da RNCCI é o apoio aos familiares ou prestadores informais na respetiva qualificação e na prestação de cuidados, e um dos seus princípios é a participação e co-responsabilização da família e dos cuidadores principais na prestação de cuidados.

Existe uma preocupação constante por parte dos profissionais de saúde em adequar a linguagem usada nos ensinamentos à pessoa que está a receber esses ensinamentos. No entanto, verifica-se que mesmo fazendo essa adequação, nem sempre se conseguem bons resultados, uma vez que grande parte das pessoas desconhece por completo as necessidades inerentes ao cuidar de um cliente dependente, assim como os materiais e técnicas que podem utilizar para os ajudar no cuidar.

Concordamos com Stanhope e Lancaster (2011) ao referirem que a informação transmitida pelo enfermeiro deve ser clara, relevante, e ir ao encontro das necessidades do cuidador. O enfermeiro deve mostrar-se confiante, paciente, flexível e imaginativo, abordando os temas com exatidão e convicção por forma a evitar expressões vagas e confusas. Deve ter cuidado com a linguagem utilizada, escolhendo palavras percetíveis e que o cliente dependente e família entendam e dominem, pois, o uso de terminologia técnica faz com que eles se sintam confusos.

Deste modo, o enfermeiro enquadra-se na definição de Boud (1988, cit. por Oliveira 2004) que considera que o facilitador da aprendizagem é aquele que auxilia os outros a aprender, independentemente de a ação decorrer em contexto formal ou informal.

Gomes (2014) afirma que o enfermeiro é percebido como o profissional que apresenta uma relação mais próxima com a família e o cliente dependente, aquele que acompanha e orienta, que se mostra disponível para o esclarecimento de dúvidas, bem como o principal responsável pelos ensinamentos que são realizados ao cuidador.

A categoria **Ensino/Instrução** foi mencionada por cinco participantes, como sendo esta uma das estratégias utilizadas na capacitação do PC.

“(...) começo por explicar os procedimentos a utilizar adequados ao utente (...)” E1

“Existem cuidadores mais inseguros mas que conseguem com reforço dos ensinamentos prestar os devidos cuidados.”E1

“(...) deverá realizar-se primeiramente um ensino (...) e não partir logo para o fazer, que pode criar ansiedade e insegurança no cuidador e posteriormente convidar a participar.”E2

“(...)é feita uma avaliação no sentido de avaliar necessidade de marcação de mais ensinamentos para reforço (...)” E2

“Na capacitação do PC primeiro ensino como deve fazer determinado autocuidado, demonstrando, posteriormente a instrução e por fim o treino.” E3

“(...) os que demonstram dúvidas nós voltamos a fazer o reforço de ensino.” E6

“Para a capacitação do cuidador é importante efetuar ensino, instrução e treino de uma forma gradual.” E8

Por último a categoria **Treino** foi citada por dois participantes.

“A capacitação passa pelas sessões de ensino/instrução e treino, dando especial importância às sessões de treino.”E7

“Realizar o treino com o doente e família sobre os exercícios e estratégias adaptativas adequadas às suas necessidades (...)” E10

Através da narrativa dos participantes podemos concluir que o Ensino/Instrução e o Treino são também duas estratégias utilizadas pelo enfermeiro para capacitar o PC. Constata-se existirem cinco referências ao Ensino/Instrução e apenas duas referências ao Treino.

Os PC necessitam de ensinamentos e treinos no sentido da satisfação das necessidades do cliente pois muitas dessas necessidades não podem ser respondidas simplesmente pela intuição, mas sim com conhecimento efetivo. Os ensinamentos ao PC permitem a transmissão de conhecimentos com vista à correta prestação de cuidados e o treino acompanhado permite o desenvolvimento de habilidades e a consolidação de conhecimentos, com vista à maior autonomia e confiança do PC face ao papel que irá desempenhar na satisfação das necessidades do seu familiar.

Castro (2009) refere que quando os enfermeiros valorizam a aprendizagem da família, nomeadamente do cuidador principal, contribuem para que esta esteja preparada para assumir uma nova responsabilidade, a de cuidar do seu familiar. O ensino efetuado em

contexto institucional é um instrumento que o enfermeiro deve usar com o objetivo de garantir a qualidade dos cuidados prestados no domicílio.

Para facilitar a participação do PC no cuidar, é necessário a desmistificação das técnicas inerentes ao cuidar, uma vez que para a maioria dos familiares, o confronto com situações de dependência representa o desconhecido bem como a forma de dar continuidade aos cuidados que o seu familiar vai necessitar quando regressar ao domicílio. Assim, o Enfermeiro tem um papel fundamental na preparação do PC, onde as atividades de ensino e treino, de forma gradual e direcionadas para as reais necessidades, vai permitir que o cuidador perceba que estas atividades são perfeitamente alcançáveis, transmitindo-lhe segurança para a transição para o novo papel que vai assumir.

Bub et al (2006); APER (2011); Artigo 4º do regulamento nº 125/2011; Tomey e Alligood in Queirós, Vidinha e Filho (2014) defendem que o EER detém competência científica, técnica e humana que lhe permite atuar de uma forma mais eficaz no sentido de providenciar a ajuda necessária na satisfação das necessidades e no restabelecer do autocuidado, suprimindo limitações no cliente, no cuidador informal e no seu contexto natural de vida, com o propósito de manter a vida e alcançar o máximo potencial de saúde e bem-estar.

Esta constatação demonstra o quão é importante a existência do EER, pois é uma mais-valia para a equipa multidisciplinar que atua na UMDR e, conseqüentemente para o cliente e para o seu cuidador informal.

Fatores Influenciadores do Planeamento de Alta

Esta área temática permite conhecer os fatores influenciadores do planeamento de alta. Da análise dos discursos dos participantes surgiram duas categorias: Fatores facilitadores no PA e Fatores dificultadores no PA, conforme exposto no quadro seguinte.

Quadro 8- Fatores influenciadores do PA

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10
Fatores facilitadores no PA	Experiência prévia do PC	X		X	X	X		X	X	X	
	Ausência de experiência prévia do PC		X			X	X				X
	Recursos Materiais	X	X	X	X	X	X		X	X	X

Fatores dificultadores no PA	Experiência prévia do PC		X				X		X		
	Recursos Humanos						X				X

Da categoria **Fatores facilitadores no PA** emergiram três subcategorias: Experiência prévia do PC; Ausência de experiência prévia do PC e Recursos Materiais.

Na subcategoria *Experiência prévia do PC* sete participantes referiram que esta é um fator facilitador no PA.

“(…) PC que já possua conhecimentos (…) vai influenciar o planeamento de alta, porque já temos um trabalho antecipado daquilo que queremos fazer para a alta.” E1

“A experiência prévia influencia, porque por vezes num primeiro momento o PC se já nos diz que tem conhecimento sobre determinado autocuidado, aproveitamento e efetivo já a instrução e o treino para observar se o conhecimento que possui é correto e se tem capacidades.” E3

“Um prestador com alguma experiência é sem dúvida uma mais valia para o cliente pois já se sente mais à vontade e confiante do que um prestador sem experiência prévia.” E4

“Quando existe experiência prévia do PC, é uma mais valia e o planeamento da alta poderá ser iniciado mais tardiamente.” E5

“Quando o cuidador já tem experiência facilita não só a aquisição de novos conhecimentos, como facilita a sua adaptação ao seu papel.” E7

“Quando o cuidador tem conhecimentos prévios poderá ajudar uma vez que já possui conhecimentos.” E8

“Sim com os cuidadores que já tem conhecimentos acaba ser mais fácil, pois estão mais motivados, já têm conhecimento de qual a etapa que os espera.” E9

Realçamos o facto de dois participantes considerarem que a Ausência de experiência prévia do PC é um fator facilitador.

“A falta de experiência, quando há uma real vontade de tratar de alguém é um benefício (…)” E6

“E pessoa sem experiência e querem que o utente vá para casa, tem vontade, adquirem muito melhor aquilo que lhes é ensinado.” E6

“A meu ver a falta de experiência é um fator facilitador na realização de ensinamentos pois são estes os cuidadores mais interessados em aprender para poderem prestar cuidados.” E10

A subcategoria *Recursos Materiais* foi relatada por nove participantes, apenas um não a mencionou.

“(...) cama articulada, o colchão de pressão alterna, (...) cadeira de rodas ou cadeirão, disco de transferência e cinto de transferência também se ajusta a alguns utentes e é também necessário efetuar ensinamentos a família neste sentido.” E1

“Se utente deambular com algum auxiliar de marcha, efetuar ensinamento ao PC sobre o mesmo, cama articulada, colchão pressão alterna, caso seja necessária, cadeira rodas, cadeirão.” E2

“Na unidade dispomos de uma vasta gama de dispositivos de apoio, nomeadamente cadeira sanitária, almofadas de espuma, cinto transferência, cadeira rodas, auxiliares de marcha.” E3

“(...) dispomos até ao momento de recursos físicos e materiais adequados a cada estado de saúde, (...). Dispomos de canadianas, andarilhos com e sem rodas, cadeiras de rodas de hemiplégicos, tábua de transferência, maca banheira para cuidados de higiene, entre outros.” E4

“Na unidade dispomos de inúmeros recursos materiais, nomeadamente cadeira de rodas, cadeiras sanitárias, camas articuladas, cintos transferência, tabua transferência, rebordos de prato, talheres adaptados, entre muitos outros.” E5

“Na unidade dispomos de muitos recursos, cinto transferência, disco giratório, até temos uma banheira (...) tabua para colocar na banheira, grua elevatória para utentes mais pesados, (...), cadeiras de rodas de hemiplégicos, entre muitos outros. Dispomos de uma vasta gama de recursos para efetuarmos ensinamentos, sempre adequados a cada situação.” E6

“Cadeiras sanitárias, disco de transferência, cadeira de rodas, dispositivos auxiliares de marcha, a unidade dispõe de uma vasta gama de dispositivos auxiliares.” E8

“Cadeira sanitária, tabua de transferência, cinto de transferência, cadeira de rodas entre outros que dispomos na unidade.” E9

“(...) possuímos na instituição um vasto leque de recursos (...) desde cadeira de rodas adaptadas, grua elevatória, tabua de transferência, cinto de transferência disco giratório banheira.” E10

Através do discurso dos participantes concluímos que estes consideram existir três fatores facilitadores do PA, a experiência prévia do PC, a ausência de experiência prévia do PC e os recursos materiais. Verificamos maior número de referências, sete, no que se refere à existência de experiência prévia do PC, contudo dois participantes mencionaram que o facto de o PC não ter experiência prévia é um fator facilitador no PA. Constata-se ainda nove referências aos recursos materiais.

A experiência prévia assume um papel de destaque tendo sido verbalizada pela maioria dos participantes. Estes dados corroboram um dos princípios considerado mais consistente e robusto da andragogia, aquele que afirma que a experiência é o mais rico recurso para a aprendizagem. Os adultos possuem um capital acumulado de experiência,

o qual deve ser a principal base de novas aquisições e, por isso mesmo, deverá optar-se sempre que possível por uma individualização das atividades de aprendizagem (Knowles, Holton e Swanson, 2005).

Ainda a este propósito, e reforçando o papel da experiência no processo de aprendizagem, Kolb (1984) considera que os indivíduos não respondem todos da mesma forma aos diferentes desafios de aprendizagem, não se movem da mesma maneira na transição entre os diferentes modos de aprendizagem e não utilizam as mesmas estratégias adaptativas em relação à aprendizagem. As escolhas que a pessoa faz, determinam os acontecimentos que vive e estes, por sua vez, influenciam as escolhas futuras, daí que o enfermeiro deva procurar conhecer aspetos ligados às experiências que os cuidadores já possuem, uma vez que as mesmas influenciam a qualidade dos cuidados que serão prestados.

A aprendizagem experiencial não obedece a uma lógica cumulativa e aditiva, mas sim de recomposição, ou seja, os novos saberes são construídos integrando os já detidos pela pessoa (Pires, 2005), que no caso do PC do cliente dependente são os conhecimentos decorrentes de outras experiências ligadas ao ato de cuidar. Assim, o enfermeiro enquanto principal interveniente na preparação do PC, deve ter em consideração as experiências anteriores dos mesmos, procurando estabelecer pontes significativas com essas experiências, de modo a personalizar e enriquecer o mais possível os ensinamentos que realiza.

Leite (2012) na sua investigação concluiu que uma das variáveis consideradas preponderantes para a prestação de cuidados é a experiência anterior de cuidados. Nesse estudo apenas 23% dos PC tinham experiência anterior de cuidar de clientes dependentes. Contudo, quando comparou a existência ou não desse facto com a percepção de autoeficácia, os resultados obtidos não se revelaram estatisticamente significativos.

Por último, da categoria **Fatores dificultadores no PA** emergiram duas subcategorias: Experiência prévia do PC e Recursos Humanos.

A subcategoria *Experiência prévia do PC* foi mencionada por três participantes, também como um fator dificultador no PA.

“Normalmente já tem alguns conhecimentos e alguns são renitentes à vinda para ensinamentos.” E2

“(…) muitas das vezes verificamos que nem sempre sabem ou fazem corretamente as coisas.” E2

“(...) pessoas com experiência tendem a não ouvir aquilo que estamos a dizer (...)” E6

“(...) exemplo quando estamos a efetuar ensinios a um cuidador que já cuidou de alguém acamado, diz logo que sabe, possuindo a maior parte das vezes um conhecimento errado (...)” E6

“Havendo por vezes algumas situações (...) o cuidador possui um conhecimento errado sobre determinado assunto (...)” E8

A subcategoria *Recursos Humanos* foi citada apenas por dois participantes.

“O que se verifica é um défice de recursos humanos (...)” E6

“Relativamente aos recursos humanos não posso dizer o mesmo, pois os enfermeiros para cada turno são os mesmos em dias de ensinios e em dias normais e muitas vezes o tempo que dedicamos para os ensinios não é aquele que gostaríamos que fosse.” E10

Do discurso dos participantes podemos concluir que há dois fatores identificados como dificultadores do PA, o maior número de referências é para a experiência prévia do PC, três, e os recursos humanos, que são referenciados por dois participantes.

A experiência prévia assume um papel de destaque no discurso dos participantes como fator dificultador no PA, esta constatação contraria tudo o que foi referido anteriormente sobre a experiência prévia do PC como fator facilitador, e onde vários autores afirmam que esta é importante no processo de aprendizagem, no entanto, os participantes deste estudo nem sempre consideram essa experiência como facilitadora para o planeamento de alta.

Importância Atribuída pelo Enfermeiro à Educação do Cuidador

Através desta área temática podemos conhecer a importância atribuída pelo enfermeiro à educação do cuidador destacando-se duas categorias: Continuidade de cuidados e Prevenção de complicações, conforme exposto no quadro 9.

Quadro 9- Importância que o enfermeiro atribui à educação do cuidador

CATEGORIA	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10
Continuidade cuidados		X	X		X				X	
Prevenção complicações			X			X				

Na categoria **Continuidade de cuidados**, quatro dos participantes realçaram a importância que atribuem à educação do cuidador, por considerarem que esta dá garantia de que a continuidade de cuidados será uma realidade.

“(…) ao capacitarmos o cuidador para cuidar do utente, estamos a assegurar a continuidade de cuidados, de acordo com a individualidade e as necessidades do utente.” E2

“(…) o PC vai sair daqui com as bases, para depois em casa poder prestar os cuidados” E3

“(…) será ele [PC] a dar continuidade aos cuidados prestados por nós e cabe a nós fazê-lo da melhor forma para o utente manter/melhorar os ganhos em saúde.” E5

“É muito importante a educação dos cuidadores porque o que está em risco é a continuidade de cuidados a pessoas que no momento têm muitas necessidades.” E9

A categoria **Prevenção complicações** foi citada apenas por dois participantes.

“Um cuidador instruído sobre autocuidados são uma mais valia para o cliente, para que lhe possa prestar cuidados de qualidade e assim prevenir possíveis complicações.” E4

“É o mais importante quando estamos a preparar a ida de um utente para o domicílio, porque se um PC não tiver uma total capacitação depois vai ser um desenrolar de problemas.” E6

Do discurso dos participantes podemos observar que apenas emergiram duas categorias em que o enfermeiro atribui importância na educação do cuidador, sendo elas a continuidade de cuidados, onde podemos observar quatro referências e a prevenção de complicações com apenas duas referências.

Todos os ensinamentos efetuados são uma mais-valia, tanto para o cliente que beneficia dos corretos cuidados prestados, como para o PC, que adquire ao longo de todo o processo conhecimentos e confiança que o tornam capaz de cuidar e capaz de responder a situações diversas do dia-a-dia do cliente. Os ensinamentos realizados pelos enfermeiros permitem a continuidade dos cuidados de qualidade para lá das instituições de saúde, podendo assim o cliente dependente permanecer no seu domicílio com qualidade de vida.

Masfret (2012) in Gomes (2013) refere que o objetivo do planeamento de alta é garantir a prestação de cuidados e a sua qualidade de vida no pós alta. Também, Borges (2006) considera que um dos objetivos é garantir que os recursos necessários estão disponíveis após a alta.

Castro (2009) menciona que nos dias de hoje, é essencial que a família seja preparada para a continuidade dos cuidados iniciados no internamento. Nem sempre o cliente dependente recebe o apoio necessário da família no seu domicílio, pois esta depara-se com algumas dificuldades, tais como o desconhecimento dos cuidados e das técnicas, as condições no ambiente doméstico desajustadas e a falta de apoios. Tudo isto, associado ao medo de falhar, com o conseqüente agravamento do estado clínico do cliente dependente, causa ansiedade e preocupação ao cuidador.

Teixeira (2012) afirma que o planeamento efetivo da alta permite que o cliente dependente tenha uma alta adequada, certificando que os cuidados necessários são assegurados de forma a prevenir readmissões. Por outro lado, atenua a carga que representa para as famílias e, em última análise, minimiza os custos para os sistemas de saúde.

Impacto da intervenção do enfermeiro

Esta área temática demonstra o que os participantes pensam sobre o impacto da intervenção do enfermeiro no PA, surgindo da análise da narrativa dos participantes três categorias: Aquisição de conhecimentos, Capacitação para cuidar e Encaminhamento para serviços de apoio na comunidade, conforme exposto no quadro 10.

Quadro 10- Impacto da intervenção do Enfermeiro

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10
Aquisição de Conhecimentos	Sim	X		X		X			X	X	
	Não				X		X				
Capacitação para cuidar	Sim	X	X	X	X				X	X	X
	Não				X			X			
Encaminhamento para serviços de apoio na comunidade	SAD		X								
	ECCI		X				X		X		

Da categoria **Aquisição de Conhecimentos** surgiram duas subcategorias após análise da narrativa dos participantes: Sim e Não.

Na subcategoria *Sim* cinco participantes consideram que o PC adquire conhecimentos após a intervenção do enfermeiro.

“Geralmente todos eles conseguem adquirir conhecimentos (...), mas depende de cada um [PC] (...)” E1

“Sim adquirem conhecimentos (...)” E3

“(...) há casos em que os ensinamentos passa por todas as fases e conseguimos ter um bom feedback sobre a aquisição de conhecimentos/capacidades do PC.” E5

“Sim todos os cuidadores adquirem conhecimentos ao longo do processo de capacitação, que lhes permitirão cuidar do seu familiar no domicílio.” E8

“(...) têm os conhecimentos (...) demonstram é um pouco de receio, pois vão enfrentar uma nova etapa.” E9

Relativamente a subcategoria *Não* dois participantes consideram que o PC não adquire conhecimentos suficientes para cuidar do cliente dependente no domicílio.

“Na minha opinião penso que os prestadores adquirem sobretudo alguma prática relativamente aos autocuidados, mas em termos de conhecimentos e em capacidade crítico-reflexiva os prestadores dificilmente atingem.” E4

“(...) penso que o cuidador não consegue adquirir todos os conhecimentos necessários, pois nem sempre o tempo para o treino é o desejável.” E6

Após análise da narrativa dos participantes verificamos que não existe unanimidade relativamente à aquisição de conhecimentos pelo PC após a intervenção do enfermeiro, uma vez que verificamos existência de duas referências à não aquisição de conhecimentos, e cinco referências à aquisição de conhecimentos.

Os enfermeiros têm um papel importante na capacitação do cuidador orientando a sua ação para a resposta às necessidades do PC, preparando-o e dotando-o de capacidades que permitam cuidar do cliente dependente, proporcionando-lhe os cuidados adequados e maximizando o potencial de autonomia quando possível.

O processo de ensino/treino do PC parece decisivo e importante como recurso na aquisição de competências, mostrando-se de grande interesse na adaptação ao desempenho do mesmo. Existem diferentes formas das equipas de enfermagem prepararem o regresso a casa o que se reflete posteriormente na adaptação e desempenho do PC (Petronilho, 2007).

O mesmo autor refere também, que os conhecimentos dos PC estão muito aquém das necessidades de cuidados do cliente dependente, mesmo na avaliação que fez no domicílio, um mês após o regresso a casa, onde encontrou prestadores de cuidados com várias dificuldades por falta de conhecimentos. Verificou ainda que alguns dos PC que

tiveram uma entrevista de avaliação antes da alta, apresentavam melhor desempenho do que aqueles que não a tiveram, o que leva a crer que esta entrevista pode contribuir para colmatar algumas falhas que ocorreram durante a preparação do PC, ou para o relembrar de aspetos importantes das atividades necessárias para cuidar do cliente dependente, nomeadamente para a prevenção de complicações.

Na categoria **Capacitação para cuidar** os discursos dos participantes salientam duas subcategorias: Sim e Não.

No que se refere à subcategoria *Sim*, sete participantes fazem referência a que o PC adquire capacidades após a intervenção do enfermeiro.

“Geralmente todos eles conseguem adquirir (...) capacidades para prestar os cuidados ao utente, mas depende de cada um (...)” E1

“Em alguns casos, verificamos que os cuidadores estão totalmente capazes, (...) momento das visitas já realizam os cuidados ao utente transferências.” E2

“Sim tem de um modo geral.” E3

“Acho que os prestadores se sentem capazes para a realização de autocuidados e motivados se o cliente se apresentar estável do foro clínico.” E4

“Considero que sim (...)” E8

“(...) têm os conhecimentos e capacidades, demonstram é um pouco de receio, pois vão enfrentar uma nova etapa.” E9

“De uma forma global penso que sim, que os cuidadores se sentem capazes de cuidar do cliente dependente.” E10

Em contrapartida, na subcategoria *Não* apenas dois citam que o PC não adquire capacidades para cuidador do cliente dependente no domicílio.

“Mas na minha opinião profissional penso que não estejam devidamente preparados.” E4

“(...) eu penso que na grande maioria das situações o cuidador não se sente totalmente capaz para cuidar do cliente.” E7

Da análise do discurso dos participantes concluímos que a maioria faz referência à existência de capacitação para cuidar do PC após a intervenção do enfermeiro, sete referências. Contudo verificamos a existência de duas referências à não capacitação do PC para cuidar.

Silva (2007) menciona que preparar o PC para cuidar do cliente dependente, passa por compreender o que este sente relativamente às necessidades exigidas no seu desempenho, identificar quais as dificuldades e inseguranças sentidas pelo mesmo e

assim poder planejar intervenções com vista a fortalecer a sua confiança e capacitá-lo para ultrapassar as dificuldades sentidas.

Para que o cliente dependente tenha os cuidados adequados às suas necessidades é necessário preparar o prestador de cuidados e avaliar as suas capacidades para o desempenho do seu papel de cuidar do cliente dependente.

Por último, a categoria **Encaminhamento para serviços de apoio na comunidade**, pós análise do discurso dos participantes resultaram duas subcategorias: SAD e ECCI.

A subcategoria *SAD* apenas foi referenciada por um participante como serviço de apoio existente na comunidade que os clientes após a alta da UMDR podem ser encaminhados.

“Mas existem outros casos, em que ficamos na dúvida se estarão capazes ou não. (...) Quando sentimos isso, e em acordo com a assistente social, tentamos que vão com algum tipo de apoio (Serviço de Apoio Domiciliário, ...)” E2

A subcategoria *ECCI* foi mencionada por três participantes.

“(...) tentamos que vão com algum tipo de apoio (... , ECCI), de forma a dar apoio ou continuidade na capacitação do cuidador.” E2

“No caso de a equipa achar que o cuidador não vai ser totalmente capaz para cuidar, solicitamos a transferência do utente para a ECCI (...)” E6

“(...) o aproximar da data de alta o PC demonstrou alguma insegurança, ansiedade, receio de não ser capaz de cuidar corretamente, estes casos são (...) encaminhados para a ECCI que acompanhará o utente e cuidador no domicílio.” E8

Da narrativa dos participantes podemos concluir que um reduzido número faz referência ao encaminhamento para serviços de apoio na comunidade do cliente após a alta da UMDR. Constata-se apenas uma referência para o SAD e três referências para a ECCI.

Pereira (2015) afirma que a família é representada nos dias de hoje como o principal recurso na manutenção da prestação de cuidados ao membro da família dependente. Porém, a eficácia deste recurso necessita de uma vasta rede de apoio, quer a nível formal (profissionais de saúde), quer informal (amigos, vizinhos, ...).

Contudo, segundo o estudo desenvolvido por Petronilho (2013), existe ainda um suporte muito insuficiente da rede formal de cuidados, apresentada pelos cuidadores como insatisfatória e pouco adequada às suas necessidades. Este facto reforça a necessidade de desenvolvimento de redes de apoio informal de cuidados.

Neste sentido, os enfermeiros, percebidos como elementos fundamentais das redes formais de cuidados, devem desenvolver uma ação adequada às necessidades dos familiares cuidadores, visando a aquisição de informações e competências para o processo de cuidar e para garantir um suporte adequado no período pós-alta. Os Enfermeiros, por se encontrarem numa posição privilegiada para satisfazerem as necessidades dos clientes dependentes e familiares cuidadores, devem estar informados sobre os recursos disponíveis na comunidade, de forma a garantir continuidade dos mesmos e a utilização adequada dos recursos (Mok, Faye, Vivian, & Ellen, 2002), e devem informar o PC quer da existência desses recursos, quer da forma de acesso aos mesmos.

Numa abordagem global, importa reforçar a existência de uma vasta rede de apoio, que deve conjugar esforços entre as redes sociais de apoio formal (instituições de saúde) e informal (familiares cuidadores) com o objetivo de garantir uma assistência eficaz e humanizada aos clientes em situação de dependência.

Sugestões dos Enfermeiros para Melhorar o Processo de Planeamento de Alta

Do discurso dos participantes emergiram várias sugestões para melhorar o processo de PA, que se enquadram nas seguintes categorias: Enfermeiro referência na execução de ensinos, Visita Domiciliária no período de PA e Continuidade de cuidados no domicílio pela equipa da UMDR conforme referido no quadro que se segue.

Quadro 11- Sugestões dos enfermeiros para melhorar o processo de PA

CATEGORIA	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10
Enfermeiro referência		X								
Visita Domiciliária no período de PA						X				
Continuidade de cuidados no domicílio pela equipa da UMDR						X				X

Na categoria **Enfermeiro referência**, um participante considera que esta sugestão seria uma forma de melhorar o processo de PA.

“Talvez também facilitasse este processo, se fosse sempre com o mesmo profissional [efetuar ensinos ao PC], sentindo mais confiança (...)” E2

A categoria **Visita Domiciliária no período de PA** também um participante a referenciou.

“Algumas vezes quando o cuidador solicita é feita uma visita domiciliaria, com o enfermeiro de reabilitação e o AS, para tentar identificar in loco as barreiras arquitetônicas e aí poder determinar estratégias. Mas depois essa visita não há mais continuidade.” E6

Por último a categoria **Continuidade de cuidados no domicílio pela equipa da UMDR** dois participantes a mencionaram.

“Na minha opinião deveríamos ser nós que efetuamos os ensinamentos durante o internamento dar continuidade ao processo no domicílio, porque o utente e o cuidador já nos conhecem e têm confiança, será uma nova equipa um novo recomeço, mas até ao momento não dispomos desse recurso.” E6

“É complicado perceber se houve uma capacitação eficaz ou não porque depois da alta deixamos de ter contacto com estes clientes/famílias, seria uma mais-valia um acompanhamento posterior à alta efetuado pela equipa.” E10

Assim, esta área temática dirige a nossa atenção para algumas sugestões de melhoria do planeamento de alta, evocadas pelos participantes e, que incidem principalmente na continuidade de cuidados no domicílio pela equipa da UMDR, a realização de Visita Domiciliária no período de PA e ainda a existência de um enfermeiro de referência para a capacitação daquele PC.

Os enfermeiros entendem que os ensinamentos feitos ao PC devem ser adequados às características físicas do domicílio do cliente e para isso referem que seria facilitador o conhecimento efetivo desse espaço físico, sugerindo a realização de visitas domiciliárias.

Efetivamente, a visita domiciliária constitui-se como uma estratégia ideal que permitirá adequar ao contexto real todo o processo de reabilitação do cliente dependente e também o processo de capacitação do PC, pelo que esta deveria ser implementada de forma sistemática.

Não sendo possível essa visita devem os enfermeiros tentar obter o maior número de informação possível, no sentido de adequarem esses ensinamentos às condições que cada cliente tem, para que os PC percebam que apesar dos ensinamentos e treinos se estarem a desenvolver num espaço ideal que é o da instituição de saúde, podem transportar esses mesmos conhecimentos para o espaço familiar.

As visitas domiciliárias permitem o acompanhamento dos clientes, a orientação dos PC, a avaliação dos cuidados prestados, a orientação nos tratamentos e o auxílio na

organização do ambiente, devendo ser essas visitas programadas e sistematizadas de acordo com as necessidades do cliente ou PC e da capacidade de resposta da equipa de saúde (Souza e Caldas, 2008).

Petronilho (2007) no seu estudo constatou que apenas cerca de metade da amostra recebeu visita da equipa de enfermagem, mas, somente, quando a solicitaram, também, neste estudo é referido que quando solicitado, essa visita é realizada.

Ainda, o mesmo autor refere que segundo os familiares cuidadores o número de visitas da equipa de enfermagem não era adequado e mostravam-se pouco satisfeitos com o apoio recebido pela rede formal.

Na pesquisa de Louro (2009), 70,3% dos familiares cuidadores sentiam dificuldades relacionadas com a falta de informação necessária para lidar eficazmente com os desafios do exercício do papel de cuidadores e que uma maioria significativa dos familiares cuidadores sente falta de apoio ao nível da visita domiciliária, concretamente, 66,3% não receberam a visita da equipa de enfermagem no domicílio, 87,6% não receberam a visita do médico de família, 86,1% avaliam a preparação do regresso a casa do familiar dependente como insuficiente e 94% das famílias não receberam a visita de outros técnicos de saúde. Em concreto, parece-nos, pois, perante esta realidade, uma clara necessidade de maior acesso por parte das famílias aos cuidados de saúde no domicílio e, em concreto às ECCI.

Consideramos que a existência do enfermeiro de referência para a capacitação do PC seria uma mais-valia, pois possibilita um processo de continuidade que se inicia com a identificação das necessidades e termina com a aquisição dos conhecimentos e habilidades, permitindo um acompanhamento favorecedor da confiança mútua e do estabelecimento de uma relação de ajuda que consideramos como facilitadora da adaptação a esta nova condição.

Não se verificando este princípio, cada enfermeiro efetua os ensinamentos de uma forma própria e pessoal e esta variação poderá não ser tão benéfica em todo este processo de capacitação.

No que se refere à continuidade de cuidados no domicílio efetuada pela equipa da UMDR é uma das sugestões de dois participantes neste estudo. Esta continuidade de cuidados traria benefícios na adaptação do cliente dependente ao seu domicílio, assim como adaptação do PC às suas novas funções.

Uma das principais responsabilidades dos enfermeiros de reabilitação, a fim de garantir a continuidade de cuidados com segurança, é otimizar formas de envolvimento da pessoa significativa no processo de reabilitação, capacitando-a para agir como interveniente ativo no planeamento, execução e avaliação dos cuidados (APER, 2011).

6.3- Registo Documental de Dados

Os documentos são uma fonte valiosa de dados qualitativos, estes podem ajudar a entender o fenómeno em estudo, pelo que consideramos pertinente efetuar uma análise documental dos registos de enfermagem existentes no processo de clientes dependentes, que tiveram alta para o domicílio sobre a intervenção dos enfermeiros junto dos PC com vista à sua capacitação para cuidar do cliente dependente no domicílio.

Os dados obtidos através da análise documental dos registos de enfermagem no processo de oito clientes que tiveram alta para o domicílio, foram compilados num quadro previamente elaborado (Apêndice C), onde consta: nível dependência do cliente nas AVD's (MIF); ensinios ao PC (momento do internamento e tipo de ensinios); ajudas técnicas utilizadas nos ensinios; ajudas técnicas aconselhadas a serem adquiridas e realização de VD para avaliação de barreiras arquitetónicas.

Os dados recolhidos foram organizados em quadros síntese segundo os temas, já mencionados anteriormente, de forma a proporcionar uma análise e interpretação dos dados mais facilitada, podem ser consultados em Apêndice E.

Após análise dos dados, nomeadamente do nível de dependência do cliente nas AVD's, aquando da admissão do cliente na UMDR, avaliado pela MIF verificamos que apenas três dos clientes (R2, R6 e R8) apresentavam uma MIF cognitiva com score inferior a 30, e tinham uma MIF motor com score baixo, inferior a 25. Os restantes clientes (R1, R4, R5 e R7) apresentavam uma MIF cognitiva com score superior a 30 e uma MIF motor com score superior a 40, à exceção de um caso (R3) que apresentava uma MIF cognitiva score 31 e uma MIF motor score 26.

À data de alta, três meses após a avaliação anterior, os clientes R2, R6 e R8, apresentavam uma MIF cognitiva com score ligeiramente superior à admissão, contudo igual ou inferior a 30, quanto à MIF motor o score também aumentou ligeiramente, mas ainda se situando num nível baixo, igual ou inferior a 30.

Da análise efetuada constatamos que foram documentados ensinios realizados ao PC em 50% dos casos e que estes decorreram no 3º mês internamento.

Os ensinamentos documentados relativamente ao PC abrangem os autocuidados (higiene, vestuário, posicionar, transferir, uso do sanitário, comer/beber), a prevenção de complicações (úlceras de pressão, maceração, quedas, obstipação), outros cuidados específicos (alimentação por gastrostomia percutânea, cuidados com gastrostoma), assim como identificação de barreiras arquitetónicas, com apenas uma referência. Estes ensinamentos foram efetuados a PC em que o cliente apresentava uma MIF motor com score baixo, inferior a 25, estando documentados dois ou mais momentos de ensinamentos. Também, se constatou uma intervenção num caso que apresentava uma MIF motor com score 53.

No que concerne às ajudas técnicas utilizadas nos ensinamentos, verifica-se uma taxa de registo documental das mesmas de 62.5%. Quanto às ajudas técnicas aconselhadas pelos profissionais a serem adquiridas pelo PC para uso no domicílio, verifica-se uma taxa de 37.5%.

Verificamos apenas um registo documental sobre a realização de VD para avaliação de barreiras arquitetónicas.

Após análise dos registos de enfermagem e tendo em conta o discurso dos participantes neste estudo, certificamos que quanto ao momento de internamento em que é efetuada a capacitação do PC existe concordância, segundo a maioria dos participantes esta ocorre no 2º a 3º mês de internamento, o registo documental confirma que decorreram no 3º mês internamento.

No que concerne à intervenção do enfermeiro junto do PC, no registo documental apenas se encontra exposta a capacitação para os autocuidados e as ajudas técnicas aconselhadas adquirir. Os participantes nos seus discursos expõem outras áreas de intervenção do enfermeiro, contudo não se encontrou nenhum registo documental das mesmas.

Quanto à importância atribuída pelo enfermeiro à educação do cuidador, os participantes mencionaram nos seus discursos a prevenção de complicações, também o registo documental é espelho disso, estando registadas as várias áreas em que é efetuado ensino ao PC com o objetivo de prevenir complicações no pós alta.

No âmbito das sugestões dadas pelos participantes do estudo, a VD no período de PA é uma delas, tivemos a oportunidade de confirmar que não é de facto realizada com frequência, no registo documental apenas observamos um registo.

Desta breve análise verificamos existir aspetos comuns entre o que está documentado e a opinião dos participantes do estudo sobre qual a intervenção para melhor capacitar o

PC, mas por outro lado parece existir alguma discrepância entre aquilo que consideram importante e o que na realidade é efetuado ou documentado. Importa realçar que nem sempre os cuidados prestados são devidamente documentados, mesmo havendo consciência de que a documentação é um instrumento importante na continuidade de cuidados, tal como é salientado por alguns autores, nomeadamente, Marinis (2010) que salienta o facto de nem sempre os registos espelharem o que é realmente feito pelo que facilmente se pode incorrer na questão: “se não é registado é porque não aconteceu” (McWay, 2002 in Marinis, 2010).

No entanto, consideramos que nem sempre as práticas em uso num determinado contexto de saúde são refletidas através na documentação desses cuidados, pelo que a consulta dos registos apenas interessa como aspeto confirmatório da opinião dos participantes.

CONCLUSÕES

A presente investigação teve como objetivo geral conhecer o processo de planeamento de alta do cliente dependente de uma UMDR para o domicílio. Foi desenvolvida num contexto de cuidados que se situam num nível intermédio entre o internamento hospitalar e os de base comunitária, numa interação conjunta entre os serviços de saúde e de apoio social, ou seja, a RNCCI.

A opção metodológica centrou-se numa abordagem qualitativa, com carácter exploratório-descritiva, considerou-se a mais ajustada, porque a essência deste estudo consistia em conhecer o processo de planeamento de alta do cliente dependente de uma UMDR para o domicílio. Procuramos conhecer as etapas do processo de PA numa UMDR, na perspetiva do enfermeiro, conhecer a intervenção do enfermeiro no PA e identificar as estratégias utilizadas no PA pelo enfermeiro para capacitação do cuidador.

Face ao percurso da investigação, emergiram algumas conclusões que serão descritas de seguida e que evidenciam âmbitos frágeis de abordagem na prática dos cuidados de enfermagem.

Neste contexto de cuidados, os enfermeiros referem no que concerne à tomada decisão do destino pós alta do cliente dependente para o domicílio, não existe um momento temporal definido para a tomada de decisão, ou acontece entre o 2º e o 3º mês de internamento, verificando-se que não há um momento definido na UMDR em estudo.

O profissional de saúde com maior interveniência na tomada de decisão face ao destino pós alta do cliente é a Assistente Social, verifica-se apenas uma referência que faz alusão à participação do enfermeiro.

Foram mencionados vários fatores que interferem na definição do destino pós alta do cliente, tais como, a dependência do cliente, o apoio familiar, as condições do domicílio, o apoio económico, a vontade do cliente/família e o estado consciência do cliente.

Quanto à capacitação do PC os enfermeiros mencionaram que não existe um momento temporal definido para o início da capacitação do PC, decorre maioritariamente após o conhecimento do destino pós alta do cliente, isto é, 2º a 3º mês de internamento, o que nos permite concluir que na Instituição não existe pré-definido o momento temporal em que é iniciada a capacitação do PC.

Relativamente à intervenção do enfermeiro junto do PC, esta baseia-se na identificação das necessidades do cuidador, identificação das áreas prioritárias de EPS do cuidador, no planeamento da EPS e na capacitação para os autocuidados. A identificação das necessidades do cuidador é efetuada de três formas, questionando a sua experiência em cuidar de um cliente dependente, explicando-lhe as necessidades do cliente e avaliando os seus conhecimentos e capacidades. Verificou-se uma maior prevalência na avaliação dos conhecimentos e capacidades do cuidador, assim como uma grande alusão à sua experiência. No que concerne à identificação das áreas prioritárias de EPS do cuidador denotou-se uma referência diminuta, apenas três enfermeiros fizeram alusão à mesma, em que salientaram as ajudas técnicas e os recursos/barreiras arquitetónicas. Aferimos também que o planeamento da EPS do cuidador engloba vários aspetos, nomeadamente, o agendamento, a disponibilidade do PC, momento preferencial e outros momentos. Evidenciando-se o agendamento e a disponibilidade do PC. Por último, outra das intervenções do enfermeiro junto do PC no planeamento da alta é a capacitação para a satisfação dos autocuidados.

No que respeita às estratégias utilizadas pelo enfermeiro para capacitar o PC, sobressaíram O envolvimento do PC, o Ensino/Instrução e o Treino. Verificou-se uma alusão reduzida ao Treino e embora o enfermeiro de cuidados gerais possua conhecimentos na prestação de cuidados e capacitação dos cuidadores, é nossa opinião que uma equipa com um EER com intervenção neste âmbito teria muitas vantagens, pois este possui um corpo de conhecimento mais especializado, que traria fortes contributos à equipa, acrescentando qualidade na capacitação do PC e conseqüentemente no bem-estar do cliente dependente e do seu cuidador.

No que se refere aos fatores influenciadores do PA concluímos que há fatores facilitadores e fatores dificultadores. Quanto aos fatores facilitadores, foram mencionados a experiência prévia do PC, a ausência de experiência prévia do PC e os recursos materiais. A experiência prévia do PC salienta-se comparativamente à ausência de experiência do PC, contudo um número significativo de enfermeiros, quatro (40% da amostra) refere que a ausência de experiência prévia é um fator facilitador do PA. Este é um aspeto que consideramos que merece particular atenção e de especial interesse em ser estudado, uma vez que contraria um dos princípios considerado mais consistente e robusto da andragogia, aquele que afirma que a experiência é o mais rico recurso para a aprendizagem.

Os recursos materiais apresentam-se em grande destaque, apenas um enfermeiro não fez referência aos mesmos, salientamos que a UMDR em estudo possui os recursos materiais essenciais à prestação e capacitação para o autocuidado.

Como fatores dificultadores foi referida a experiência prévia do PC e os recursos humanos. A experiência prévia assume um papel de destaque, esta constatação contraria o que foi referido anteriormente sobre a experiência prévia do PC como fator facilitador, vários autores afirmam que esta é importante no processo de aprendizagem, no entanto, os participantes deste estudo nem sempre consideram essa experiência prévia como facilitadora no PA.

Os recursos humanos foram também mencionados como fator dificultador, nomeadamente no que concerne à sua escassez.

Relativamente à importância atribuída pelo enfermeiro à educação do cuidador, os enfermeiros salientaram duas áreas, a continuidade de cuidados e a prevenção de complicações. Todos os ensinamentos efetuados pelo enfermeiro são uma mais-valia, tanto para o cliente que beneficia dos cuidados, como para o PC, que adquire ao longo de todo o processo conhecimentos e confiança que o tornam capaz de cuidar e capaz de responder a situações diversas do dia-a-dia do cliente. Os ensinamentos realizados pelos enfermeiros permitem a continuidade dos cuidados de qualidade para lá das instituições de saúde, podendo assim o cliente dependente permanecer no seu domicílio com qualidade de vida.

Verificamos que não existe unanimidade de opinião dos participantes relativamente à aquisição de conhecimentos e capacidades pelo PC após a intervenção do enfermeiro, contudo maioritariamente estes referem haver aquisição de conhecimentos e capacidades. Os enfermeiros têm um papel importante na tentativa de dar resposta às necessidades do PC, preparando-o, dotando-o de conhecimentos e capacidades que lhe permitam cuidar do cliente dependente, proporcionando-lhe os cuidados adequados e maximizando o potencial de autonomia quando possível. O encaminhamento para serviços de apoio na comunidade do cliente após a alta da UMDR também é mencionado como intervenção do enfermeiro. Os serviços referenciados pelos participantes foram o SAD e a ECCI.

Os participantes neste estudo apresentaram algumas sugestões, com vista à melhoria do planeamento de alta, que incidem principalmente na continuidade de cuidados no domicílio pela equipa da UMDR, a realização de VD no período de PA e ainda a existência de um enfermeiro de referência que promova a capacitação do PC.

O estudo realizado, embora circunscrito a um único contexto o que confere uma limitação, atendendo a que estes resultados não permitem a sua generalização, apresenta em si um forte contributo para o contexto em que foi desenvolvido, atendendo a que foram identificados diferentes fatores que interferem com a capacitação do PC para cuidar no domicílio do cliente dependente.

Atendendo a todos os dados descritos e analisados ao longo deste estudo, apresentam-se algumas sugestões, que podem melhorar o trabalho desta equipa para o planeamento de alta e para envolverem com mais clareza e determinação o cliente e o PC, contribuindo para uma reintegração a nível social e familiar adaptada às suas reais necessidades.

Consideramos que capacitar os PC deve ser uma prioridade fundamental dos cuidados de saúde, onde o Enfermeiro e em especial o Enfermeiro de Reabilitação se devem constituir como parceiros privilegiados do cuidador do cliente dependente, de modo a que o processo de transição para este novo papel aconteça com maior segurança e de forma gradual, assegurando o seu bem-estar e a manutenção de uma vida com qualidade.

Para que o processo de planeamento de alta para o domicílio decorra com qualidade propomos a realização sistemática de reuniões da equipa multidisciplinar com o cliente e PC, com o objetivo de recolher dados importantes que permitam iniciar o planeamento de alta no momento da admissão; realização de pelo menos uma visita domiciliária para avaliação de barreiras habitacionais; reuniões de equipa para avaliação do cliente dependente e da evolução do processo de capacitação do PC; documentação de toda a intervenção junto do PC para a sua capacitação.

Sugere-se, também, a colocação de informação mais específica sobre o Planeamento de Alta, no Manual de Acolhimento que é entregue ao cliente e/ou cuidador informal na admissão, como forma de garantir que todos estão informados sobre este processo e a sua importância.

Ao longo de todo o processo de desenvolvimento da investigação, existiu a preocupação constante em assegurar o rigor científico e metodológico.

Consideramos este estudo pertinente, perante o crescente envelhecimento populacional e o número crescente de clientes dependentes e, ainda, porque permitiu conhecer o processo de planeamento de alta do cliente dependente para o domicílio de uma UMDR,

segundo a visão do enfermeiro. Para além disso, contribuiu fortemente para a reflexão da necessidade de existência de um processo estruturado de planeamento de alta, com vista a melhorar o bem-estar dos clientes e familiares que cuidam.

BIBLIOGRAFIA

- ANDRADE, Fernanda - **O Cuidado informal á pessoa idosa dependente em contexto domiciliário: necessidades educativas do cuidador principal**. Braga: Universidade do Minho, 2009. Dissertação de mestrado.
- ARAÚJO, P. – **Processo de ensino dinâmico a familiares cuidadores de doentes dependentes: Contributos de Enfermeiro de Reabilitação a partir de um ensino estruturado**. [Em linha]. Porto. Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2012. Tese de Mestrado. [Consultado em 15 Agosto de 2016]. Disponível na WWW:<URL: <http://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9298/3/disserta%C3%A3o%20Patr%C3%ADcia%20Ara%BAjo%2012-12%20.pdf>>.
- ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DO ENFERMEIROS DE REABILITAÇÃO - **Padrões de qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação**. [Em linha]. Porto, 2011. [Consultado a 10 de Janeiro de 2017]. Disponível na WWW: <URL: <http://www.aper.com.pt/indexficheiros/Page312.htm>
- BANDURA, Albert; AZZI, Roberta e POLYDORO, Soely - **Teoria Social cognitiva: conceitos básicos**. Porto Alegre: ArtMed, 2008.
- BARDIN, Laurence – **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011. ISBN 9788562938047.
- BISHOP, S., WALKER, M., SPIVAK, I. - Family presence in the adult burn intensive care unit during dressing changes. **Critical Care Nursing**, [Em linha] (2013), 14-24. [Consultado a 05-04-217]. Disponível na WWW: <URL: <http://ccn.aacnjournals.org/content/33/1/14.full.pdf>.
- BUB [et. al.] – **A noção de cuidado de si mesmo e o conceito de autocuidado na Enfermagem**: Texto Contexto Enferm. Florianópolis, 2006. ISBN 1980-265X.
- BRANCO, Maria – **O Cuidador Informal no Processo de Adaptação à Dependência no Autocuidado**. Viana do Castelo: Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Viana do Castelo, 2015. Tese de mestrado.
- BRANCO, Maria - **Necessidades dos cuidadores familiares dos doentes oncológicos em fase terminal**. [em linha]. Tese de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Universidade do Porto. Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar. 2005. [consult. 27 Out. 2012]. Disponível em:

http://porbase.bnportugal.pt/ipac20/ipac.jsp?session=13550719148T6.64750&profile=porbase&uri=link=3100027~!8216137~!3100024~!3100022&aspect=basic_search&menu=search&ri=2&source=~!bnp&term=Necessidades+dos+cuidadores+familiares+dos+doentes+oncol%C3%B3gicos+em+fase+terminal+%5B+Texto+policopiado%5D&index=ALTITLE#focus.

- BRITO, Luísa - **A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos**. Coimbra: Quarteto Editora. 2002. ISBN: 972-8535-19-9. 167p.
- BRUNNER e SUDDARTH'S – **Textbook of Medical-Surgical Nursing**. 9ª Ed. Lipincot. 2002. ISBN: 978-0781741545.
- CALDAS, C. P. - Envelhecimento Com Dependência: Responsabilidades E Demandas Da Família. **Cadernos De Saúde Publica**. 2003, Vol. 19, Nº 3, P. ISBN 773-781.
- CARPENTER, Dona Rinaldi - **Investigação Qualitativa em Enfermagem: Avançando o Imperativo Humanista**. Loures: Lusodidacta, 2002. ISBN 972-8383-29-0.
- CARVALHO, Maria - **Cuidados Domiciliários em “Envelhecimento e Instituições de Solidariedade Social”**. Lisboa: Coisas de Ler, 2012. ISBN 9898218789.
- CASTRO, S. C. P. - **Como Aprende O Cuidador Principal Do Doente Oncológico Em Fase Terminal A Cuidar No Domicílio**. [Em Linha] Porto, 2009 Instituto De Ciências Biomédicas De Abel Salazar. [Consult. Out, 2016] Disponível Em: <Http://Repositorio-Aberto.Up.Pt/Bitstream/10216/19379/2/Tesesusana.Pdf>
- CHIZZOTTI, António - **Pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais**. Petrópolis: Vozes, 2006. ISBN 8532633900.
- CLARK, A., [et al.] - Patient and informal caregivers' knowledge of heart failure: necessary but insufficient for effective selfcare. **European Journal of Heart Failure**. (2009), 617-621.
- CONSELHO Internacional de Enfermeiros - **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão 1.0**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2006. ISBN 92-95040-36-8.
- CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS - **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão 2.0**. Lisboa: Ordem dos enfermeiros, 2011.

- COUTINHO, Clara Pereira - **Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática**. Coimbra: Edições Almedina, 2011. ISBN 9789724044873
- CUNHA, A., CARDOSO, L. e OLIVEIRA, V. - Autocuidado - Teoria de Enfermagem de Dorothea Orem. **Sinais Vitais**. Lisboa. Julho (2005), p. 36-40.
- DECLARAÇÃO DE HELSÍNQUIA DA ASSOCIAÇÃO MÉDICA MUNDIAL – **Princípios Éticos para a Investigação Médica em Seres Humanos**. Helsínquia. Outubro, 2013.
- DECRETO-LEI Nº 101/2006. **D.R. I Série** – A. 109 (2006-06-06) 3856-3865.
- DECRETO-LEI nº 281/2003. **DR I Série**. 259 (08/11/2003) 7492-7499.
- DESPACHO nº166/1994. **DR II Série**. 166 (20/07/1994) 7279-7280.
- DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE - **Planeamento da Alta do cliente com AVC**. Circular Informativa 12/DSPCS de 19/04/2004. Lisboa: Ministério da Saúde.
- FERREIRA, Pedro [et al.] - Tradução e validação para a língua portuguesa do questionário de planeamento da alta (PREPARED). **Revista De Enfermagem Referência**, III Série, Nº 5 (2011), p. 121-133.
- FIGUEIROA-REGO, Sandra - “Século XXI: Novas E Velhas Problemáticas Em Enfermagem: Sistemas De Informação E Documentação Em Enfermagem E Modelos De Cuidados Em Uso”. **Pensar Enfermagem**. Lisboa. ISSN 0873-8904. Vol. 7, nº2 (2003), p.34-47.
- FORTIN, Marie - **Fundamentos e Etapas do Processo do Investigação**. Loures: Lusodidacta, 2009. ISBN 978-989-8075-18-5.
- FOSTER, P., JAMSENS, N., DOROTHEA E. In J. B. George - **Teorias de Enfermagem: os fundamentos para a prática profissional** , Porto Alegre: Artes Médicas, 1993, pp.338.
- GOMES, Vanessa – **O Planeamento das Altas em Unidades de Cuidados Continuados de Longa Duração e Manutenção**. Universidade Lusófona de Humanos e Tecnologias, Lisboa, 2013. Dissertação de Mestrado.

- HOEMAN, Shirley P. – **Enfermagem de Reabilitação – Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados**. 4ª ED. Loures: Lusodidacta – Sociedade Portuguesa de Material Didático, Lda. 2011. ISBN 978-989-8075-31-4.
- HOY, B., WAGNER, I., HALL, E. - Self-care as a health resource of elders: an integrative review of the concept. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, 21, (2007) 456 – 466.
- INFOPÉDIA – Dicionários Porto editora - [Em linha]. Lisboa, 2017. [Consultado em 5 Maio de 2017]. Disponível na WWW:<URL: <https://www.infopedia.pt/>
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA- Portugal perdeu mais de 30 mil habitantes em 2016- [Em linha]. Lisboa. Diário de Notícias, 2017. [Consultado em 10 Fevereiro de 2018]. Disponível na WWW:<URL: <https://www.dn.pt/sociedade/interior/portugal-perdeu-m1ais-de-30-mil-habitantes-em-2016---ine-8566685.html>
- KENNETH, A. – **Fundamentos de Terapia Respiratória**. 9º Ed. São paulo: Elsevier, 2009. ISBN 9788535230581.
- KOLB, D. - **Experimental learning: Experience as the source of learning and development**. New Jersey: Prentice-Hall,1984.
- LAGE, Maria – **Avaliação dos Cuidados Informais aos Idosos: Estudo do Impacte do cuidado no cuidador informal**. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, 2007. Dissertação de Doutoramento.
- LAGE, Maria - **Cuidados familiares a idosos**. In C. Paúl & A. Fonseca (Coord.), Envelhecer em Portugal. Lisboa: Climepsi, 2005. ISBN 972-796-185-1 (pp. 202-229).
- LASH, S. – Convições e comportamentos na educação para a saúde. **Revista Nursing**. Edição Portuguesa. Nº 27 (Abril 1990). P. 46-48.
- LEAL, Teresa – **A CIPE e a Visibilidade em Enfermagem: Mitos e Realidades**. Loures: Lusociência, 2006. 218 p. ISBN 978-973-8930-20-2.
- LEITE, Paula - **Avaliação da percepção de autoeficácia do prestador de cuidados**. Porto: Escola Superior de Enfermagem, 2012. Tese mestrado.
- LOURO, Maria - **Cuidados continuados no domicílio**. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, 2009. Tese Doutoramento.

- HANSON, Shirley - **Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria, Prática e Investigação**. Camarate: Lusociência, 2005. ISBN 972-8383-84-3.
- MARINIS, Maria Grazia [et al.] - 'If it is not recorded, it has not been done!?' Consistency between nursing records and observed nursing care in an Italian hospital. **Journal of Clinical Nursing** [Em linha]. Vol. 19, nº 11/12 (2010), p.1544-1552 [Consult. 19 jul. 2012]. Disponível em WWW:<URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=11&hid=15&sid=24f95d5b-d4d2-49ff-9e29-beff6ca8673e%40sessionmgr12&bdata=Jmxhbmc9cHQtYnlmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=a9h&AN=50436706>>. ISSN 0962-1067.
- MARTINS, T. - **Acidente Vascular Cerebral: Qualidade De Vida E Bem-Estar Dos Doentes E Familiares Cuidadores**. Coimbra: Formação E Saúde Lda, 2006.
- MATA, Maria Augusta; RODRÍGUEZ, Maria Teresa - El cuidado no remunerado de mayores dependientes en el noreste de Portugal. **Prisma Social: revista de ciências sociais**. ISSN 1989-3469. n.º 8, Junho (2012), p. 333-357.
- MELEIS, A. E TRANGENSTEIN, P. - **Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission**. 6th Edition ed. 1994
- MELEIS, Afaf- **Theoretical nursing: development and progress**. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2007. ISBN 0-7817-3673-0.
- MELEIS, A. I. - **Transitions theory : middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice**. New York: Springer Publishing Company, (2010).
- MINISTÉRIO DO TRABALHO E SOLIDARIEDADE SOCIAL - **Anexo Ao Acordo Sobre A Reforma Da Segurança Social – Impacte Das Medidas**, Lisboa: Ministério do Trabalho E Solidariedade Social, 2006.
- MOK, E., [et al.] - Perceptions of empowerment by family caregivers of patients with terminal illness in Hong Kong. **International Journal of Palliative Nursing**, 8(3), (2002)137-145.
- NOGUEIRA, José Miguel - **A Dependência: O Apoio Informal, A Rede De Serviços E Equipamentos E Os Cuidados Continuados Integrados**. Lisboa: Ministério Do Trabalho E Da Solidariedade Social, 2009. ISBN 978-972-704-348-4.

- OLIVEIRA, A. - O professor enquanto facilitador da aprendizagem. **Psychologica**, nº Extra-Série de homenagem ao Prof. Doutor Manuel Viegas Abreu, (2004) 523-534.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – Divulgar: **Competências Dos Enfermeiros Em Cuidados Gerais**. Lisboa: Ordem Dos Enfermeiros. 2003
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Proposta Do Padrões De Qualidade Dos Cuidados Especializados Em Enfermagem De Reabilitação: Enquadramento Conceptual E Enunciados Descritivos**. Assembleia Extraordinária Do Colégio Da Especialidade De Enfermagem De Reabilitação. Setembro 2011.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2010a). **Rede Nacional dos Cuidados Continuados Integrados: Referencial do Enfermeiro**. [Consultado a 20-11-2016]. Disponível em 122 <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/RNCCI%20%20v.FINAL%20Referencial%20do%20Enfermeiro%20-%20Abril%202009.pdf>
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2010b). **Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação**. In *Ordem dos Enfermeiros*. [Consultado a 20-11-2016]. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao_ aprovadoAG20Nov2010.pdf.
- OREM, Dorothea - **Nursing: Concepts Of Practice**. St. Louis: Mosby, 2001. P. ISBN: 032300864x.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE- **Encontro Internacional Direito e Saúde, Cobertura Universal e Integralidade Possível**. [Em linha]. (2016). [Consultado a 5/04/2017]. Disponível na WWW: <URL:https://www.almg.gov.br/export/sites/default/acompanhe/eventos/hotsites/2016/encontro_internacional_saude/documentos/textos_referencia/00_palavra_dos_organizadores.pdf.
- PACHECO, Susana - **Cuidar a Pessoa em Fase Terminal**. 2ª Ed. Loures: Lusociência, 2004. ISBN 972-8383-30-4.
- PALMA, Emília - A família com idosos dependentes. Que expectativas? **Enfermagem**. Lisboa. ISSN 0871-0775. n.º 15 (1999), p. 27-40.

- PAÚL, Maria - **Lá Para o Fim da Vida: Idosos, Família e Meio Ambiente**. Coimbra: Almedina, 1997. ISBN 972-40-1000-7.
- PAVARINI, S.; NERI, A. – **Compreendendo Dependência, Independência E Autonomia No Contexto Domiciliar: Conceitos, Atitude E Comportamentos**. 2000.
- PEGO, Maria Ana Santos Silva - **Cuidados Informais: Os Idosos em Situação de Dependência em Portugal**. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, 2013. Tese de mestrado.
- PEREIRA, Filipe - **Informação e Qualidade do exercício Profissional dos Enfermeiros**. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2006. Tese doutoramento.
- PEREIRA, Filipe - **Informação e Qualidade do Exercício Profissional dos Enfermeiros**. Coimbra: Formasau, 2009. 209 p. ISBN 978-989-8269-06-5.
- PEREIRA, Hélder – **Subitamente Cuidadores Informais**. Universidade Lisboa, 2011. Dissertação de Doutoramento.
- PEREIRA, Joana - **O regresso a casa da pessoa dependente no autocuidado: satisfação do familiar cuidador sobre o planeamento da alta hospitalar**. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto, Porto, 2015. Dissertação de Mestrado.
- PETRONILHO, Fernando - **Preparação do regresso a casa**. Coimbra: Formação e saúde, Lda., 2007. ISBN: 978-972-8485-91-7.
- PETRONILHO, F. [et al.] – Caracterização do Doente após Evento Crítico. **Sinais Vitais**. Coimbra. ISSN 0872-8844. Nº88 (Janeiro 2010) p.41-47.
- PETRONILHO, Fernando– **Autocuidado: Conceito Central da Enfermagem**. Coimbra: Formasau, 2012. ISBN 978-989- 8269-17-1. 105 p.
- PETRONILHO, Fernando - **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**. Universidade de Lisboa, Lisboa, 2013. Tese de Doutoramento.
- PETRONILHO, Fernando; PEREIRA, Filipe; SILVA, Abel - Critérios de decisão sobre o destino do cliente dependente no autocuidado após a alta hospitalar. **Revista**

Investigação em Enfermagem. Coimbra. - ISSN 2182-9764. 2.º Série, Nº8 (Agosto 2014), p. 35-43.

- PIMENTEL, Luísa – Novas Tendências do apoio social ao cidadão idoso. **Geriatrics.** Rio de Janeiro. ISSN 1809-9823. Ano XIII, Vol. XIII, n.º 125 (2000), p. 13-18.
- PORTUGAL. Direcção-Geral de Saúde. Norma nº 015/2013. **Consentimento informado, esclarecido e livre para atos terapêuticos ou diagnósticos e para a participação em estudos de investigação.** Lisboa: Direcção Geral da Saúde, 2013.
- PORTUGAL. Ministério da saúde – ACSS - **Caraterização do Agrupamento de Centros de Saúde do Alto Minho.** Lisboa: Ministério da Saúde, 2013.
- POTTER, Patrícia; PERRY, Anne - **Fundamentos de Enfermagem: conceitos e procedimentos.** 5º Ed. Lusociência, 2006. 1106 p. ISBN 9728930240.
- QUEIRÓS, Paulo; VIDINHA, Telma; FILHO, António – Autocuidado: o contributo teórico de Orem para disciplina e profissão de Enfermagem. **Revista de Enfermagem Referência.** ISSN 0874.0283. Série IV - n.º 3 - nov./dez. (2014). p157-164
- QUENTAL, A. [et. al] - Avaliação Do Nível De Dependência Nos Idosos- Elaboração De Um Instrumento De Medida Baseado No Conceito De Risco. **Nursing.** Ano 15, Nº 186, 2004. Lisboa, p. 19-23.
- RAMOS, Cláudia - **Dificuldades e Necessidades de Cuidadores Informais de Idosos Dependentes da Beira Interior.** Covilhã: Universidade da Beira Interior, 2012. Tese de Mestrado.
- RICARTE, Luís - **Sobrecarga do cuidador informal de idosos dependentes no Concelho da Ribeira Grande.** Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2009. Tese de Mestrado.
- REGULAMENTO nº 122/11. **DR II Série.** 35 (2011/02/18) 8648-8653.
- REGULAMENTO nº 125/11. **DR II Série.** 35 (2011/02/18) 8658-8659.
- REGULAMENTO nº 350/15. **DR II Série.** 119 (2015/06/22) 16655-16660.
- RODRIGUES, R. [et al.] – Política nacional de atenção ao idoso e a contribuição da enfermagem. **Texto & contexto enfermagem.** Florianópolis. ISSN 0104-0707. Vol. 16, nº3 (2007), p. 536-45.

- RODRÍGUEZ, O. e PRIETO, J. - Attention given to the main carer from a primary care settings. **Metas de Enfermaria**, 10, (2007)18-22.
- SAMPIERI, Roberto Hernández; COLLADO, Carlos Fernández; LUCIO, María del Pilar Baptista - **Metodologia de Pesquisa**. 5ª Ed. São Paulo: Mac Graw Hill, 2006. ISBN 9788565848282.
- SANTOS, Dina Isabel Francisco Alberto - **As vivências do cuidador informal na prestação de cuidados ao idoso dependente: Um estudo no concelho da Lourinhã**. Lisboa: Universidade Aberta, 2008. Tese de Mestrado.
- SEQUEIRA, Carlos - **Cuidar de idosos dependentes**. Coimbra: Editora Quarteto, 2007. ISBN: 978-989-558-092-7.
- SEQUEIRA, Carlos - **Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental**. Lisboa: Lidel Edições Técnicas Lda, 2010. ISBN 978-972-757-717-0.
- SIDANI, S. - **Self-care In Diane Doran** (2nd Edition ed.): Diane Doran, 2011.
- SILVA, Abel - Enfermagem Avançada: Um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. **Servir**. Lisboa. ISSN 0871-2370. Vol. 55 (Jan-Abr, 2007).
- SILVA, Abel - **Sistemas de Informação em Enfermagem - Uma Teoria Explicativa da Mudança**. Coimbra: Edição Formasau - Formação e Saúde e Escola Superior de Enfermagem de São João, 2006. 398 p. ISBN 978-972-8485-76-4.
- SOUZA, Iracema, CALDAS, Célia - **Atendimento domiciliário gerontológico: contribuições para o cuidado do idoso na comunidade**. [em linha] Revista Brasileira em Promoção da Saúde. Vol1. Fortaleza: 2008. [consult. 27 Out. 2016]. Disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=40821109>
- STANHOPE, Márcia; LANCASTER, Jeanette - **Enfermagem de Saúde Pública: Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População**. 7º Ed. Loures: Lusodidacta, 2011. ISBN 978-989-8075-29-1.
- TAVARES, Mónica - **Destino dos clientes dependentes no autocuidado após a alta hospitalar: critérios, intervenientes e níveis de decisão**. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, 2011. Tese de mestrado.

- TEIXEIRA, Maria - **Planeamento Integrado de Alta Hospitalar dos Idosos**. Universidade Nova de Lisboa, 2012. Dissertação de Mestrado em Saúde e Envelhecimento.
- TOMEY, A.; ALLIGOD, M. - **Teóricas de Enfermagem e a sua Obra Modelos e Teorias de Enfermagem** (5^o ed.). Loures: Lusociência - edições Técnicas e Científicas, Lda, 2003
- Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados- **Manual do prestador: Recomendações para a Melhoria Continua**. (1^oEdição). Lisboa: UMCCI, 2011.
- VERÍSSIMO, Cristina, MOREIRA, Isabel – Os cuidadores Familiares/informais. Cuidar do doente idoso dependente em domicílio. **Pensar Enfermagem**. Lisboa. ISSN 0873-8904. Vol. 8 n.º 1 (2004), p. 60-65.
- VÍTOR, A.; LOPES, M.; ARAÚJO, T. - **Teoria do Déficit de autocuidado: análise da sua importância e aplicabilidade na prática de enfermagem**. Esc Anna Nery, (Jul-Set de 2010), pp. 611-616.
- WILKINSON e WHITEHEAD - Evolution of the concept of self-care and implications for nurses: A literature review. **International Journal of Nursing Studies**, 46, (2009) 1143-1147.

ANEXOS

ANEXO A
AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DO ESTUDO

Ex^a Enf.^a Ana Maria Gomes

Serve o presente para autorizar a recolha de informação para a dissertação de Mestrado "Planeamento da alta do cliente dependente de uma UMDR para o domicílio", solicitada á Santa Casa de Misericórdia de Arcos de Valdevez.

Sem mais assunto

Ao dispor

Arcos de Valdevez, 24 de Outubro de 2016

A Diretora Técnica UCCM/UCCL Bem Cuidar
Enf^a Vânia Afonso


UNIDADE DE CUIDADOS
CONTINUADOS
SANTA CASA DA
MISERICORDIA
DE ARCOS DE VALDEVEZ
(Enf^a Vânia Afonso)

APÊNDICES

APÊNDICE A
GUIÃO DA ENTREVISTA

Apresentação do investigador	
Objetivo: Informar o entrevistado	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar do investigador; - Comunicar o tema em estudo, a sua pertinência e os objetivos do estudo; - Garantir a confidencialidade e anonimato; - Pedir autorização para a participação no estudo e gravação da entrevista.
Caracterização do entrevistado	
Objetivo: Caracterizar o entrevistado	Local de trabalho: _____ Idade: _____ Género: _____ Experiência profissional: _____
Objetivos/Questões	
Objetivo Geral: Conhecer o processo de planeamento de alta do cliente dependente de uma UMDR para o domicílio.	
Objetivos específicos:	Questões
Conhecer as etapas do processo de planeamento de alta numa UMDR, na perspetiva do enfermeiro	<ul style="list-style-type: none"> - Qual o momento do internamento em que é definido o destino pós alta do cliente? - Qual o momento do internamento em que se inicia o planeamento da alta? - Quais os fatores relevantes para a tomada decisão do destino pós alta? - Qual o momento do internamento em que se inicia a capacitação do prestador de cuidados?
Conhecer a intervenção do enfermeiro no planeamento de alta.	<ul style="list-style-type: none"> - Que tipo de intervenção tem no planeamento da alta? - Como são avaliadas as necessidades do cuidador? - Como são programados /realizados os ensinamentos? - Quais os autocuidados que considera mais importantes para ensinar? - Quais os autocuidados que habitualmente ensina? - Que recursos são utilizados? - Como é fomentada a participação ativa e efetiva do cuidador no planeamento de alta?
Identificar as estratégias utilizadas no planeamento da alta pelo enfermeiro para capacitação do cuidador.	<ul style="list-style-type: none"> - Qual a importância que atribui à educação do cuidador? - Quais as estratégias utilizadas para a capacitação do cuidador? - A experiência prévia do cuidador ou a falta dela influencia o planeamento da alta? - Qual a sua perspetiva sobre os conhecimentos adquiridos pelo cuidador? - Considera que no momento da alta os cuidadores sentem-se capazes de cuidar do cliente dependente no domicílio?
Fim da Entrevista	
Agradecer a colaboração do entrevistado e referir a importância da sua participação no estudo; Sintetizar os aspetos essenciais abordados durante a entrevista; Dar a oportunidade ao entrevistado de acrescentar mais algum aspeto que tenha ficado por referir durante a entrevista.	

APÊNDICE B
CONSENTIMENTO INFORMADO

Consentimento Informado

Se concordar em participar neste estudo, por favor, assine no espaço abaixo e obrigada por aceitar dar a sua imprescindível contribuição.

Eu, abaixo-assinado, (nome completo) _____

_____, Tomei conhecimento do objetivo e finalidade do estudo de investigação no âmbito do “*Processo de Planeamento da alta do cliente dependente de uma UMDR para o domicílio*”, e da forma como vou participar no referido estudo, a ser realizado por Ana Maria de Moraes Gomes, que se encontra a frequentar o IV Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo. Compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que serei incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação ou explicação que me foi prestada versou os objetivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a qualquer momento a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo para a minha pessoa.

Assim, declaro que consinto participar no presente estudo de investigação e que me seja aplicado o método proposto pela investigadora.

Data: ____ / _____ / _____.

Assinatura do participante:

A Investigadora responsável:

Assinatura:

APÊNDICE C
REGISTO DOCUMENTAL DE DADOS

Data recolha de dados: _____

DADOS DO CLIENTE		
Género		
Idade		
Estado Consciência		
Estado Civil		
Escolaridade		
Situação profissional		
Coabitação		
Prestador de Cuidados		
DADOS DE ENFERMAGEM		
Nível dependência cliente nas AVD's (MIF)	Admissão	Alta
Momento internamento e tipo de ensinios realizados ao prestador de cuidados (dias internamento)		
Ajudas técnicas utilizadas nos ensinios		
Ajudas técnicas aconselhadas a serem adquiridas		
Realização de visita domiciliária para avaliação de barreiras arquitetónicas		

APÊNDICE D
MATRIZ FINAL DE DADOS

ÁREA TEMÁTICA- Tomada decisão do destino pós alta

Categoria	Sub-categoria	Unidades de Análise
Momento	Não existe	<p>“Não existe um período do internamento para definição do destino pós-alta.” E2</p> <p>“ (...) não exista um momento específico para delinear o destino pós alta do cliente.” E4</p> <p>“Não existe ainda bem definido, não existe um procedimento definido na unidade (...)” E6</p> <p>“(...) não existe um procedimento que identifique este momento (...)” E10</p>
	Durante o 1º mês internamento	<p>“(....)é normalmente no 1º mês (...)” E6</p>
	Entre o 2º e o 3º mês internamento	<p>“ (...) o destino pós alta é definido entre o 2º e 3º mês de internamento.” E5</p> <p>“(....)[definição destino pós alta] habitualmente se faz só no 2º ou 3º mês de internamento.” E7</p> <p>“Em média o destino pós alta é definido no 2º mês de internamento.” E8</p> <p>“ (...) o que fazemos é um mês antes do internamento terminar saber através da SA qual será o possível destino pós alta” E10</p>
	Reunião de equipa	<p>“ (...) esse momento [definição destino pós alta] será depois nos dito posteriormente conforme reunião multidisciplinar da equipa.” E1</p> <p>“Nas reuniões multidisciplinares que decorrem quinzenalmente, (...)” E6</p>

Intervenientes	Assistente Social	<p>“(...) [destino pós alta] é definido com a família e assistente social” E2</p> <p>“A assistente social em conjunto com a família (...)” E3</p> <p>“(...) decidir o destino pós alta isto será uma tarefa da assistente social, (...)” E3</p> <p>“Na 1ª semana de internamento a família tem uma reunião com AS, onde é abordado este tema, e a família manifesta a sua vontade, se é o domicílio (...)” E6</p> <p>“(...) destino é uma articulação do cuidador/familiares e a técnica serviço social.” E6</p> <p>“De referir que é efetuado pela AS [definição do destino pós alta].” E7</p> <p>“A AS reúne com o PC e decidem qual será o destino pós alta do utente.” E8</p> <p>“(...)saber através da A.S qual será o possível destino pós alta (...)” E10</p>
	Equipa multidisciplinar	<p>“ A equipa [enfermagem] claro que participa referindo a dependência do utente para que o cuidador considere numa primeira fase é capaz ou não de o cuidar em casa.”E6</p> <p>“Nas reuniões multidisciplinares que decorrem quinzenalmente, todas as quinta-feira, é feita essa questão [destino pós alta] a AS e ela comunica o que se está a programar para cada utente.” E6</p>
	Dependência do cliente	<p>“(...) grau de incapacidade do utente (...) E2</p> <p>“(...) grau de dependência do utente (...) E5</p> <p>“(...) a dependência que o utente tem (...)” E6</p> <p>“(...) tipo de dependência do cliente (...)” E10</p>

Fatores influenciadores	Apoio familiar	<p>“(…) presença de retaguarda familiar (…) disponibilidade para cuidar (…)” E2</p> <p>“(…) suporte familiar adequado e integrado nas necessidades do cliente (…)” E4</p> <p>“(…) retaguarda familiar (…)” E7</p> <p>“(…) se tem retaguarda familiar, se o cuidador tem capacidades para assegurar a continuidade de cuidados.” E9</p>
	Condições do domicílio	<p>“(…) domicílio adaptado (…)” E2</p> <p>“(…) a estrutura física no domicílio.” E4</p> <p>“(…) a adaptação do domicílio, se este possuir barreiras arquitetónicas (…)” E6</p>
	Apoio económico	<p>“(…) situação económica (…)” E2</p> <p>“(…) poder económico do utente/família (…)” E5</p> <p>“(…) Situação socioeconómica do cliente” E10</p>
	Estado consciência do cliente	“(…) estado de consciência do utente (…)” E5
	Vontade do cliente/ família	<p>“(…) vontade do utente.” E5</p> <p>“Se a família (…) desejar levar o utente para casa após a alta (…).” E7</p>

ÁREA TEMÁTICA- Capacitação do prestador de cuidados

Categoria		Unidades de Análise
Após conhecimento do destino pós alta		<p>“A capacitação do PC inicia-se após termos conhecimento do destino pós alta.” E1</p> <p>“(…) após definição do destino pós-alta.” E2</p> <p>“A partir do momento em que nós sabemos que o utente irá para o domicílio (…)” E3</p> <p>“Desde o momento em que é decidido em equipa multidisciplinar qual é o destino pós alta, (…) inicia-se o mais rapidamente possível a sua capacitação.” E9</p> <p>“(…) capacitação é mais ativa após se conhecer o destino pós alta do cliente de forma a serem realizados de acordo com as necessidades de cada cliente.” E10</p>
1º mês de internamento		<p>“Salvo algumas exceções em que os clientes vão passar fim de semana ao domicilio logo desde o primeiro mês de internamento, (…) esta capacitação do PC inicia-se muito mais cedo, de modo a capacita-los no sentido de poderem prestar todos os cuidados de o cliente necessita.” E1</p> <p>“Quando o prestador de cuidados visita frequentemente o utente (…) a capacitação do mesmo é iniciado precocemente, logo no 1º mês de internamento.” E5</p>
2º a 3º mês de internamento		<p>“ A capacitação do PC inicia-se entre o segundo e o terceiro mês de internamento.” E3</p> <p>“Na maioria dos casos, a capacitação do PC é iniciada no 3º mês de internamento” E5</p> <p>“(…) [capacitação do cuidador] normalmente mais para o final de internamento, um mês antes da alta, (…) já é feito o ensino com a real necessidade do utente.” E6</p>

		<p>“Por norma é iniciada no último mês de internamento.” E7</p> <p>“Normalmente é realizada no 3º mês de internamento, (...) é efetuada uma capacitação mais dirigida as necessidades do utente.” E8</p>
--	--	--

ÁREA TEMÁTICA- Intervenção do Enfermeiro junto do PC

Categoria	Sub-categoria	Unidades de Análise
Identificação das necessidades do cuidador	Questionar experiência	<p>“ (...) questiono o cuidador se já cuidou de alguém dependente, se tem algum conhecimento sobre isso. (...) peço para me dizer o que sabe, de forma a adequar os ensinamentos.” E2</p> <p>“(…) questionar o cuidador sobre alguns autocuidados, se já alguma vez os fez como os faz, e tentar corrigir ou apoiar o que está a fazer.” E6</p> <p>“As necessidades são avaliadas conversando com o cuidador sobre os conhecimentos que tem sobre os vários autocuidados.” E8</p> <p>“(…) perceber se [PC] já tem algum tipo de experiência, se tem condições físicas e psicossociais para cuidar.” E9</p> <p>“Eu o que faço é questionar o cuidador sobre os aspetos que mais o preocupa em relação ao cuidar.” E10</p>
	Explicar as necessidades do cliente	<p>“ (...) dar o exemplo de todas as necessidades que a pessoa tem durante um dia, (...). Em cada uma destas etapas, ver se o cuidador tem conhecimentos e capacidades.” E6</p> <p>“Tendo em conta as necessidades do cliente explico-as ao cuidador enquanto exemplifico (...).” E10</p>

	Avaliar conhecimentos e capacidades	<p>“(…) PC visita frequentemente o utente (…) longo do tempo vai se avaliando as suas capacidades e as necessidades que tem de ensinos.” E1</p> <p>“É através da observação da execução dos autocuidados que o enfermeiro vai avaliar se o PC possui conhecimentos e capacidades ou não, para poder delinear os ensinos a fazer.” E3</p> <p>“As dificuldades [PC] são avaliadas durante os ensinos presenciais.” E4</p> <p>“As necessidades do PC (…) são avaliadas na 1ª sessão de ensinos (…)” E5</p> <p>“(…) [avaliação das necessidades do PC] durante a sua visita ao utente.” E5</p> <p>“A avaliação das necessidades do cuidador é feita no primeiro dia de ensinos agendado, (…)” E6</p> <p>“As necessidades do cuidador são avaliadas nas sessões de ensino/instrução/treino agendadas pela equipa de Enfermagem.” E7</p> <p>“Passa pelo enfermeiro perceber se o cuidador terá a capacidade de assegurar a continuidade de cuidados no domicílio (…)” E9</p> <p>“Identificar as dificuldades sentidas pelo doente e família na satisfação das necessidades e planear o ensino em função das mesmas, (…)” E10</p>
Identificação das áreas prioritárias de EPS	Ajudas técnicas	“(…) determinar quais as ajudas técnicas ideais para aquela pessoa tendo em conta as barreiras arquitetónicas existentes no domicílio.” E6
	Recursos/Barreiras arquitetónicas	<p>“(…) [conhecer] a situação habitacional (os recursos existentes, por exemplo se tem polibã ou banheira), (…)” E2</p> <p>“Aconselhar a adaptação do mobiliário e reorganização do espaço físico no</p>

		domicílio do doente, bem como a remoção de barreiras arquitetónicas, (...).” E10
Planeamento de EPS	Agendamento	<p>“(...) é sempre articulado quer por contacto pessoal quer telefónico com PC” E1</p> <p>“Os ensinamentos são programados por nós, pessoalmente ou por telefone (...).” E2</p> <p>“(...) pela assistente social aquando das reuniões periódicas, que depois nos comunica.” E2</p> <p>“Aqui o enfermeiro entra em contacto com o PC, via telefone ou presencialmente, agendando um dia, uma hora em que este comparece para serem realizados os ensinamentos.” E3</p> <p>“(...) os ensinamentos são programados com os familiares por via telefónica ou via presencial, (...).” E4</p> <p>“O prestador de cuidados é contactado via telefone ou durante uma visita para agendar a sessão de ensinamentos (...).” E5</p> <p>“São agendados presencialmente ou via telefone (...).” E8</p> <p>“(...) é feito contacto telefónico e são marcados os dias para a realização dos ensinamentos (...).” E9</p>
	Disponibilidade do PC	<p>“No agendamento da realização de ensinamentos é sempre tida em conta a disponibilidade do PC.” E1</p> <p>“O momento para realizar ensinamentos não está previamente definido, é negociado com o PC segundo a sua disponibilidade.” E2</p> <p>“(...) tentando sempre que possível estabelecer um horário que favoreça a</p>

		<p>presença dos prestadores de cuidados.” E4</p> <p>“(…) agendar a sessão de ensinios conforme a sua disponibilidade.” E5</p> <p>“Os ensinios são efetuados em qualquer dia da semana, inclusive fim-de-semana, e em qualquer turno, manhã ou tarde, tendo sempre em conta a disponibilidade do cuidador.” E6</p> <p>“São agendados (…) para o dia e hora que o cuidador tenha disponibilidade, em qualquer dia da semana e fim-de-semana, tanto no período da manhã como da tarde.” E8</p> <p>“(…) são marcados os dias para a realização dos ensinios, de acordo com a sua disponibilidade.” E9</p>
	Momento preferencial	<p>“(…) geralmente sempre turnos da manhã para dar possibilidade de realizar ensinios sobre cuidados de higiene e conforto(…)” E1</p> <p>“Nós costumamos solicitar ao cuidador a vinda no turno da manhã, porque engloba mais autocuidados (…)” E6</p> <p>“(…) [realização ensinios] no turno da manha uma vez que é o turno em que o cliente estará envolvido em mais autocuidados (…)” E10</p>
	Outros momentos	<p>“(…) eventualmente o PC só tiver possibilidade no período da tarde, mesmo que se trate de ensinios sobre cuidados de higiene no período da tarde, já sabemos previamente e estamos preparados para realizar ensinios nesse período.” E1</p> <p>“Muitas vezes, também aproveitamos momentos de visitas para realizar/reforçar</p>

		<p>alguns ensinios.” E2</p> <p>“Os ensinios são efetuados em qualquer dia da semana, inclusive fim-de-semana, e em qualquer turno, manhã ou tarde (...)” E6</p> <p>“Muitas vezes são aproveitados os momentos de visita para efetuar ensinios ao cuidador.” E8</p>
Capacitação para os autocuidados	Higiene	<p>“(...) higiene (...)” E1</p> <p>“(...) autocuidado higiene (...)” E2</p> <p>“(...) o autocuidado higiene (...)” E3</p> <p>“(...) tomar banho (...)” E6</p> <p>“(...) higiene (...)” E7</p> <p>“(...) higiene (...)” E8</p> <p>“(...) higiene (...)” E9</p> <p>“(...) higiene (...)” E10</p>
	Vestir/despir	<p>“(...) vestir e despir (...)” E1</p> <p>“(...) vestir/despir (...)” E2</p> <p>“(...) vestir/despir (...)” E6</p> <p>“(...) vestir/despir (...)” E7</p> <p>“(...) o vestir/despir (...)” E10</p>
		“(...) o posicionamento (...)” E1

	Posicionar	<p>“(...) posicionar-se (...)” E2</p> <p>“(...) posicionar-se.” E3</p> <p>“(...) posicionar-se.” E4</p> <p>“(...) posicionar-se (...)” E6</p> <p>“(...) posicionar-se.” E7</p> <p>“Posicionamentos (...)” E8</p> <p>“Autocuidado posicionar-se (...)” E9</p> <p>“(...) posicionar-se (...)” E10</p>
	Transferir	<p>“(...) a transferência (...)” E1</p> <p>“(...) transferir-se (...)” E2</p> <p>“(...) transferir-se (...)” E4</p> <p>“(...) o transferir-se (...)” E6</p> <p>“(...) transferir- se (...)” E7</p> <p>“(...) transferências (...)” E8</p> <p>“(...) transferir-se (...)” E9</p> <p>“(...) transferir-se (...)” E10</p>
	Comer/beber	<p>“(...) a nível da alimentação, prevenção de aspiração.” E1</p> <p>“(...) comer/beber(...)” E2</p> <p>“(...) autocuidado alimentar-se, nos utentes com disfagia com o objetivo de prevenir aspiração, (...)” E4</p>

		<p>“(...) assim como o alimentar-se é muito importante, pelo risco de aspiração que os utentes têm.” E6</p> <p>“(...) alimentação.” E8</p> <p>“(...) comer/beber(…)” E9</p> <p>“(...) o alimentar-se.” E10</p>
	Andar	“(...) andar (...)” E2
	Uso sanitário	<p>“(...) uso do sanitário. (...)” E2</p> <p>“(...) uso do sanitário.” E9</p>

ÁREA TEMÁTICA- Estratégias utilizadas pelo enfermeiro para capacitar o prestador de cuidados

Categoria	Sub-categoria	Unidades de Análise
Envolvimento do PC	Relação empática	<p>“(…) envolver o cuidador, estabelecendo (…) uma relação empática com o cuidador.”E4</p> <p>“(…) estabelecendo com o mesmo uma relação empática.”E5</p> <p>“(…) outra estratégia é dizer-lhes se tiveres dúvidas podem telefonar.” E6</p> <p>“É importante criar uma relação de empatia com o cuidador (…)”E8</p> <p>“É fundamental fazer perceber ao cuidador que não esta sozinho e que em qualquer dificuldade ou dúvida pode contactar-nos.”E10</p>
	Adaptação da linguagem	<p>“É importante também a adaptação da linguagem ao cuidador (…).” E2</p> <p>“É importante a adaptação da linguagem ao prestador de cuidados (…)”E5</p> <p>“(…) a utilização adequada da linguagem.”E10</p>
	Motivação	<p>“(…) é necessário explicar-lhes [PC] a importância de realizar ensinios para a prestação de cuidados no pós alta, no domicilio, (…) para que eles se mostrem mais disponíveis para a planeamento de alta.”E1</p> <p>“(…) tento sempre explicar que em casa ele terá de ser capaz de cuidar, por isso é importante que ele participe ativamente na prestação dos cuidados.”E3</p> <p>“No caso de o cuidador se demonstrar renitente aos ensinios, tento explicar-lhe a importância dos ensinios para que adquira conhecimentos e capacidades para cuidar.”E8</p> <p>“Quando um cuidador não se demonstra motivado para os ensinios, é importante mostra-</p>

		<p>lhe que será importante adquirir certos conhecimentos (...).”E9</p>
	Participação gradual nos cuidados	<p>“Um outro aspeto é convidar o cuidador a ajudar a prestar cuidados, quando estivesse presente, como por exemplo nos posicionamentos, transferências, alimentação, levando a que sentisse parte integrante no cuidar.”E2</p> <p>“(…) envolve-lo gradualmente no processo de capacitação (...).”E5</p> <p>“(…) captar atenção do cuidador quando cá está e fazer-lhes ensinios pontuais e não uma sessão de ensinios, porque eu considero que muitos deles quando vêm a uma sessão de ensinios programada acham que vêm para serem avaliados.” E6</p> <p>“Para a capacitação do cuidador é importante efetuar ensino, instrução e treino de uma forma gradual.” E8</p> <p>“(…) importante que se vá capacitando o prestador de cuidados de forma gradual e não apenas numa ou duas sessões de ensinios.” E10</p>
Ensino/Instrução		<p>“(…) começo por explicar os procedimentos a utilizar adequados ao utente (...).” E1</p> <p>“Existem cuidadores mais inseguros mas que conseguem com reforço dos ensinios prestar os devidos cuidados.”E1</p> <p>“(…) deverá realizar-se primeiramente um ensino (...) e não partir logo para o fazer, que pode criar ansiedade e insegurança no cuidador e posteriormente convidar a participar.”E2</p> <p>“(…)é feita uma avaliação no sentido de avaliar necessidade de marcação de mais ensinios para reforço (...).” E2</p>

		<p>“Na capacitação do PC primeiro ensino como deve fazer determinado autocuidado, demonstrando, posteriormente a instrução e por fim o treino.” E3</p> <p>“(…) os que demonstram dúvidas nós voltamos a fazer o reforço de ensino.” E6</p> <p>“Para a capacitação do cuidador é importante efetuar ensino, instrução e treino de uma forma gradual.” E8</p>
Treino		<p>“A capacitação passa pelas sessões de ensino/instrução e treino, dando especial importância às sessões de treino.”E7</p> <p>“Realizar o treino com o doente e família sobre os exercícios e estratégias adaptativas adequadas às suas necessidades (…)” E10</p>

ÁREA TEMÁTICA- Fatores Influenciadores do PA

Categoria	Subcategorias	Unidades de Análise
Fatores facilitadores	Experiência prévia do PC	<p>“(...) PC que já possua conhecimentos (...) vai influenciar o planejamento de alta, porque já temos um trabalho antecipado daquilo que queremos fazer para a alta.” E1</p> <p>“A experiência prévia influencia, porque por vezes num primeiro momento o PC se já nos diz que tem conhecimento sobre determinado autocuidado, aproveitamento e efetivo já a instrução e o treino para observar se o conhecimento que possui é correto e se tem capacidades.”E3</p> <p>“Um prestador com alguma experiência é sem dúvida uma mais valia para o cliente pois já se sente mais a vontade e confiante do que um prestador sem experiência prévia.”E4</p> <p>“Quando existe experiência prévia do PC, é uma mais valia e o planejamento da alta poderá ser iniciado mais tardiamente.”E5</p> <p>“Quando o cuidador já tem experiência facilita não só a aquisição de novos conhecimentos, como facilita a sua adaptação ao seu papel.” E7</p> <p>“Quando o cuidador tem conhecimentos prévios poderá ajudar uma vez que já possui conhecimentos.” E8</p> <p>“Sim com os cuidadores que já tem conhecimentos acaba ser mais fácil, pois estão mais motivados, já têm conhecimento de qual a etapa que os espera.” E9</p>
	Ausência de experiência	“No caso de o cuidador não ter experiência, é realizado um ensino mais completo e

	prévia	<p>rigoroso.” E2</p> <p>“Se o PC não tem experiência prévia, o planeamento da alta terá de começar mais cedo e exigirá uma programação de ensinos mais pormenorizada/especificada.”E5</p> <p>“A falta de experiência, quando há uma real vontade de tratar de alguém é um benefício (...)”E6</p> <p>“E pessoa sem experiência e querem que o utente vá para casa, tem vontade, adquirem muito melhor aquilo que lhes é ensinado.”E6</p> <p>“A meu ver a falta de experiência é um fator facilitador na realização de ensinos pois são estes os cuidadores mais interessados em aprender para poderem prestar cuidados.”E10</p>
	Recursos materiais	<p>“(...) cama articulada, o colchão de pressão alterna, (...) cadeira de rodas ou cadeirão, disco de transferência e cinto de transferência também se ajusta a alguns utentes e é também necessário efetuar ensinos a família neste sentido.” E1</p> <p>“Se utente deambular com algum auxiliar de marcha, efetuar ensino ao PC sobre o mesmo, cama articulada, colchão pressão alterna, caso seja necessária, cadeira rodas, cadeirão.”E2</p> <p>“Na unidade dispomos de uma vasta gama de dispositivos de apoio, nomeadamente cadeira sanitária, almofadas de espuma, cinto transferência, cadeira rodas, auxiliares de marcha.”E3</p> <p>“(...) dispomos até ao momento de recursos físicos e materiais adequados a cada estado de saúde, (...). Dispomos de canadianas, andarilhos com e sem rodas, cadeiras de rodas de hemiplégicos, tábua de transferência, maca banheira para cuidados de higiene, entre outros.”E4</p> <p>“Na unidade dispomos de inúmeros recursos materiais, nomeadamente cadeira de rodas,</p>

		<p>cadeiras sanitárias, camas articuladas, cintos transferência, tabua transferência, rebordos de prato, talheres adaptados, entre muitos outros.” E5</p> <p>“Na unidade dispomos de muitos recursos, cinto transferência, disco giratório, até temos uma banheira (...) tabua para colocar na banheira, grua elevatória para utentes mais pesados, (...), cadeiras de rodas de hemiplégicos, entre muitos outros. Dispomos de uma vasta gama de recursos para efetuarmos ensinos, sempre adequados a cada situação.” E6</p> <p>“Cadeiras sanitárias, disco de transferência, cadeira de rodas, dispositivos auxiliares de marcha, a unidade dispõem de uma vasta gama de dispositivos auxiliares.” E8</p> <p>“Cadeira sanitário, tabua de transferência, cinto de transferência, cadeira de rodas entre outros que dispomos na unidade.” E9</p> <p>“ (...) possuímos na instituição um vasto leque de recursos (...) Desde cadeira de rodas adaptadas, grua elevatória, tabua de transferência, cinto de transferência disco giratória banheira.” E10</p>
Fatores dificultadores	Experiência Prévia do PC	<p>“O facto de o cuidador já ter experiência em cuidar, por vezes leva-nos a facilitar um pouco no planeamento da alta.” E2</p> <p>“Normalmente já tem alguns conhecimentos e alguns são renitentes à vinda para ensinos.” E2</p> <p>“ (...) muitas das vezes verificamos que nem sempre sabem ou fazem corretamente as coisas. ” E2</p> <p>“(...)pessoas com experiência tendem a não ouvir aquilo que estamos a dizer (...)” E6</p> <p>“(...)exemplo quando estamos a efetuar ensinos a um cuidador que já cuidou de alguém</p>

		<p>acamado, diz logo que sabe, possuindo a maior parte das vezes um conhecimento errado (...)" E6</p> <p>"Havendo por vezes algumas situações (...) o cuidador possui um conhecimento errado sobre determinado assunto (...)" E8</p>
	Recursos humanos	<p>"O que se verifica é um défice de recursos humanos (...)" E6</p> <p>"Relativamente aos recursos humanos não posso dizer o mesmo, pois os enfermeiros para cada turno são os mesmos em dias de ensinos e em dias normais e muitas vezes o tempo que dedicamos para os ensinos não é aquele que gostaríamos que fosse."E10</p>

ÁREA TEMÁTICA- Importância atribuída pelo enfermeiro à educação do cuidador

Categoria		Unidades de Análise
Continuidade cuidados		<p>“(…) ao capacitarmos o cuidador para cuidar do utente, estamos a assegurar a continuidade de cuidados, de acordo com a individualidade e as necessidades do utente.” E2</p> <p>“(…) o PC vai sair daqui com as bases, para depois em casa poder prestar os cuidados” E3</p> <p>“(…)será ele [PC] a dar continuidade aos cuidados prestados por nós e cabe a nós fazê-lo da melhor forma para o utente manter/melhorar os ganhos em saúde.” E5</p> <p>“É muito importante a educação dos cuidadores porque o que está em risco é a continuidade de cuidados a pessoas que no momento têm muitas necessidades.” E9</p>
Prevenção complicações		<p>“Um cuidador instruído sobre autocuidados são uma mais valia para o cliente, para que lhe possa prestar cuidados de qualidade e assim prevenir possíveis complicações.” E4</p> <p>“É o mais importante quando estamos a preparar a ida de um utente para o domicílio, porque se um PC não tiver uma total capacitação depois vai ser um desenrolar de problemas.” E6</p>

ÁREA TEMÁTICA- Impacto da Intervenção do Enfermeiro

Categoria	Sub-categorias	Unidades de Análise
Aquisição de Conhecimentos	Sim	<p>“Geralmente todos eles conseguem adquirir conhecimentos (...), mas depende de cada um [PC] (...)” E1</p> <p>“Sim adquirem conhecimentos (...)” E3</p> <p>“(...) há casos em que os ensinamos passa por todas as fases e conseguimos ter um bom feedback sobre a aquisição de conhecimentos/capacidades do PC.” E5</p> <p>“Sim todos os cuidadores adquirem conhecimentos ao longo do processo de capacitação, que lhes permitirão cuidar do seu familiar no domicílio.”E8</p> <p>“(...)têm os conhecimentos (...) demonstram é um pouco de receio, pois vão enfrentar uma nova etapa.” E9</p>
	Não	<p>“Na minha opinião penso que os prestadores adquirem sobretudo alguma prática relativamente aos autocuidados, mas em termos de conhecimentos e em capacidade critico-reflexiva os prestadores dificilmente atingem.”E4</p> <p>“(...)penso que o cuidador não consegue adquirir todos os conhecimentos necessários, pois nem sempre o tempo para o treino é o desejável.” E6</p>
Capacitação para	Sim	<p>“Geralmente todos eles conseguem adquirir (...) capacidades para prestar os cuidados ao utente, mas depende de cada um (...)” E1</p>

cuidar		<p>“Em alguns casos, verificamos que os cuidadores estão totalmente capazes, (...) momento das visitas já realizam os cuidados ao utente transferências.”E2</p> <p>“Sim tem de um modo geral.” E3</p> <p>“Acho que os prestadores se sentem capazes para a realização de autocuidados e motivados se o cliente se apresentar estável do foro clinico.”E4</p> <p>“Considero que sim (...)” E8</p> <p>“(...)têm os conhecimentos e capacidades, demonstram é um pouco de receio, pois vão enfrentar uma nova etapa.” E9</p> <p>“De uma forma global penso que sim, que os cuidadores sentem-se capazes de cuidar do cliente dependente.” E10</p>
	Não	<p>“Mas na minha opinião profissional penso que não estejam devidamente preparados.” E4</p> <p>“(...)eu penso que na grande maioria das situações o cuidador não se sente totalmente capaz para cuidar do cliente.” E7</p>
Encaminhamento para serviços de apoio na comunidade	SAD	<p>“Mas existem outros casos, em que ficamos na dúvida se estarão capazes ou não. (...) Quando sentimos isso, e em acordo com a assistente social, tentamos que vão com algum tipo de apoio (Serviço de Apoio Domiciliário, ...)”E2</p>
	ECCI	<p>“(...) tentamos que vão com algum tipo de apoio (... , ECCI), de forma a dar apoio ou continuidade na capacitação do cuidador.”E2</p> <p>“No caso de a equipa achar que o cuidador não vai ser totalmente capaz para cuidar,</p>

		<p>solicitamos a transferência do utente para a ECCI (...)” E6</p> <p>“ (...) o aproximar da data de alta o PC demonstrou alguma insegurança, ansiedade, receio de não ser capaz de cuidar corretamente, estes casos são (...) encaminhados para a ECCI que acompanhará o utente e cuidador no domicílio.” E8</p>
--	--	---

ÁREA TEMÁTICA- Sugestões dos enfermeiros para melhorar o processo de PA

Categoria		Unidades de Análise
Enfermeiro referência		“Talvez também facilitasse este processo, se fosse sempre com o mesmo profissional [efetuar ensinios ao PC], sentindo mais confiança (...)” E2
Visita Domiciliária		“Algumas vezes quando o cuidador solicita é feita uma visita domiciliaria, com o enfermeiro de reabilitação e o AS, para tentar identificar em locus as barreiras arquitetónicas e aí poder determinar estratégias. Mas depois essa visita não há mais continuidade.” E6
Continuidade de cuidados no domicílio		“Na minha opinião deveríamos ser nós que efetuamos os ensinios durante o internamento dar continuidade ao processo no domicílio, porque o utente e o cuidador já nos conhecem e têm confiança, será uma nova equipa um novo recomeçar, mas até ao momento não dispomos desse recurso.” E6 “É complicado perceber se houve uma capacitação eficaz ou não porque depois da alta deixamos de ter contacto com estes clientes/famílias, seria uma mais-valia um acompanhamento posterior à alta efetuado pela equipa.” E10

APÊNDICE E
QUADRO SÍNTESE REGISTO DOCUMENTAL DE DADOS

Registro documental	Nível dependência cliente nas AVD's (MIF)			
	Admissão		Alta	
	Motor (max. 91)	Cognitivo (max. 35)	Motor (max. 91)	Cognitivo (max. 35)
R1	58	35	85	35
R2	21	15	30	18
R3	26	31	67	31
R4	42	34	58	34
R5	64	35	82	35
R6	14	17	26	19
R7	53	31	71	31
R8	18	25	22	30

Registro documental	Ensinos ao prestador de cuidados	
	Momento internamento	Tipo de ensinos
R1	Não há registo	Não há registo
R2	3º mês (oito momentos de ensinos)	Transferência com cinto e disco; posicionamentos; colocação fralda; cuidados higiene no chuveiro e leito; uso do sanitário; prevenção de ulceras de pressão; prevenção maceração; prevenção quedas; administração terapêutica subcutânea.
R3	Não há registo	Não há registo
R4	Não há registo	Não há registo
R5	Não há registo	Não há registo
R6	3º mês (três momentos de ensinos)	Cuidados de higiene no chuveiro; técnica transferência; posicionamentos; alimentação; hidratação oral; uso do sanitário; prevenção de ulceras de pressão; prevenção maceração; prevenção quedas;
R7	3º mês (um momento de ensino)	Higiene no wc; cuidados higiene parciais no leito; transferências; prevenção de ulceras de pressão; prevenção maceração; prevenção quedas; assistir na marcha com andador.
R8	3º mês (dois momentos de ensino)	Higiene no wc: cuidados de higiene parciais; técnica vestir/despir hemiplégicos; alimentação (tipo dieta e alimentação por gastrostomia percutânea); cuidados a gastrostomia e otimização de gastrostomia percutânea; técnica de transferência; posicionamento no leito e na cadeira de rodas; prevenção de ulceras de pressão; prevenção maceração; prevenção quedas; prevenção obstipação; sinais e sintomas hipoglicemia.

		Recolha de informação sobre barreiras arquitetónicas existentes no domicílio.
--	--	---

Registo documental	Ajudas técnicas utilizadas nos ensinos
R1	Não há registo
R2	Disco giratório; cadeira sanitária; cadeira rodas
R3	Andarilho
R4	Não há registo
R5	Não há registo
R6	Cadeira sanitária e andarilho
R7	Andarilho e banco no chuveiro
R8	Cadeira sanitária; cadeira rodas

Registo documental	Ajudas técnicas aconselhadas a serem adquiridas
R1	Não há registo
R2	Chão antiderrapante no WC e retirar o bidé
R3	Não há registo
R4	Não há registo
R5	Não há registo
R6	Não há registo
R7	Cliente já possuía previamente cadeira rodas e andarilho
R8	Cama articulada com grades; cadeira rodas; almofada gel para cadeira rodas; cadeira sanitária.

Registo documental	Realização de visita domiciliária para avaliação de barreiras arquitetónicas
R1	Não realizada
R2	Não realizada
R3	Não realizada
R4	Não realizada
R5	Realizada
R6	Não realizada
R7	Não realizada
R8	Não realizada