



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

RELATÓRIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

CAPACITAÇÃO DO CUIDADOR INFORMAL DA PESSOA DEPENDENTE NO DOMICÍLIO, NO AUTOCUIDADO TRANSFERIR-SE



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Ana Sofia Vale da Silva

Relatório de Estágio de Natureza
Profissional

CAPACITAÇÃO DO CUIDADOR INFORMAL DA PESSOA DEPENDENTE NO
DOMICÍLIO, NO AUTOCUIDADO TRANSFERIR-SE

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Trabalho efetuado sob a orientação de: Doutora Maria Salomé Martins Ferreira

Coorientação de: Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

Miguel Ângelo Pereira Castro

Junho de 2022

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer em primeiro lugar aos cuidadores e utentes da UCC FafeSaúde pela disponibilidade e colaboração e por fazerem parte do projeto de investigação que me permitirá concluir o ciclo de estudos do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação. Por toda a alegria e boa vontade com que me receberam em suas casas e me facilitaram a colheita de dados e o ensino para a realização do meu trabalho.

Agradeço também aos Enfermeiros da UCC, em especial ao meu orientador EER Miguel pela paciência e disponibilidade, à EER Ricardina e EER Helena pela disponibilidade em me deixarem fazer parte do seu dia-á-dia nas visitas domiciliárias para desenvolver o meu projeto de investigação. Agradeço ao Enfermeiro Coordenador Norberto e à Enfermeira Amélia pela boa vontade com que me receberam e me permitiram desenvolver o meu trabalho e me auxiliaram nas questões burocráticas do mesmo. E por fim não menos importantes quero agradecer a todos os outros Enfermeiros e outros profissionais da UCC pela amabilidade e sorriso bem-disposto com que diariamente me recebiam, bem como à MEER Luisa Antunes pelas suas palavras de encorajamento e disponibilidade.

Quero agradecer ao meu Professor de Deep Watter, Henrique Magalhães pelo auxílio na realização de um programa de ginástica laboral dedicada aos cuidadores e que pode ser aplicada por todos quantos trabalhem com pessoas dependentes, pela forma entusiasta e profissional com a qual disponibilizou o seu saber e tempo, ajudando-me a criar este “miminho” para os cuidadores, enriquecendo o meu trabalho.

Queria agradecer também ao IPVC e em especial aos professores do Curso de MEER na pessoa da Professora Salomé Ferreira pela disponibilidade para esclarecer todas as minhas dúvidas e dissipar as minhas incertezas.

Quero agradecer à minha família em especial aos meus Pais, Irmãos, sobrinhos e Cunhada pelo apoio e suporte nestes meses de estudo e por não ter podido estar sempre com eles como era meu desejo, pois sem o seu apoio tudo seria muito mais difícil e este caminho mais solitário.

Agradeço aos meus amigos e colegas de trabalho por suportarem a minha rabugice ditada pelas poucas horas de sono nestes últimos tempos, em especial à minha colega de estudos Susana Flor, pelo seu companheirismo e apoio mútuo.

“A única forma de chegar ao impossível é acreditar que é possível.”

Alice no País das Maravilhas

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos quantos são cuidadores informais e que fazem da sua missão de cuidar mais do que um trabalho não remunerado, fazem-no de forma abnegada, com carinho e dedicação, durante grande parte das suas vidas, deixando-as muitas vezes em segundo plano para tornar o seu cuidando a estrela principal.

Dedico também à minha Mãe Fernanda Maria, mulher corajosa, que foi cuidadora de minha Avó Maria enquanto ela viveu e me ensinou que o Amor pelos nossos dependentes é o motor que impulsiona a vida em momentos desesperantes e nos quais parece que nada sabemos. Mas no final, tudo corre bem.

Dedico também a Deus este trabalho pela forma como colocou a Enfermagem em minha vida e em especial a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, fazendo de mim uma pessoa realizada profissionalmente, pois sigo sempre as palavras de São Francisco e que para mim fazem muito sentido:

“Senhor, fazei de mim um instrumento da Vossa paz.

Onde houver ódio, que eu leve o amor.

Onde houver ofensa, que eu leve o perdão.

Onde houver discórdia, que eu leve a união.

Onde houver dúvidas, que eu leve a fé.

Onde houver erro, que eu leve a verdade.

Onde houver desespero, que eu leve a esperança.

Onde houver tristeza, que eu leve a alegria.

Onde houver trevas, que eu leve a luz.

*Ó Mestre, fazei que eu procure mais:
consolar, que ser consolado; compreender, que ser compreendido; amar, que ser amado.*

Pois é dando que se recebe. É perdoando que se é perdoado. E é morrendo que se renasce para a vida eterna.”

São Francisco de Assis, oração da paz.

PENSAMENTO

“Onde há vontade, há um caminho...”

Proverbio Holandês

RESUMO

O avanço dos conhecimentos na área da saúde ao longo dos tempos contribuiu para o aumento da esperança média de vida, segundo Ribeiro (2013), o aumento da população idosa, acompanhado do desenvolvimento e agravamento de doenças crónicas, apresentam-se como determinantes para o aumento do número de pessoas com elevado grau de dependência e, portanto, dependentes de terceiros no seu contexto familiar e meio habitual de vida. A inevitável associação destes dois fatores, implica a crescente necessidade de cuidados deste tipo de população, o que consequentemente potencia a necessidade da existência de cuidadores informais, cujo papel na maioria das situações é assumido pelo familiar cuidador (MARTINS et al, 2014).

Neste sentido surgiu a necessidade de investimento na área dos cuidados no domicílio, uma vez que o seu objetivo consiste em proporcionar a mais elevada qualidade de vida possível ao doente/família/cuidador informal, nada se afigura mais importante que a capacitação do C.I. em aspetos tão simples como o autocuidado, mas ao mesmo tempo tão exigentes fisicamente como o autocuidado transferir-se, a prevenção das complicações inerentes á imobilidade da pessoa dependente, bem como a prevenção das lesões músculo-esqueléticas do cuidador, sendo cruciais para um cuidado de boa qualidade. Neste sentido, e inserido no desenvolvimento do estágio de Natureza Profissional, surgiu a presente pesquisa que se tratou de um estudo sobre a **capacitação do Cuidador informal da pessoa dependente no domicílio no autocuidado transferir-se**, cujo objetivo geral é **Capacitar o Cuidador Informal para cuidar da pessoa dependente no âmbito do autocuidado transferir-se**. E como objetivos específicos foram definidos os seguintes:

- Identificar que conhecimentos os cuidadores informais de pessoas dependentes no domicílio possuem sobre complicações da imobilidade;
- Conhecer quais as dificuldades dos cuidadores informais no que concerne aos posicionamentos /mobilizações;
- Identificar as fragilidades e as necessidades de formação dos cuidadores informais;
- Realização de ações de formação, no domicílio, formais e informais de acordo com as fragilidades formativas dos cuidadores informais;

- Compreender as razões que levam os cuidadores informais á não adesão dos levantes dos seus dependentes.

Os métodos utilizados para a recolha de dados foram, a observação direta em campo de estágio, realização de entrevista aos cuidadores de pessoas dependentes no domicílio. Este trabalho teve como finalidade contribuir para a prevenção das complicações inerentes à imobilidades das pessoas dependentes e contribuir para a prevenção das lesões músculo-esqueléticas do cuidador de pessoas dependentes.

Com este presente estudo, foi possível mostrar que a maioria dos C.I.'s, são mulheres, filhas dos dependentes e a vivenciar uma situação de desemprego. Não tiveram formação para a realização desta tarefa de cuidar e muitas desenvolveram esta capacidade vendo fazer a outros, ou empiricamente. A maioria das cuidadoras não se sentem capazes de mobilizar o seu dependente sozinhas e por isso mesmo adotam posições viciosas para o fazer, desenvolvendo LME.

O método utilizado nesta pesquisa foi a investigação-ação na qual o investigador foi corrigindo/agindo sobre o C.I. durante a sua pesquisa capacitando o C.I. no autocuidado transferir-se.

Tratou-se de uma investigação qualitativa, na qual o investigador após reunir os dados sobre a realidade dos C.I.'s e identificado necessidades dos mesmos, desenvolveu uma ação de formação de modo a capacitar o Cuidador Informal, deixando material de apoio como manual do Cuidador, panfletos e material multimédia (vídeo) material de apoio técnico, para esse efeito.

Por fim , constatou-se que pelas lacunas existentes ao nível desta problemática, faz todo o sentido, a criação de programas de intervenção de suporte à prevenção das complicações da imobilidade, o desenvolvimento de estudos que gerem modelos de intervenção e que visem promover o autocuidado transferir-se e a capacitação do C.I., bem como o apoio e remuneração dos C.I.'s, pois estes vêm esta sua tarefa como uma imposição social, castrando todo o seu desenvolvimento financeiro e social, tornado pesaroso o cuidar dos seus dependentes.

Palavras-chave: Cuidadores Informais, Pessoas Dependentes, capacitação, autocuidado transferir-se, Care givers, Dependent People, Training, Self-care transfer.

ABSTRACT

The advancement of knowledge in the area of health over time has contributed to the increase in average life expectancy, according to Ribeiro (2013), the increase in the elderly population, accompanied by the development and worsening of chronic diseases, present themselves as determinants for the increase in the number of people with a high degree of dependence and, therefore, dependent on third parties in their family context and usual way of life. The inevitable association of these two factors implies the growing need for care in this type of population, which consequently enhances the need for informal caregivers, whose role in most situations is assumed by the family caregiver (MARTINS et al, 2014).

In this sense, the need for investment in the area of home care arose, since its objective is to provide the highest possible quality of life to the patient/family/informal caregiver, nothing seems more important than the training of the C.I. in aspects as simple as self-care, but at the same time as physically demanding as self-care transferring oneself, the prevention of complications inherent to the immobility of the dependent person, as well as the prevention of musculoskeletal injuries of the caregiver, being crucial for a care of good quality. In this sense, and inserted in the development of the Professional Nature stage, the present research emerged, which was a study on the training of the informal caregiver of the dependent person at home in the self-care transference, whose general objective is to train the Informal Caregiver to care of the dependent person within the scope of self-care to transfer. And as specific objectives, the following were defined:

- Identify what knowledge informal caregivers of dependent people at home have about immobility complications;
- Knowing the difficulties of informal caregivers regarding placements/mobilizations;
- Identify weaknesses and training needs of informal caregivers;
- Carrying out formal and informal training actions at home, according to the training weaknesses of informal caregivers;
- Understand the reasons that lead informal caregivers to non-adherence to the uprisings of their dependents.

The methods used for data collection were direct observation in the internship field, interviews with caregivers of dependent people at home. This study aimed to contribute to the prevention of complications inherent to the immobility of dependent people and to contribute to the prevention of musculoskeletal injuries in caregivers of dependent people.

With this present study, it was possible to show that most C.I.'s are women, daughters of dependents and experiencing a situation of unemployment. They were not trained to perform this task of caring and many developed this ability by watching others do it, or empirically. Most caregivers do not feel capable of mobilizing their dependent on their own and therefore adopt vicious positions to do so, developing SCI.

The method used in this research was the action investigation in which the researcher corrected/acted on the C.I. during its research enabling the C.I. in self-care transfer.

It was a qualitative investigation, in which the researcher, after gathering data on the reality of the C.I.'s and identifying their needs, developed a training action in order to train the Informal Caregiver, leaving support material such as the Caregiver's manual, pamphlets and multimedia material (video) technical support material for this purpose.

Finally, it was found that due to the existing gaps in terms of this problem, it makes perfect sense to create intervention programs to support the prevention of immobility complications, the development of studies that generate intervention models and that aim to promote self-care transfer and the training of the C.I., as well as the support and remuneration of the C.I.'s, as they see their task as a social imposition, castrating all their financial and social development, making caring for their dependents regretful.

Keywords: Informal Caregivers, Dependent People, training, self-care transfer, Care givers, Dependent People, Training, Self-care transfer.

ABREVIATURAS E SIGLAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ARS – Administração Regional De Saúde

AVD's- Atividades de Vida Diárias

C.I. – Cuidador Informal

C.I.'s – Cuidadores Informais

ECTES - European Crédit Transfer and Accumulation System

ECCI – Equipa de Cuidados Integrados na Comunidade

EER – Enfermeiro Especialista em Reabilitação

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

Hab/Km – Habitantes por quilómetro

LME – Lesões Músculo-esqueléticas

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPSS – Observatório Português dos Sistemas de Saúde

PD – Pessoa Dependente

IPVC – Instituto Politécnico de Viana do Castelo

TCE – Traumatismo Crânio-encefálico

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

EU – União Europeia

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	II
DEDICATÓRIA	III
PENSAMENTO	IV
RESUMO	V
ABSTRACT	VII
ABREVIATURAS E SIGLAS	IX
ÍNDICE DE GRÁFICOS, FIGURAS E TABELAS	XIII
INTRODUÇÃO	1
PARTE I	
CAPÍTULO I – CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DA PRÁTICA CLÍNICA E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO ÂMBITO DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL	6
1.1 DESCRIÇÃO DA UCC FAFESAÚDE	6
1.2 DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS DURANTE O ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL	10
PARTE II – DA PRÁTICA À INVESTIGAÇÃO	23
CAPÍTULO II - TEORIA de Enfermagem do Déficit do Autocuidado	24
2.1 A PESSOA DEPENDENTE NO DOMICÍLIO	27
2.2 O CUIDADOR INFORMAL E AS SUAS COMPETÊNCIAS	29
2.2.1 SOBRECARGA DO PAPEL DE CUIDADOR	31
2.3 LESÕES MUSCULO ESQUELÉTICAS NOS CUIDADORES	32
FATORES FÍSICOS E BIOMECÂNICOS NOS CUIDADORES	33
FATORES ORGANIZACIONAIS E PSICOSSOCIAIS NOS CUIDADORES:	33
FATORES INDIVIDUAIS NOS CUIDADORES	33
CAPÍTULO III – METODOLOGIA	35
3.1 - TIPO DE ESTUDO E OBJETIVOS	36
3.2 POPULAÇÃO ALVO DO ESTUDO	39
3.3 PROCEDIMENTO DE RECOLHA DE DADOS	40
3.4 INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS	43
3.4.1 O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DO GUIÃO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	45
3.4.2 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	46
3.4.3 A ENTREVISTA	46
3.5 TRATAMENTO DE DADOS	47

3.6 PLANEAMENTO DA INTERVENÇÃO AOS CUIDADORES INFORMAIS ..	49
CAPÍTULO IV - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS DAS ENTREVISTAS	54
4.1 PERFIL DAS PESSOAS DEPENDENTES EM CONTEXTO DOMICILIÁRIO.	54
4.2 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DO CUIDADOR INFORMAL.....	56
4.3 ÁREAS TEMÁTICAS, CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS	59
CAPÍTULO V – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	73
5.1 CONHECIMENTOS DOS CUIDADORES INFORMAIS RELACIONADOS COM AS COMPLICAÇÕES DA IMOBILIDADE.....	74
5.2 DIFICULDADES DOS CUIDADORES INFORMAIS NO QUE CONCERNE AOS POSICIONAMENTOS /MOBILIZAÇÕES.....	76
5.3 FRAGILIDADES E AS NECESSIDADES FORMATIVAS DOS CUIDADORES INFORMAIS	76
5.4 COMPORTAMENTOS/INTERVENÇÕES DO CUIDADOR INFORMAL RELACIONADOS COM A PREVENÇÃO DAS COMPLICAÇÕES DAS IMOBILIZAÇÕES	77
CAPÍTULO VI- CONCLUSÃO E IMPLICAÇÕES DO ESTUDO.....	85
6.1 CONCLUSÕES DO ESTUDO	85
6.2 SUGESTÕES	87
6.3 IMPLICAÇÕES PARA A EDUCAÇÃO, A INVESTIGAÇÃO E A PRÁTICA EM ENFERMAGEM EDUCAÇÃO.....	89
BIBLIOGRAFIA	91
ANEXOS	98
ANEXO 1: AUTORIZAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA DA ARS NORTE.....	99
ANEXO 2: ESCALA DE BARTHEL.....	100
ANEXO 3: AUTORIZAÇÃO DO DIRETOR EXECUTIVO DO ACES ALTO AVE....	101
ANEXO 4: AUTORIZAÇÃO DO DIRETOR CLÍNICO DA UCC FAFESAÚDE.....	102
ANEXO 5: CONCENTIMENTO INFORMADO.....	103
APÊNDICES	104
APÊNDICE 1: MANUAL DO CUIDADOR.....	105
APÊNDICE 2 – PANFLETO	134
APÊNDICE 3 - TÁBUA DE TRANSFERÊNCIA	135
APÊNDICE 4 – CINTOS DE TRANSFERÊNCIA ABDOMINAL E DE PÉS	136
APÊNDICE 5 – PROGRAMA DE GINÁSTICA LABORAL	137
APÊNDICE 6 – FORMAÇÃO PARA CUIDADORES “COMO CUIDAR DO SEU FAMILIAR DEPENDENTE: POSICIONAMENTOS/MOBILIZAÇÕES”	138
APÊNDICE 7- GRELHA DE AVALIAÇÃO PRÉ E PÓS FORMAÇÃO	139
APÊNDICE 8 – QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DO CUIDADOR INFORMAL	142
APÊNDICE 9 – QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO DA PESSOA DEPENDENTE NO DOMICÍLIO.....	144
APÊNDICE 10 – GUIÃO DA ENTREVISTA COM O CUIDADOR INFORMAL.	146
APÊNDICE 11- TABELA III: AÇÕES DE FORMAÇÃO INFORMAIS:	

POSICIONAMENTOS DA PESSOA DEPENDENTE.....	147
APENDICE 12 - TABELA IV: AÇÕES DE FORMAÇÃO INFORMAIS: POSICIONAMENTOS DO CUIDADOR.....	148
APENDICE 13 - TABELA V: AÇÕES DE FORMAÇÃO INFORMAIS: SEGURANÇA DA PESSOA DEPENDENTE.....	149
APENDICE 14 - TABELA VI: AÇÕES DE FORMAÇÃO INFORMAIS: SEGURANÇA DO MATERIAL UTILIZADO	150

ÍNDICE DE GRAFICOS, FIGURAS E TABELAS

Gráfico

Gráfico 1- Apresentação dos resultados das grelhas de avaliação iniciais e finais dos resultados obtidos no pré e nos pós formações.	84
---	----

Figuras

Figura1–Mapa do Concelho de Fafe.....	10
Figura2–Teoria da Enfermagem do deficit do autocuidado de Orem	27

Tabelas

Tabela I- Relação entre as competências específicas do EER e as atividades desenvolvidas em estágio	14
Tabela II: Cronograma das etapas do projeto	42
Tabela III – Grelha de avaliação inicial	50
Tabela IV – Caracterização individual do grupo de pessoas dependentes no domicílio.....	54
Tabela V – Caracterização individual do grupo de Cuidadores Informais estudados.....	58
Tabela VI- Áreas Temáticas, Categorias e Subcategorias... ..	59
Tabela VII: Grelha de avaliação final (follow up).....	81

INTRODUÇÃO

No âmbito do VI curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, inserido na Unidade Curricular de Estágio de Natureza Profissional, foi-me proposto desenvolver um Projeto de Investigação e a realização de um Relatório de Natureza Profissional.

O meu estágio decorreu na Unidade de Cuidados na Comunidade de Fafe, no período compreendido entre 11 de Outubro de 2021 e 31 de Março de 2022, tendo a duração de 24 semanas com 390h de contato, correspondentes a 30 ECTES (EUROPEAN CRÉDIT TRANSFER AND ACCUMULATION SYSTEM).

A orientação deste estágio esteve a cargo do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação Miguel Ângelo Castro, contando com a orientação e supervisão pedagógica da Doutora e Enfermeira e Especialista em Enfermagem de Reabilitação Professora Salomé Ferreira.

O envelhecimento e o aumento da dependência da população implicam uma necessidade crescente de cuidados no domicílio a serem prestados por familiares.

Estima-se que, na Europa, 80% dos cuidados sejam prestados por familiares ou amigos, em Portugal estima-se, segundo os últimos dados da **Associação Cuidadores de Portugal que nasceu em 2007, haja cerca de 800 mil cuidadores ou seja cerca de 8% da população.**

Uma vez que as pessoas dependentes exigem cuidados redobrados no que toca à supervisão e à higiene pessoal, inevitavelmente, os cuidados com as pessoas dependentes têm uma maior frequência e sobrecarga, sobretudo nos posicionamentos, levantes e mobilizações, verificando as suas condições de saúde e evitando problemas futuros.

“Cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto abrange mais que um momento de atenção e, zelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, responsabilidade e envolvimento afetivo com o outro”.
(Leonardo Boff, 1999)

Com o aumento da população de idosos e de pessoas dependentes no domicílio provocados por inúmeras patologias ou vítimas de acidentes, torna-se importante discutir, entre outras questões, a qualidade dos cuidadores informais e da sua capacitação, nomeadamente em questões tão simples como o levantar para o cadeirão, posicionamentos e mobilizações das pessoas dependentes, evitando assim pneumonias de aspiração, instalação da rigidez muscular, fraqueza muscular, prevenção de úlceras por pressão, astenia e espasticidade, bem como a prevenção de lesões músculo-esqueléticas dos cuidadores por más posturas adotadas nos cuidados e pela sobrecarga física que advém desses mesmos cuidados .

Durante este estágio de natureza profissional, foi desenvolvido um trabalho de investigação no âmbito da capacitação do Cuidador informal da pessoa dependente no domicílio no autocuidado transferir-se, cujo objetivo principal é Capacitar o Cuidador Informal para cuidar da pessoa dependente no âmbito do autocuidado transferir-se, contribuindo assim para a prevenção das complicações inerentes á imobilidades das pessoas dependentes e contribuir para a prevenção das lesões músculo-esqueléticas do cuidador de pessoas dependentes. Este estudo será apresentado na Parte II – Da prática á Investigação.

Nem sempre ajudar em todos os movimentos é estar a ajudar a pessoa dependente. Esta deve, sempre que possível e com a consciência clara da sua capacidade, executar movimentos de forma autónoma, promovendo a sua capacidade física e psicológica. Acredito que é igualmente importante trabalhar as emoções do cuidador e da pessoa dependente, incentivar a sua força e positividade para superar o seu dia-a-dia e encorajar a mobilidade da pessoa dependente.

Segundo a Associação Cuidadores de Portugal (22 Setembro de 2019), um cuidador informal é a pessoa que presta cuidados aos seus familiares e outros conviventes significativos, numa situação de doença crónica, deficiência e/ou dependência, numa condição de fragilidade ou necessidade de outros cuidados. O cuidador informal é, assim, a pessoa da rede social do

próprio, não remunerada, com relação afetiva que se assume como o responsável pela organização, assistência e/ou prestação de cuidados.

Ainda segundo a Associação Cuidadores de Portugal, parte significativa dos cuidadores vive para o outro e muitos negligenciam o seu autocuidado, deixam de cuidar de si e esquecem-se que este não é nem pode ser o caminho de só existir para a pessoa dependente. Se o cuidador está em sobrecarga física ou psicológica, poderá tal condição pôr em risco a sua saúde física e mental. Assim, em vez de uma pessoa que precisa de cuidados passamos a ter duas e, com probabilidade significativa de conduzir para a hospitalização e/ou institucionalização da pessoa cuidada por desconhecimento dos cuidados ou por sobrecarga.

Sentimentos de culpa, isolamento, raiva, frustração, ansiedade, depressão podem estar presentes, bem como maior probabilidade de ter menor qualidade de vida, risco de pobreza, isolamento e exclusão social comparativamente com os não cuidadores. São precisos apoios monetários, mas também de formação específica, pois, muitos cuidadores encontram-se no limite das suas capacidades físicas e económicas.

Contudo, o envelhecimento demográfico deve-se não só ao aumento da esperança média de vida, mas também aos progressos da medicina, à qualidade da saúde pública e à melhoria das condições sociais e económicas. Viver mais anos, nem sempre significa ter melhor qualidade de vida e um nível de autonomia que possibilite aos mais velhos a satisfação das suas necessidades básicas e fundamentais sem apoio de um cuidador. Estes apoios/cuidados são quase sempre prestados por familiares, ou vizinhos - cuidadores informais, por vezes durante um longo período.

Mesmo em países com uma rede de cuidados continuados bem desenvolvida, estima-se que o número de cuidadores informais seja duas vezes maior que a força de cuidado formal (Ferrer, 2015). Os estudos desenvolvidos em Portugal nos últimos anos sobre cuidadores informais, são consensuais no que se refere ao papel desempenhado pela família relativamente ao apoio a

pessoas dependentes, referindo a mulher/familiar, como a principal prestadora de cuidados.

Em Portugal, a orientação das políticas de saúde e sociais vão no sentido de privilegiar a permanência da pessoa dependente no domicílio, através da criação de serviços de proximidade, da capacitação das famílias cuidadoras/cuidadores informais, do seu reconhecimento, acompanhamento e apoio, desencorajando a institucionalização, recorrendo às equipas da ECCI, com as suas equipas de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação para a manutenção e recuperação do estado de saúde da pessoa dependente e sua família, bem como de toda uma equipa multidisciplinar empenhada em capacitar o cuidador informal dotando-o de conhecimento e apoio especializado.

Este relatório está dividido em duas partes. A parte I, é composta por um capítulo, que diz respeito á descrição da unidade de cuidados na comunidade (UCC) e das atividades desenvolvidas durante o estágio de Natureza Profissional com alusão e conexão às Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

A parte II, é composto por cinco capítulos, no qual se desenvolve a apresentação teórica do tema abordado e onde se apresenta o estudo realizado durante o estágio de natureza profissional.

O segundo capítulo diz respeito ao enquadramento teórico e, na qual, de forma sucinta se apresenta a Teoria do Défice do Autocuidado de Orem (1993), aborda-se a o autocuidado e a dependência bem como o autocuidado transferir-se na pessoa dependente no domicílio, incluindo as lesões músculo-esqueléticas do cuidador, complicações da imobilidade da pessoa dependente e quais os fatores a ter em atenção para prevenir essas complicações quer para a pessoa dependente quer para o cuidador.

Por fim, faz a alusão á Teoria das Transições de Meleis e ao papel do cuidador informal da pessoa dependente, pois sabendo que a sobrecarga e as Lesões Músculo-esqueléticas são consequências de cuidar de pessoas dependentes, neste capítulo destaca-se a adaptação e ajustamento do papel de cuidador ao desempenho das suas funções, apresentando um programa de

ginástica laboral para minimizar os efeitos da sobrecarga do cuidador e da prevenção das LME.

O terceiro capítulo expõe detalhadamente a metodologia do estudo realizado. Faz-se a alusão ao tipo de estudo e objetivos, ao recrutamento e seleção dos participantes e considerações éticas. São descritos os procedimentos de colheita de dados e respetivos instrumentos de recolha, finalizando o capítulo com a descrição dos procedimentos de análise dos mesmos.

O quarto capítulo reporta á apresentação dos dados, caracterizando numa primeira fase, procede-se à caraterização sociodemográfica dos cuidadores informais e à caraterização sociodemográfica das pessoas dependentes, projetando-se, posteriormente a apresentação de dados de acordo com os objetivos da investigação.

O quinto capítulo, diz respeito à discussão dos resultados. É traçado o perfil das pessoas dependentes no domicílio, bem como dos seus cuidadores informais, bem como o os conhecimentos e comportamentos do cuidador informal sobre a prevenção das complicações da imobilidade da pessoa dependente.

No sexto e último capítulo, procede-se à conclusão integrativa do trabalho através da análise de contributos para o conhecimento e investigação científica e, simultaneamente, das implicações para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação.

Este trabalho de investigação termina com algumas considerações finais e sugestões, que consideramos pertinentes, nomeadamente um balanço entre os pontos positivos e os principais constrangimentos/limitações sentidas, concedendo-se sugestões para investigações futuras e programas de reabilitação que podem ser implementados na comunidade para auxiliar os cuidadores na nobre tarefa de cuidar de alguém dependente.

CAPÍTULO I – CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DA PRÁTICA CLÍNICA E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO ÂMBITO DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

Neste capítulo pretendo mostrar a importância da UCC FafeSaúde e qual a sua área de abrangência, bem como toda a sua funcionalidade e valências, bem como explorar a sua orgânica de funcionamento. Por outro lado, pretendo mostrar as atividades por mim desenvolvidas no âmbito do estágio curricular refletindo sobre as ações realizadas e a importância das mesmas. Por fim pretendo apresentar uma reflexão em modo de conclusão sobre o futuro da Enfermagem de Reabilitação nas UCC e qual a sua real importância.

1.1 DESCRIÇÃO DA UCC FAFESAÚDE

A UCC FafeSaúde é uma unidade pertencente ao ACES Alto Ave, Guimarães, Vizela e Terras de Basto, pertencente à ARS do Norte. Sediada no 3º piso de Centro de Saúde de Fafe, que alberga ainda Unidade de Saúde Familiar Nós e Vós Saúde, a Unidade de Saúde Familiar Novo Cuidar, a Unidade de Saúde Familiar Fafe Sentinela, a Unidade de Saúde Familiar Montelongo. Este edifício é capacitado de uma cafeteria/cantina que proporciona aos seus funcionários uma maior comodidade no que toca às refeições, que se situa no 3º piso ala direita, ao centro possui uma sala de reuniões/ formações, ampla e equipada de meios de reprodução multimédia, na ala à esquerda fica a UCC FafeSaúde, que é composta pelo gabinete da Assistente social, gabinete de psicologia, sala de trabalho da equipa de reabilitação, gabinete do Enfermeiro Responsável da UCC, gabinete da responsável pela formação e sala de trabalho da equipa de Saúde Materna e Obstétrica e dois balneários para os profissionais, possui ainda um gabinete para a secretária de apoio à unidade. O horário de funcionamento da UCC é de segunda a sexta-feira das 8h às 20h e ao fim de semana e feriados das 9h às 13h.

A UCC "presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e atua ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção." Dec-Lei nº 28 / 2008 de 22 de Fevereiro.

É uma UCC constituída por uma equipa multiprofissional que está empenhada na promoção da qualidade de vida da população, desenvolvendo projetos e atividades relacionados com os Programas de Saúde, que mais se adequam às necessidades da população da área de influência, do Concelho de Fafe, nomeadamente com a Saúde escolar com uma Enfermeira Especialista em Saúde Comunitária, programas de preparação para o parto que ainda estão em desenvolvimento, pois apenas recentemente foi alocada á unidade uma Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica, mas que tem vindo a desenvolver este projeto de grande utilidade, bem como a desenvolver os cuidados á puérpera e projetos na área do Aleitamento Materno de extrema relevância.

Consultas de sessão tabágica ministradas pelo Enfermeiro Especialista em Saúde Mental que também dá apoio na saúde escolar e fundamentalmente os cuidados á população da rede de cuidados integrados na comunidade, na ECCI, dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação, que têm a seu cargo num máximo de 20 utentes em simultâneo e seus cuidadores e restante família.

Esta equipa é composta por quatro EEER e duas Enfermeira de cuidados gerais, que promovem a saúde e autonomia dos utentes que possuem critérios específicos para o ingresso neste modelo de cuidados. Esses critérios de inclusão são toda a pessoa em situação de dependência com necessidade de cuidados de saúde e que possuam um contexto social ou familiar e uma situação de saúde cuja intensidade e complexidade dos cuidados permita a sua prestação no domicílio, de forma temporária ou permanente. Desde que:

1. Exista uma avaliação objetiva de deterioração significativa na realização das Atividades Básicas da Vida Diária;
2. Alta recente de unidade de internamento (hospitalar ou cuidados continuados integrados);
3. Incapacidade de gestão do regime terapêutico;
4. Necessidade de cuidados paliativos, incluindo compensação sintomática possível de realizar no domicílio;
5. Necessidade de cuidados que requeiram um grau de diferenciação que exceda a equipa básica, por ex. Reabilitação, Psicologia, Terapia Ocupacional, etc.

São critérios de exclusão da referenciação para a ECCI:

1. Episódio de doença em fase aguda que requeira internamento em hospital;
2. Necessidade exclusiva de apoio social;
3. Necessidade de internamento para estudo diagnóstico;
4. Inexistência de cuidador informal, no caso de pessoas com elevado grau de dependência.

Por tudo isto, a ECCI assegura:

- a) Cuidados domiciliários de enfermagem e médicos de natureza preventiva, curativa, reabilitadora e ações paliativas, sendo as visitas dos clínicos programadas, regulares e têm por base as necessidades detetadas quer pelos profissionais nas visitas domiciliárias, quer pelos cuidadores;
- b) Cuidados de Reabilitação envolvendo Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação;
- c) Apoio psicossocial e ocupacional envolvendo os familiares e outros prestadores de cuidados (Enfermeiro de Saúde Mental, Psicólogo e Assistente Social);

- d) Intervenção no sentido de capacitar os doentes, familiares e cuidadores de competências e habilidades para responder às necessidades em saúde detetadas;
- e) Coordenação e gestão de casos com outros recursos de Saúde e Sociais.
- f) Projetos de intervenção comunitária;
- g) Sessões de Educação para a Saúde na Comunidade.

A área de influência desta UCC é muito vasta, o concelho de Fafe apresenta uma área de 223 km², caracterizado por dois pontos distintos, uma parte mais de montanha marcada pela sua ruralidade, e outra, a parte mais a jusante que se caracteriza pelo seu cunho mais industrial. Com uma população residente no concelho de 52.757 habitantes e uma densidade populacional de 241 hab/Km², o concelho é composto por 36 freguesias, de onde se destaca uma concentração populacional na sede do Concelho, o núcleo urbano da cidade de Fafe. Estas freguesias embora divididas por várias unidades de saúde familiares (USF), os seus utentes quando necessitam de cuidados mais especializados e/ou paliativos, são referenciados para a ECCI de Fafe, nomeadamente para a UCC FafeSaúde, que com uma disponibilidade para 20 utentes em simultâneo, possui uma única viatura para a deslocação domiciliária, claramente insuficiente para as necessidades da mesma, uma vez que o território é longo, sinuoso e muitas vezes os utentes em cuidados ficam em extremos opostos para os seus cuidados. O mapa do concelho é representativo das dificuldades que todos os dias estes profissionais superam para desempenhar o seu trabalho e levar qualidade de vida aos utentes que deles dependem.



Figura 1: Mapa do Concelho de Fafe

1.2 DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS DURANTE O ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL.

No âmbito do estágio curricular necessário para a concretização do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação na UCC FafeSaúde, tive a oportunidade de interagir e trabalhar com doentes de várias idades e com patologias diversas, tal como é apanágio da Especialidade de Enfermagem em Reabilitação, *“enquanto especialidade multidisciplinar, compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que permite ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência.”* (OE 2010, p. 1)

Atendendo á localização da UCC, sabia que iria ser um desafio muito grande o desenvolvimento de um estágio e de um projeto de investigação, numa zona que ao mesmo tempo mistura a pobreza da ruralidade que contrasta com o progresso do desenvolvimento fabril e ao envelhecimento demográfico das populações rurais em contraste com a dependência de pessoas em idade laboral e/ou de seus cuidadores.

Sempre soube, desde o dia em que me foi atribuído este campo de estágio, que gostaria de deixar uma marca tanto para estes Enfermeiros que me dizem tanto pelo trabalho que desempenham muitas vezes com muito poucos recursos quer materiais quer humanos, como também para os cuidadores das pessoas que usufruem da UCC e aos utentes também.

Desde cedo, no curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação e na minha vida profissional atual num serviço de urgência, que se tornou importante compreender as reais necessidades do cuidador informal, pois estamos, enquanto profissionais de saúde, sempre muito voltados para o utente, em vê-lo como um todo, ver as suas necessidades desenvolvendo diagnósticos de enfermagem, mas questiono-me sempre se o seu cuidador não será, também ele parte integrante desse todo que é a pessoa dependente de cuidados.

A UCC FafeSaúde, permitiu-me ter a certeza dessa minha inquietude, pois ao longo das visitas domiciliárias para prestar cuidados, muitas vezes gerais ao utente e prestar cuidados especializados de reabilitação, tínhamos a grande missão de também ensinar e capacitar o seu cuidador para a manutenção dos cuidados ao utente e transformá-lo no maior aliado do EER no cuidado ao utente.

Numa das visitas que fiz, ao realizar um programa de reabilitação respiratória a um utente com sequelas de pneumonia de aspiração, deparei-me com uma situação á qual pensei que seria impossível nos dias de hoje ainda acontecerem. O utente estava com hipertermia e as familiares cuidadoras e muito zelosas, simplesmente não sabiam utilizar o termómetro digital que amavelmente um outro familiar lhes tinha oferecido. O fato é que as senhoras não sabiam ler as instruções e como tal não sabiam colocar o termómetro a funcionar para avaliar a temperatura do doente e corretamente administrar a medicação em SOS. Claro que fiz dessa uma missão de prioridade máxima naquele dia e sei que a partir daí, passaram a saber utilizar um simples termómetro.

Quando me dirigia para o carro, a EER que me acompanhava disse-me: “Hoje fiquei a pensar que nos falta muitas vezes tempo para isto que fizeste. Falta-nos tempo para saber o que o cuidador sabe e o que não sabe fazer, nunca me passou pela cabeça que não soubessem utilizar o termómetro ... estamos

sempre preocupados em rentabilizar o nosso tempo com o utente, e temos tantos, que descuramos quem cuida deles...”, esta conversa deu-me alento para a realização do meu projeto orientado para a capacitação dos cuidadores, de todos aqueles que realmente necessitam de muita ajuda para cuidar melhor, para diminuir a sua angústia de não saber fazer e de não ser capaz.

A Ordem dos Enfermeiros preconiza que o Enfermeiro Especialista cujas, designadas Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, que se regulam de acordo com as disposições do Estatuto atualmente em vigor, envolvem as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação e aconselhamento, no ponto B3.1.2 - *Envolve a família e outros no sentido de assegurar a satisfação das necessidades culturais e espirituais* (Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista in Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019).

Com experiências como esta fez-me compreender a necessidade de criar um manual do cuidador informal (apêndice 1) de modo que qualquer pessoa que passe por uma situação de cuidador, seja ele por muito ou pouco tempo, possam desenvolver os cuidados de uma forma segura e promovendo o bem-estar da pessoa cuidada. Ainda no âmbito da informação para os cuidadores e uma vez que a UCC não possuía material no que diz respeito ao autocuidado transferir ou que mostrassem de modo sucinto a necessidade dos posicionamentos e das mobilizações e foi por isso elaborado um panfleto (apêndice 2) para completar o manual e ajudar os cuidadores. De referir que o manual foi elaborado atendendo a conceitos como posicionar, realizar levantes de forma segura para os cuidadores e cuidandos, prestar cuidados de higiene e como promover um ambiente seguro e confortável para todos aqueles que estão dependentes de cuidados prestados por outras pessoas quer por uma fatalidade, acidente ou doença degenerativa ou pelo avanço da idade e as demências, mas deixando em aberto a sua edição de modo a poder ser acrescentado, melhorado e aprimorado consoante as necessidades e refletindo outros autocuidados.

Durante a minha permanência em estágio, fui-me deparando com utentes com condições sociais difíceis e com poucas possibilidades de adquirir ajudas técnicas para prestar melhores cuidados e por isso mesmo, decidi mostrar como com materiais que todos possuíam em casa e com um pouco de

imaginação e de criatividade poderiam “fabricar” os seus próprios produtos como a tábua de transferência (apêndice 3) e cintos de transferência abdominal e para os pés (apêndice 4), que ficaram na UCC para ser utilizado como ajuda técnica e para serem mostrados a novos cuidadores informais que venham a ingressar na UCC, cumprindo a premissa A1.1.1 - *Constrói as estratégias de resolução de problemas em parceria com o cliente*, A1.1.4 - *Seleciona as respostas mais apropriadas a partir de um amplo leque de opções*, B2.2.1 - *Identifica oportunidades de melhoria*, B2.2.2 - *Estabelece prioridades de melhoria*, B2.2.3 - *Seleciona estratégias de melhoria*, B2.2.4 - *Agiliza a elaboração de guias orientadores de boa prática*, B2.2.5 - *Fomenta a implementação de programas de melhoria contínua da qualidade* (Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista in Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019).

No decorrer das conversas e entrevistas com os cuidadores informais, deparei-me com um problema de carácter ergonómico e de saúde dos cuidadores. Muitos referiam dores lombares e de omalgias durante os cuidados aos seus dependentes bem como dificuldade em relaxar e adormecer no final do dia. Deste modo e elaborei um programa de ginástica laboral (apêndice 5) para os cuidadores, que pode ser utilizado por Enfermeiros e todas as pessoas que trabalhem com idosos e pessoas dependentes. Este programa foi elaborando tendo em conta a dinâmica e a mecânica corporal e utilizando movimentos e posições de pilatos instruídas por um professor com vários anos de experiência em pilatos, e foi exemplificado com o recurso a vídeos ilustrativos fornecidos à UCC para apresentar em formações futuras.

Para culminar todas estas ações elaborei uma sessão de formação intitulada “*Como Cuidar do meu Familiar Dependente: Posicionamentos/Mobilizações*” onde todas as outras ações estavam compiladas de modo a formar o cuidador informal, formação esta que também foi deixada na UCC para formações futuras, cumprindo assim o descrito nos pontos: B3.1.4 - *Assegura a aplicação dos princípios da ergonomia e tecnológicos para evitar danos aos profissionais e aos utentes*, B3.1.5 - *Fomenta a adesão à saúde e segurança ocupacional*, C1.1.3 - *Melhora a informação para a tomada de decisão no processo de cuidar*, C2.1.5 - *Utiliza*

os recursos de forma eficiente para promover a qualidade. (Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista in Diário da República, 2.^a série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019).

Tabela I: Relação entre as competências específicas do EER e as atividades desenvolvidas em estágio.

Competências específicas do EER	Atividades desenvolvidas em estágio
<i>a) Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados;</i>	- Desenvolvi e implementei planos de reeducação funcional motora e respiratória com doente jovem com paralisia cerebral, bem como esclareci dúvidas no uso de material de apoio como o Coughassist, aspirador de secreções, alimentação por sonda. - Desenvolvi e implementei planos de reeducação funcional cardiorrespiratória em doentes idosos com insuficiência cardíaca, estimulando a atividade física adaptada ao doente e sua patologia, tornando-o mais independente; - Desenvolvi e implementei planos de reeducação funcional motora e neurológica com doente com sequelas de TCE grave e estimular a família a participar na sua recuperação, capacitando-a reconhecer fatores inibidores ao seu progresso, como o fazer pela pessoa. - Ensinei e demonstrei técnicas no âmbito da promoção do autocuidado mais especificamente e exaustivamente do auto-

	cuidado transferir-se e da prevenção das LME do cuidador (apêndice 5).
<i>b) Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício de cidadania;</i>	- Identifiquei barreiras arquitetónicas; - Identifiquei a necessidade de aquisição de materiais de apoio ao autocuidado e bem-estar da pessoa dependente e cuidadores e executei alguns materiais de apoio para mostrar que com criatividade e materiais que todos temos em casa podemos de modo económico obter os mesmos (apêndice 3 e apêndice 4); - Realizei treinos específicos no âmbito do autocuidado transferir-se, com familiares e cuidadores de pessoas dependentes.
<i>c) Maximiza a funcionalidade e desenvolvendo as capacidades da pessoa.</i>	- Realizei uma sessão formal intitulada “Como Cuidar do meu Familiar Dependente: Posicionamentos/Mobilizações”; - Realizei várias sessões informais no domicílio dos utentes de modo a capacitar os cuidadores no autocuidado transferir-se;

Muitas foram as experiências durante este estágio que enriqueceram o meu crescimento profissional e de estudante, desde a adaptação ao domicílio dos utentes, uma situação nova e que me retira da minha zona de conforto, pois entrar na casa de uma pessoa requer uma confiança mútua e mas acresce um dever de não defraudar as expectativas da pessoa que vai ser cuidada, pois este vê no EER, um salvador, um capacitador e um amigo que o vai auxiliar a superar a sua dificuldade motora, respiratória ou neurológica, adaptando-o a um novo ambiente e dotando-o a ele e ao seu cuidador de ferramentas que lhes permitam viver com qualidade.

O EER é o enfermeiro a quem é reconhecida competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados na área de especialidade a que lhe foi atribuído o título de EER (Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista nº140/2019).

O título de EER inclui para além das competências descritas em cada regulamento de cada especialidade um conjunto de competências comuns que são aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde (Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista nº140/2019). O enfermeiro especialista é caracterizado por possuir conhecimentos, capacidades e habilidades, que atua mediante as necessidades de saúde de grupo-alvo, atuando em todos os contextos de vida das pessoas em diferentes níveis de prevenção (Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista nº140/2019). As competências do EER resultam do aprofundamento dos conhecimentos, de competências do enfermeiro de cuidados gerais (Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista nº140/2019) e têm a responsabilidade nas dimensões da educação dos utentes e dos pares de orientação, aconselhamento, liderança e disseminar e de orientar investigação relevante, de forma a melhorar a prática de enfermagem (Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista nº140/2019).

Existem quatro domínios de competências comuns: competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria continua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista nº140/2019).

- a) Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

Este domínio refere-se ao desenvolvimento do exercício profissional, ético e legal em que o EER apresenta um exercício seguro, profissional e ético. Esta competência tem uma base sólida de conhecimentos no domínio ético-

deontológico e garante que na prática de cuidados são respeitados os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista nº140/2019).

Durante a prestação de cuidados especializados foi colocada em prática o conceito de autocuidado transferir-se (necessidade de cuidados de enfermagem na ausência da pessoa conseguir manter a qualidade ou quantidade de autocuidado exigida para sustentar a sua vida e a saúde). Neste conceito, na teoria de autocuidado de Orem a pessoa é considerada como única irrepetível e irreduzível. Ou seja, trata-se de uma perspetiva da moral, onde é valorizada a individualidade de cada pessoa na medida em que cada indivíduo é sujeito das suas decisões e a profissão de enfermagem à luz deste modelo conceptual, está ligada à obrigação moral de capacitar a pessoa para o autocuidado (Veiga, 2006).

Desta forma, no conceito de autocuidado é cumprido o respeito pela dignidade das pessoas que implica ao mesmo tempo o respeito pela liberdade. Em saúde, no respeito pela liberdade o enfermeiro é obrigado a incluir a vontade da pessoa assistida no planeamento dos cuidados de enfermagem (Deodato, 2016). Durante o estágio, foram prestados cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com lesão neurológica, ortopédica e à pessoa com alterações do foro respiratório.

Estes cuidados foram sustentados pela regulamentação que serve de base tanto à profissão de enfermagem como à especialidade de ER. A tomada de decisão foi guiada pelo código deontológico, assegurando o cumprimento dos princípios éticos do cuidar e pela proteção dos direitos dos utentes na informação, confidencialidade, privacidade e autodeterminação estiveram sempre presentes durante a prestação de cuidados. Os princípios e valores tais como os deveres deontológicos, devem ser universais, em qualquer contexto de cuidado (Deodato,2016).

O projeto de intervenção profissional foi aprovado pela comissão de ética da ARS Norte, garantindo assim que todas as considerações éticas sobre os procedimentos de investigação estão presentes.

b) Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade

O domínio da melhoria da qualidade pretende o desenvolvimento de iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, gerir e colaborar em programas de melhoria contínua da qualidade e participa na disseminação necessária até a um nível operacional (Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista nº140/2019).

Para Hesbeen (1998), uma prática de cuidados de qualidade esta inserida num contexto político, económico e organizacional bem identificado e é definida como uma prática que faz sentido para a pessoa que vive uma situação de doença que perspectiva alcançar a saúde. O padrão de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação refere que o alvodo EEER é a pessoa com necessidades especiais no contexto em que se encontra e que dá resposta eficazes a essas alterações contribuindo fortemente para os ganhos em saúde.

Ao monitorizar os ganhos em saúde o EERR produz indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação, que contribuem para a melhoria continua dos cuidados de enfermagem de reabilitação (Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Enfermagem de Reabilitação nº350/2015). Desta forma, durante o estágio, colaborava nos registos dos dados sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação na plataforma que a orientadora criou para o grupo da reabilitação. E com a implementação do projeto de intervenção profissional foram comprovados os ganhos em saúde após a intervenção do EERR. Durante a prestação de cuidados foi proporcionado um ambiente terapêutico, de modo que os doentes e suas famílias se sentissem seguros e satisfeitos com os cuidados prestados.

c) Competências do domínio da gestão dos cuidados

No domínio das competências da gestão de cuidados o enfermeiro especialista deve ser capaz de gerir os cuidados de enfermagem, em articulação com a equipa multidisciplinar, liderar e adaptar os recursos existentes, às

situações e visando a otimização da qualidade dos cuidados (Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista nº140/2019).

Durante o estágio final, procurei integrar conceitos de gestão em relação aos materiais, cuidados e às várias equipas de saúde que intervém para a melhoria do doente. Desta forma, foram adaptados os recursos materiais existentes, de forma a proporcionar cuidados de qualidade. Os cuidados de EER foram desenvolvidos em função das necessidades dos utentes e articulados com os diferentes intervenientes (médicos de família e restante unidade de saúde familiar à qual o utente pertencia) na unidade de internamento da UCC.

d) Competências do domínio das aprendizagens profissionais

Nas competências do domínio das aprendizagens profissionais, o enfermeiro especialista desenvolve o autoconhecimento e a assertividade, baseando a sua praxis clínica especializada em conhecimento sólidos e válidos (Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista nº140/2019).

A frequência do curso de mestrado na área de especialização de enfermagem de reabilitação possibilitou-me aumentar os conhecimentos atualizados na área específica de enfermagem de reabilitação. A aprendizagem proporcionada pela pesquisa bibliográfica e pela partilha de conhecimentos do enfermeiro Tutor e restantes enfermeiros da UCC durante o estágio, foram determinantes neste processo.

Este percurso foi fundamental no crescimento como futura enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação, tendo presente que a principal função da formação continua, reside numa maior abertura do profissional para a aquisição de conhecimento, que no futuro se traduz por uma prática mais aperfeiçoada e portadora de sentido (Hesbeen, 2001). Acresce a tudo isto, que o conhecimento teórico na enfermagem é sedimentado ao longo da experiência clínica vivida na prática, em que se desenvolve o “saber fazer” (Benner, 2001), sendo determinante nas aprendizagens profissionais concretizadas em contexto clínico.

Contributos do estágio profissional para a formação do Enfermeiro Especialista:

O processo natural de envelhecimento produz no ser humano alterações biológicas que diminuem as suas capacidades, esta situação inevitável associada a sequelas resultantes de um período de imobilização devido por exemplo a situações de internamento numa unidade hospitalar, resultam numa diminuição da capacidade funcional da pessoa, nomeadamente na capacidade para se mobilizar, transferir ou realizar levantes. Esta problemática revela-se importante de caracterizar, uma vez que influencia o autocuidado e a saúde do utente na sua generalidade.

Os programas de ER individualizados a cada pessoa são sugeridos de forma a proporcionar uma intervenção precoce e adequada como forma de reduzir os efeitos negativos da diminuição da funcionalidade gerada por um acontecimento menos positivo como um internamento prolongado, um défice neurológico de novo, uma fratura provocada por uma queda ou até mesmo um agravamento da patologia respiratória de base do utente.

Neste contexto o EER, tem um papel crucial na reabilitação da pessoa, através de uma intervenção individualizada que visa ajudar a pessoa a retornar ou manter a sua independência nas AVD's ou ajudar a pessoa a aceitar a sua dependência e ensinando-a a lidar com a sua nova condição, mas também tem um papel preponderante na capacitação do cuidador deste utente, para facilitar o seu desempenho como cuidador e minimizar o impacto negativo que estas alterações possam causar na vida pessoal e na dinâmica familiar.

A realização deste relatório caracterizou-se por ser um caminho longo e complexo, que teve por base e referência, o estágio final de natureza profissional e a realização de uma investigação na área da reabilitação, com necessidade de alguns ajustes ao longo do seu desenvolvimento.

Este estágio de natureza profissional, contribuiu para o meu desenvolvimento ao nível da especialização em EER, pois de modo autónomo e seguindo as orientações delineadas no regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista, fui capaz de desenvolver planos de reabilitação adequados e específicos para cada utente, contribuindo também

para a literacia em saúde dos cuidadores e promovendo o bem-estar da pessoa internada em UCC e da sua família e cuidadores.

Permitiu o desenvolvimento das relações de proximidade e de confiança com o utente da UCC bem como da sua família e cuidadores, desenvolvendo a empatia e criando um elo de confiança no trabalho desenvolvido pelo EER. Permitiu por outro lado, conhecer a realidade e as dificuldades por que passam os cuidadores destas pessoas presentes na UCC e de todos os utentes que a integram. Conhecer a realidade da espera pelos cuidados, a tomada de consciência de que a maioria das vezes são poucos os profissionais e poucos os recursos e as horas disponíveis para a realização de cuidados de excelência ao nível dos cuidados de especialidade de reabilitação e que os profissionais que estão presentes na UCC são de extrema importância, mas não são imensos. Abdicam das suas horas de conforto para realizar trabalho à comunidade que servem, mostrando o empenho ético e a responsabilidade moral que possuem, quando abdicam das suas folgas e descansos para proporcionar bem-estar aos utentes.

Contribuiu também para o crescimento enquanto profissional e ser humano. Sendo eu, uma Enfermeira afeta ao serviço de urgência que serve a área de influência desta UCC, por variadas vezes, recebi no SU doentes da UCC que me reconheciam e que por ter criado empatia com eles e com a família tornavam o seu cuidado mais tranquilo pois sentiam confiança no meu trabalho.

A realização deste estágio permitiu também o desenvolvimento de um estudo de investigação na área da capacitação do cuidador de pessoas dependentes no domicílio, área de pouco investimento, mas muito importante para o cuidado da pessoa dependente e que me permitiu contribuir com mais conhecimento desenvolvendo assim a investigação na área da Enfermagem de Reabilitação e contribuir para a literacia em saúde e aptidão e conhecimento dos cuidadores.

A elaboração deste relatório permitiu o desenvolvimento e a aquisição de conhecimentos e práticas sobre as competências do EEER e foi uma forma de melhorar a qualidade de vida das pessoas que usufruíram dos cuidados de enfermagem de reabilitação na UCC onde desenvolvi o meu estágio,

culminando numa experiência incrível e da qual me irei recordar com carinho e saudade, mas com sentimento de plenitude na realização dos objetivos definidos para o estágio de natureza profissional.

PARTE II – DA PRÁTICA À INVESTIGAÇÃO

Esta parte do trabalho, é dedicada ao desenvolvimento do trabalho de investigação, com o objetivo geral *capacitar o cuidador informal para cuidar da pessoa dependente no domicílio no âmbito do autocuidado transferir-se*.

No capítulo II procede-se ao enquadramento teórico que fundamenta a nossa investigação, procurando expor a problemática em estudo através de dados teóricos e empíricos. Expõe-se assim, neste capítulo, de uma forma breve a caracterização da Teoria do Défice de autocuidado. Faz-se a caracterização da pessoa dependente no domicílio em Portugal e faz-se a caracterização do cuidador informal e quais as suas funções perante a pessoa dependente, dando enfoque á sobrecarga do papel do cuidador e explorando a problemática das lesões músculo-esqueléticas nos cuidadores e os fatores potenciadores das mesmas.

No capítulo III- Metodologia, procuramos descrever de forma breve, em que consistem os métodos e técnicas utilizadas na investigação, referindo autores que se dedicaram ao seu estudo, dando igualmente o exemplo concreto da aplicação dos mesmos no nosso estudo. Deste modo, será referida: a investigação qualitativa como opção metodológica, onde se incluem o tipo de estudo e objetivos, a população alvo do estudo, os procedimentos de recolha de dados, tendo como técnica a entrevista semiestruturada; e, por fim, o tratamento da informação recolhida através da opção pela análise de conteúdo.

No capítulo IV promove-se a apresentação e análise dos dados das entrevistas semiestruturadas, deixando para o capítulo V a discussão dos resultados através da avaliação do perfil sociodemográfico das pessoas dependentes em contexto domiciliário, avaliação do perfil sociodemográfico do cuidador informal, quais os conhecimentos do CI relacionados com a imobilização e quais os comportamentos e intervenções do CI relacionados com a prevenção das complicações da imobilização.

Por fim no capítulo VI, explana-se a conclusão do estudo, expõe-se algumas sugestões para trabalhos futuros e evidenciam-se as implicações para a educação, a investigação e a prática em Enfermagem.

CAPÍTULO II - TEORIA DE ENFERMAGEM DO DÉFICE DO AUTOCUIDADO

A teoria do autocuidado de Orem (1993) consiste, basicamente, na ideia de que os indivíduos, quando capazes, devem cuidar de si mesmos. Quando existe a incapacidade, entra o trabalho do enfermeiro no processo de cuidar.

Por isso, o autocuidado, segundo Orem (1993), é a prática de atividades que favorecem o aperfeiçoamento e que as pessoas iniciam e desempenham dentro de espaços de tempo, em seu benefício próprio e com o intuito de preservar a vida e o funcionamento saudável dando continuidade ao desenvolvimento e ao bem-estar pessoal. Esta atividade é influenciada por fatores condicionantes básicos como: idade, sexo, estado de desenvolvimento, estado de saúde, orientação sociocultural, fatores do sistema de cuidados de saúde (como sejam o diagnóstico médico e modalidades de tratamento), fatores do sistema familiar, do padrão de vida (incluindo as atividades quotidianas), fatores ambientais, disponibilidade e adequação dos recursos, que os enfermeiros devem ter em conta quando estabelecem o plano individual de cuidados de enfermagem.

Ainda para Orem (1993), o autocuidado é a prática de atividades executadas pelas pessoas em seu próprio benefício para a manutenção da vida, da saúde e do bem-estar. Nesta corrente de pensamento, os indivíduos têm capacidade de se auto-cuidar, no entanto, por doença, ou por falta de recursos, podem ficar limitados na capacidade de o realizar, necessitando de ajuda de uma segunda pessoa para o fazer, ou seja, necessita de um profissional ou de um familiar para executar o seu autocuidado, definindo-o como agente terapêutico de autocuidado (Petronilho, 2012).

A Teoria de Enfermagem do Déficit Autocuidado de Orem assenta por isso, em três teorias: a teoria do Autocuidado (que descreve como e porquê as pessoas cuidam de si); a teoria do Déficit de Autocuidado (que descreve e explica por que razão as pessoas podem ser auxiliadas pelos cuidados de enfermagem) e a teoria dos Sistemas de Enfermagem (que descreve e explica

as relações que têm de ser mantidas para que se faça Enfermagem (Brito, 2012).

Na Teoria do Autocuidado de Orem (1993), o autocuidado não é inato, mas sim desenvolvido ao longo do ciclo vital.

É uma ação que se desenrola e que se aprende com as relações interpessoais e ambientais e à medida em que vamos crescendo e nos desenvolvendo. De acordo com esta teórica, a pessoa que realiza sozinha a ação de autocuidado é considerada agente de autocuidado, mas quando não a consegue realizar é denominada agente dependente de cuidados. Esta teoria reflete, que a pessoa é incapaz de manter a quantidade e qualidade do autocuidado, determinando desta forma a necessidade de intervenção de enfermagem ou de um cuidador. Assim sendo o seu objetivo é promover a autonomia da pessoa auxiliando-a a atingir a saúde e o bem-estar.

Segundo Duque (2009) as ações que a pessoa realiza ou deveria realizar num determinado período de tempo para conseguir atingir os requisitos são denominadas de autocuidado terapêutico e é aqui que o papel do enfermeiro se torna crucial, podendo ajudar a pessoa a compensar este défice. Estão descritos cinco métodos de ação: fazer pelo doente; guiar e orientar; proporcionar apoio físico e psicológico; proporcionar e manter um ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal e ensinar.

Para alcançar uma boa evolução na reabilitação, o indivíduo deverá ser englobado em todo o processo, desenvolvendo comportamentos adequados e dirigidos por metas. Poderá haver casos em que, a lesão em si, altera a motivação do indivíduo, causando instabilidade emocional, podendo essa condição interferir na capacidade de participar de forma significativa com comportamentos dirigidos para o seu autocuidado (Umphred et al., 2004).

Neste contexto, a mais-valia da intervenção do EEER toma corpo. De acordo com Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação (OE, 2011, p.3) “A excelência da Enfermagem de Reabilitação traz ganhos em saúde em todos os contextos da prática, expressos na prevenção de incapacidades e na recuperação das capacidades remanescentes, habilitando a pessoa a uma maior autonomia. Assim, vemos a Enfermagem de Reabilitação como a área de intervenção de

enfermagem, de excelência e referência, que previne, recupera e habilita de novo, as pessoas vítimas de doença súbita ou descompensação de processo crônico, que provoquem deficit funcional ao nível cognitivo, motor, sensorial, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade...”.

Assim sendo, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação integrado numa ECCI tem o seu grande desafio no ensino e orientação do cuidador, para proporcionar bem-estar físico e emocional do seu cuidando ao nível do autocuidado, promovendo o seu bem-estar e prevenindo complicações do seu estado geral pela incapacidade de mobilização e de se auto-cuidar.

O pressuposto da Teoria do sistema de Enfermagem consiste no fato de as necessidades de autocuidado serem colmatadas pelo Enfermeiro e os cuidados de enfermagem serem planeados de acordo com as necessidades reais ou potenciais de autocuidado (Orem,1993), e nesta linha de pensamento, são apresentadas por Orem (1993) três sistemas de enfermagem:

- Sistema totalmente compensatório, onde a pessoa não tem papel ativo no desenvolvimento do seu autocuidado, sendo por por isso dependente do Enfermeiro;
- Sistema parcialmente compensatório, onde a pessoa é capaz de executar algumas ações de autocuidado e é apenas auxiliada naquilo em que não é capaz de executar;
- Sistema de Apoio e Educação, onde a pessoa é capaz de executar todas as ações de autocuidado, mas tem necessidade de ensino e supervisão estimulando-o a ser agente de autocuidado (figura 2)

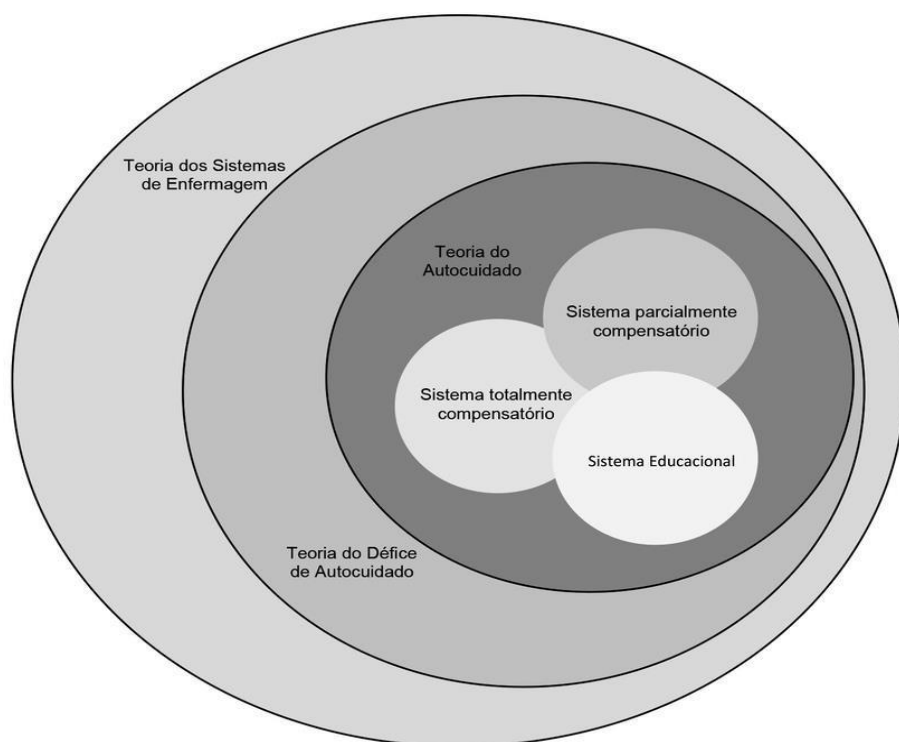


Figura 2. Teoria de enfermagem do deficit do autocuidado de Orem (Adaptado de Orem,1993)

2.1 A PESSOA DEPENDENTE NO DOMICÍLIO

A evolução social e científica verificada ao longo das últimas décadas têm resultado num aumento da esperança média de vida e, concomitantemente, numa maior prevalência de doenças crónicas. Fatores estes que se têm traduzido num aumento significativo de pessoas em situação de dependência, sendo esta uma realidade em Portugal, tal como em outros países ditos desenvolvidos, sendo que os cuidados a estas pessoas são maioritariamente prestados no seio familiar. *“A família surge, pois, como um elemento importante de solução e o cuidado fica, assim, socialmente dividido entre o Estado e a família”* (M.Lage, 2007) .

Para Orem (1995), uma pessoa dependente é **aquela que necessita da ajuda de terceiros para sobreviver**, ou seja, sozinha não tem capacidade para iniciar e realizar um conjunto de atividades em favor de si mesmo, necessárias para a manutenção da vida, saúde e bem-estar.

Em Portugal, o envelhecimento demográfico, o crescimento de população que padecer de doenças crónicas debilitantes como as doenças do foro respiratório, DPOC, asma e atualmente sequelas da COVID, patologias psiquiátricas e as demências, os AVC e enfartes do miocárdio, bem como o aumento dos acidentes rodoviários e de trabalho, contribuem assim para o aumento do número de pessoas dependentes nos domicílios a necessitarem de um cuidador.

A dependência por tudo isto não é um fenómeno novo. Sempre existiram pessoas dependentes, contudo, atualmente e numa época verdadeiramente marcada por profundas transformações estruturais como o envelhecimento da população, a mudança do perfil das patologias, com maior incidência de doenças crónicas, as alterações na estrutura familiar decorrentes da entrada das mulheres no mundo do trabalho, o fenómeno da dependência no autocuidado apresenta-se como um dos maiores desafios, não só ao nível da saúde, mas também ao nível social e político. Os esforços desenvolvidos ao longo dos últimos tempos, no sentido de dar respostas aos dependentes na comunidade que carecem de cuidados continuados, têm sido incrementados, sendo, no entanto, ainda insuficientes para as necessidades sentidas por parte das populações.

Através de estudos empíricos no âmbito da saúde e desenvolvidos no concelho de Lisboa (Costa, 2013), na região metropolitana do Porto (Filipe, 2015; Gonçalves, 2013; Ribeiro et al., 2014) e na região do Minho (Petronilho, 2013), permitiram a produção de conhecimento sobre a realidade portuguesa no que diz respeito à dimensão do fenómeno da dependência no autocuidado e das famílias que integram pessoas dependentes. Estima-se que em Portugal residam aproximadamente 4 milhões de famílias clássicas, das quais, cerca de 2,9% integram, pelo menos, um familiar dependente (OPSS, 2015) na sua constituição. Destes, uma parte muito expressiva são pessoas acamadas ou totalmente dependentes nas AVD's, contabilizando cerca de 48 mil casos. A situação de acamado indica uma condição de saúde de grande vulnerabilidade, caracterizada por níveis elevados de dependência e de compromisso nos processos corporais e mentais, pois sugerem a presença de úlceras de pressão, compromisso respiratório, compromisso cognitivo.

Estas pessoas, dependentes no autocuidado, têm critérios de referência para a ECCI, de modo a garantir qualidade na continuidade de cuidados integrados de saúde e de apoio social.

2.2 O CUIDADOR INFORMAL E AS SUAS COMPETÊNCIAS

A maior parte dos cuidados de saúde desenvolvidos no domicílio são prestados habitualmente pelas famílias. Estas são reconhecidas como principal contexto para a promoção e manutenção da independência e saúde dos seus membros e como a principal entidade prestadora de cuidados às pessoas dependentes na última fase da sua vida, quando as suas capacidades funcionais estão diminuídas e a sua autonomia já não é possível (Paúl,1997).

O Cuidador é a pessoa que se compromete a assistir uma outra pessoa que, por variadas razões, vivencia um momento de incapacidade. Essa incapacidade pode ser temporária ou permanente, que lhe impossibilita de cumprir, total ou parcialmente, as tarefas associadas à sua existência desde o cuidado com a sua higiene pessoal, a alimentação, a eliminação ou até mesmo a mobilização. Em 2019, foi aprovado o **estatuto do cuidador informal**, pela Lei N.º 100/2019, regulando direitos e deveres não apenas do Cuidador, mas também da pessoa que necessita de cuidado, bem como as medidas de apoio a ambos.

Este Estatuto do Cuidador Informal veio distinguir facetas mais realistas do cuidado informal, estabelecendo o Cuidador Informal principal e Cuidador Informal não principal: O Cuidador Informal principal é um cuidador mais próximo, pois habita com a pessoa que necessita de cuidado, e é cônjuge/unido de facto ou parente até o 4.º grau, maioritariamente as filhas, daquele que necessita de cuidado. Cuida, portanto, de forma permanente e não recebe nenhum tipo de remuneração pelo cuidado que presta, nem de qualquer outra atividade profissional.

O Cuidador Informal não principal é aquele que, com as características descritas anteriormente, cuida de forma regular, mas não permanente, podendo auferir, ou não, remuneração pelos cuidados que presta ou de qualquer outra

atividade profissional, são muitas vezes familiares próximos, filhos que vivem em outras habitações ou até mesmo vizinhos.

De acordo com Lage (2007), Araújo, Paúl e Martins (2009) o cuidador informal é o elemento da família do doente ou com ele relacionado (ex. Amigos e vizinhos), e que assume a responsabilidade pelo cuidado sem ser remunerado pelos serviços que presta.

O apoio prestado pelos cuidadores passa por um apoio psicológico, sendo este ligado á satisfação da vida e ao bem-estar psicológico, ou então instrumental, pressupondo ajuda física em situações de perda das capacidades funcionais e incapacidade por perda de autonomia física permanente ou temporária (Paúl ,1997). Já Lage (2007) defende que o cuidador pode estar inserido em cinco categorias de cuidados, os cuidados antecipatórios que se referem aos aspetos/comportamentos projetados antecipadamente para as necessidades do doente. Os cuidados preventivos, que se referem a algo bem definido e por isso mais dirigidos e mais ativos, os cuidados de supervisão usualmente chamados de “olhar pelo doente” pois englobam aspetos diretos e concretos do cuidar. Os cuidados instrumentais, são cuidados mais operacionais e fazem valer-se pelo “fazer pelo doente” tudo aquilo que ele não pode fazer devido á idade ou incapacidade. Por fim, os cuidados protetores, são cuidados dirigidos, que não podem ser evitados, mas ao mesmo tempo desencadeiam mecanismos que impedem a pessoa dependente de perceber e tomar consciência da sua real dependência.

Ser cuidador informal de uma pessoa com patologia crônica ou dependência física grave pode constituir uma situação de crise geradora de stress, é uma ameaça para o equilíbrio do normal funcionamento pessoal, familiar e social, sobretudo se a situação que se gerou é uma novidade para o cuidador (Lage, 2007) e a vivência da situação transição situacional que decorre do desempenho deste papel de cuidador, não for vivida de forma consciente e satisfatória.

2.2.1 SOBRECARGA DO PAPEL DE CUIDADOR

São grandes os desafios que se colocam aos cuidadores informais, pois o facto de o doente ser dependente, pelo avançar da idade, a presença de doenças crónicas, alteram a dinâmica de toda a família, podendo acarretar mudanças e sobreposição de papéis com impacto negativo na vida familiar e na saúde de seus membros (Lage, 2007).

Pereira (2008) refere que, a família continua a ser o elo fundamental para assegurar a continuidade da prestação dos cuidados à pessoadependente. Para Pereira (2011), cuidar representa um dos maiores desafios a serem superados, envolvendo longos períodos dispensados ao doente, desgaste físico e custos financeiros elevados, bem como sobrecarga emocional e riscos mentais e físicos.

Embora cuidar seja um ato nobre, este conduz ao aumento dos níveis de sobrecarga e das repercussões negativas no seio familiar, dada a grande responsabilidade do cuidador. Um dos fatores que aumenta a sobrecarga dos cuidadores é a manutenção das pessoas dependentes no domicílio, quer na casa da pessoa dependente quer na habitação do próprio cuidador, que gera, frequentemente, problemas de stress, de saúde física e mental nos cuidadores e nos restantes familiares.

Os problemas dos cuidadores surgem de conflitos emotivos, complexos e intensos, provocados pela sobrecarga de prestar cuidados á pessoa dependente, pelo qual se possui sentimentos de afeto profundo ou de obrigação. Sentimentos, que muitas vezes, encontram-se reforçados pelo isolamento social, imposto pela responsabilidade de prestar cuidados, a que se junta a falta de conhecimentos sobre técnicas de cuidar, recursos da comunidade e lidar com o stress (Paúl, 1997).

Segundo estudos realizados na Grécia, Irlanda, Itália, Portugal, Espanha e Dinamarca, os cuidadores “(...) manifestam sintomas como excesso de cansaço, fadiga geral, dores nas costas, esgotamento físico e mental, diminuição das forças e das resistências, nervosismo, irritabilidade, ansiedade,

insónias, e estado depressivo entre outros” (Santos, 2006, citado por Figueiredo, 2012, p. 41).

O termo sobrecarga (burden) diz respeito ao conjunto de problemas físicos, psicológicos e socioeconómicos que decorrem da tarefa de cuidar, suscetíveis de afetar diversos aspetos da vida do cuidador, nomeadamente as relações familiares e sociais, a carreira profissional, a intimidade, a liberdade e equilíbrio emocional (Pereira, 2011).

Torna-se imperioso, assim, cuidar de quem cuida, valorizando e dignificando o papel dos cuidadores familiares, uma vez que, os próprios profissionais de saúde tendem a centrar a sua intervenção no “doente” e descuidam as necessidades dos cuidadores familiares, figuras importantes para assegurar a continuidade dos cuidados (Scalco, Tavares, Vieira, Silva, & Bastos, 2013).

2.3 LESÕES MUSCULO ESQUELÉTICAS NOS CUIDADORES

As lesões músculo-esqueléticas são o problema relacionado com o trabalho, mais comum na Europa. Perto de 24% dos trabalhadores da UE dizem sofrer de lombalgias e 22% queixam-se de dores musculares. Quando falamos de lesões músculo-esqueléticas, referimo-nos a afeções que podem afetar os músculos, as articulações, os tendões, os ligamentos, os nervos, os ossos e doenças localizadas do aparelho circulatório.

As lesões músculo-esqueléticas não só causam sofrimento e perdas de rendimento a nível pessoal, como afetam os cuidados prestados ao seu familiar. Contudo, estas lesões podem ser evitadas através de uma avaliação das tarefas que o cuidador executa, na adoção de medidas preventivas e num controlo contínuo da eficácia dessas medidas. A verdade é que a maioria das lesões músculo-esqueléticas são de origem profissional, cumulativas, resultantes da exposição repetida a esforços mais ou menos intensos ao longo de um período de tempo prolongado, tais como os esforços realizados durante os posicionamentos, levantes e prestação de cuidados diretos às pessoas dependentes por elas cuidadas. Portanto, os sintomas surgem tardiamente. No

entanto, podem também ter a forma de traumatismos agudos, tais como fraturas causadas por acidentes.

Estas lesões afetam principalmente a região dorso-lombar, a zona cervical, os ombros e os membros superiores, mas podem afetar também os membros inferiores. Algumas lesões músculo-esqueléticas, tais como o síndrome do canal cárpico, que afeta o pulso, são lesões específicas que se caracterizam por sinais e sintomas bem definidos. Outras manifestam-se unicamente por dor ou desconforto, sem que existam sinais de uma lesão clara e específica.

São vários os fatores que podem contribuir para a manifestação de lesões músculo-esqueléticas, fatores físicos e biomecânicos, fatores organizacionais e psicossociais, fatores individuais e pessoais e estes podem exercer uma ação separadamente ou combinados.

FATORES FÍSICOS E BIOMECÂNICOS NOS CUIDADORES:

1. Aplicação de força, por exemplo, levantar, transportar, puxar, empurrar;
2. Movimentos repetitivos;
3. Posturas forçadas ou estáticas, por exemplo, mãos acima do nível dos ombros ou de pé durante muito tempo;

FATORES ORGANIZACIONAIS E PSICOSSOCIAIS NOS CUIDADORES:

1. Trabalho exigente, falta de controlo sobre as tarefas executadas;
2. Baixos níveis de satisfação com o trabalho que executam;
3. Trabalho monótono, repetitivo, executado a um ritmo ininterrupto;
4. Falta de apoio por parte dos apoios sociais ou familiares.

FATORES INDIVIDUAIS NOS CUIDADORES:

1. Histórico clínico;
2. Capacidade física;

3. Idade;
4. Obesidade;
5. Tabagismo.

O tratamento das lesões musculó-esqueléticas passam pela terapêutica, cujos objetivos são, essencialmente, aliviar a dor e reduzir a incapacidade. Por isso a abordagem deve ser multidisciplinar, isto é, ter em conta os aspetos preventivos, a reabilitação e administração de fármacos que permitam uma recuperação mais rápida do doente. As lesões de origem músculo-esquelética (músculos e articulações), principalmente traumáticas ou de início súbito, têm melhor prognóstico quando a intervenção ocorre na fase aguda, especialmente as lesões musculares (roturas) e ligamentares (entorses). No entanto a prevenção da instalação das lesões músculo-esqueléticas é de extrema importância e só é possível com a capacitação do cuidador e dotando-o de conhecimentos que promovam a saúde, combatam as complicações futuras da adoção de posturas incorretas no desempenho dos cuidados à pessoa dependente e tal só acontece se estes forem capazes de:

1. Evitar os riscos de lesões músculo-esqueléticas;
2. Avaliar os riscos que não podem ser evitados;
3. Combater os riscos na origem;
4. Adaptar o trabalho ao cuidador;
5. Adaptação à evolução tecnológica com as ajudas técnicas disponíveis;
6. Substituir o que é perigoso pelo que é seguro ou menos perigoso;
7. Dar instruções adequadas aos cuidados de modo a prevenir ações bruscas

CAPÍTULO III – METODOLOGIA

Este capítulo tem como objetivo apresentar pormenorizadamente as questões metodológicas, definindo o tipo de estudo e objetivos, população e amostra, tecendo algumas considerações éticas. Apresentam-se também os procedimentos de colheita de dados, instrumentos de recolha e procedimentos de análise dos mesmos, para tal foi efetuado um pedido à Comissão de Ética da ARS Norte de modo a viabilizar o projeto de investigação e que foi exarado na ata nº 2022_05 reunião de 2022-01-27 com o número PI 20210107, com a referência: CE/2022/21 (anexo 1).

Para desenvolver este projeto, foi efetuada também uma pesquisa de literatura já existente acerca deste tema, artigos e estudos já realizados neste âmbito para promover um desenvolvimento mais eficiente desta ação.

Foram pesquisadas as bases de dados:

- B-ON, Medline e na Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação, usando descritores e termos, publicados entre 2016 e 2021 em revistas científicas e para além desta bibliografia, foram consultadas outras bibliografias que embora mais antigas, são ainda muito importantes.

Através de palavras-chave: Cuidadores Informais, Pessoas Dependentes, capacitação, autocuidado transferir-se, Care givers, Dependent People, Training, Self-care transfer, respondendo á pergunta PICO, resultaram em 222 estudos para estes DECS, nos quais as palavras-chave se encontravam no título dos estudos.

P	Ao Cuidador Informal
I	Capacitação do cuidador informal no autocuidado transferir
C	Sem Comparação
O	Prevenção de lesões músculo-esqueléticas do cuidador e Prevenção das complicações decorrentes da imobilidade.

3.1 TIPO DE ESTUDO E OBJETIVOS

A investigação é essencial para a construção de novos conhecimentos e desenvolvimento científico, pois permite a aproximação e compreensão sobre fenômenos e acontecimentos. É a compreensão sobre acontecimentos e fenômenos que permitem avançar, produzir, refutar e desenvolver o conhecimento científico (Fortin et al., 2006). Diante de um paradigma naturalista (ou interpretativo), próprio da pesquisa qualitativa (Fortin, 2009). Conhecer um fenômeno só faz sentido se ele for contextualizado histórica e culturalmente, sendo único e sujeito à interpretação subjetiva do indivíduo que o vivencia, sendo assim "várias realidades" do mesmo fenômeno. Por isso, é interessante aprofundar um fenômeno, conhecê-lo à exaustão, derivando dele novos conhecimentos e novas teorias.

Com o presente estudo pretendi mostrar a importância da capacitação do cuidador informal, no autocuidado transferir-se, da pessoa dependente no domicílio. Desde cedo, na minha prática profissional, deparei-me com a presença de várias complicações em pessoas dependentes decorrentes dos não posicionamentos e de posicionamentos deficitários, e quando questionados os cuidadores as respostas eram unânimes, não sabiam como fazer, não tinham tido formação, nasce então o interesse neste tema. Aquando das visitas domiciliares para realizar cuidados especializados e programas de reabilitação durante a realização do estágio de natureza profissional, foi perceptível a tomada de consciência desta problemática pela constante falta de posicionamentos e levantes para cadeirão ou cadeira de rodas dos doentes dependentes no domicílio nas mais variadas alturas do dia, surge então a necessidade de promover a literacia em saúde dos cuidadores informais, promovendo um melhor cuidado dos seus dependentes e capacitando os cuidadores no autocuidado transferir-se.

O nosso estudo situa-se no paradigma qualitativo e o método que melhor se adequou a este projeto foi o da investigação-ação, pois segundo Coutinho (2005) a investigação-ação, “caracteriza-se pela forma interativa como se desenvolve (...) e como permite a produção de saberes ao longo de todo o processo a todo o grupo participativo”.

Como o nome indica, é uma metodologia que tem o duplo objetivo de ação e investigação, no sentido de obter resultados em ambas as vertentes:

- Ação – para obter mudança numa comunidade ou organização ou programa;
- Investigação – no sentido de aumentar a compreensão por parte do investigador, do cliente e da comunidade (Dick 2000).

Segundo Latorre (2003, in Sousa, Dias, Bessa, Ferreira e Vieira, 2008) os objetivos da investigação-ação são:

- Melhorar e/ou transformar a prática social e/ou educativa, enquanto procuramos uma melhor compreensão da referida prática.
- Articular de modo permanente a investigação, a ação e a formação.
- Aproximarmo-nos da realidade: veiculando a mudança e o conhecimento.
- Fazer dos educadores protagonistas da investigação.

Para Silva (2002), nesta metodologia, cada etapa é alternada entre a ação e a reflexão, e essa experiência permite ao investigador aprender. Como a investigação-ação é uma metodologia qualitativa e participativa adota um ponto de vista interpretativo, mas sempre apoiada pela teoria. E como produtora de conhecimentos sobre vivências, pode também tornar-se num processo de construção de novas realidades, pondo em causa os modos de pensar e de agir das sociedades (Sanches, 2005).

A mudança não só é uma das componentes desta metodologia, como uma das suas características fundamentais, o plano de investigação levado a efeito é flexível, pois a investigação estará sempre associada uma ação mais ou menos imediata.

Sendo o objetivo principal da metodologia qualitativa o de descrever um problema que ainda não é amplamente conhecido e caracterizá-lo, ou seja, explorar um conceito que leva à descrição de uma experiência ou atribui significado a essa experiência. Foca-se no “o quê”, “como” e “porquê” (Fortin, 2009; Gerrish & Lathlean, 2016).

Sendo a finalidade deste trabalho, contribuir para a prevenção das complicações inerentes da imobilidade das pessoas dependentes no domicílio, capacitando o CI de conhecimentos e de técnicas, bem como contribuir para a

prevenção das lesões músculo-esqueléticas no cuidador, partiu-se da pergunta de investigação: “*Será que os Cuidadores Informais estão capacitados para cuidar do seu familiar dependente, no âmbito do autocuidado transferir-se?*” e chegou-se ao objetivo geral:

- Capacitar o cuidador Informal para cuidar da pessoa dependente no âmbito do autocuidado transferir-se.

Na sequência do objetivo geral, formularam-se então os seguintes objetivos específicos:

- 1) Identificar os conhecimentos dos cuidadores informais de pessoas dependentes no domicílio possuem sobre complicações da imobilidade.
- 2) Conhecer quais as dificuldades dos cuidadores informais no que concerne aos posicionamentos /mobilizações;
- 3) Identificar as fragilidades e as necessidades de formação dos cuidadores informais;
- 4) Realização de ações de formação, no domicílio, formais e informais de acordo com as fragilidades formativas dos cuidadores informais;

A investigação decorreu numa ECCI da Região Norte de Portugal, na qual os cuidadores informais são uma expressiva realidade no cuidado a pessoas dependentes no domicílio, condição major para as equipas de Enfermeiros Especialistas em Reabilitação, poderem desenvolver as suas competências.

Tendo em conta a questão de partida: “*Será que os Cuidadores Informais estão capacitados para cuidar do seu familiar dependente, no âmbito do autocuidado transferir-se?*”, entendo ser um método adequado, pois não sendo uma questão de extrema importância por si só na Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, é uma questão oportuna e cuja mudança de hábitos nos cuidadores informais levará a um ganho enorme na saúde das

peças dependentes, reduzirá o número de internamentos e de complicações associadas à imobilidade.

Enquanto mestrand, e já com uma longa carreira de 13 anos na prestação de cuidados gerais num serviço de urgência, a reflexão sobre a ação e sobre os resultados daí resultantes, contribui para uma melhoria contínua do desempenho profissional. De acordo com Moreira (2001), “a investigação-ação usada como estratégia formativa, facilita a formação reflexiva, promove o posicionamento investigativo face à prática e a sua própria emancipação” (citado por Sanches, 2005, p. 129). A mesma autora avança mesmo que é pela união do processo investigativo com a reflexão crítica sobre a prática, que esta se torna mais informada, sistemática e rigorosa.

Contudo, ainda que seja a partir da ação que se pode refletir sobre esta problemática e sobre a validade ou não da pergunta de partida, relativamente ao contexto domiciliário e dado tempo de permanência na ECCI dos cuidadores informais, dada a curta duração da intervenção, não será possível construir novas ações a partir daquela reflexão, durante esta investigação, mas fica lançado o repto para novas ações a partir deste momento.

3.2 POPULAÇÃO ALVO DO ESTUDO

Sendo este estudo realizado na comunidade, a população potenciadora de participar no nosso estudo são os cuidadores informais dos doentes internados na UCC pertencente a uma ECCI da região Norte de Portugal. Desta população foi selecionada uma amostra constituída por cuidadores informais de pessoas dependentes referenciados para cuidados de reabilitação no domicílio, que foram alvo de ações de formação, ainda que as ações de formação não tenham sido fechadas a outros membros da família que se quisessem realizar, estes familiares não participaram diretamente na recolha de dados do estudo.

Este tipo de amostra não probabilística e não aleatória, tem em conta a disponibilidade das pessoas para fazer parte do estudo em um determinado intervalo de tempo.

Neste tipo de estudo, e segundo Silva et al (2020) podem utilizar-se várias técnicas de amostragem na mesma investigação, em que, o pesquisador tem a liberdade de selecionar uma amostra com base nas suas necessidades. Adequando-se a este tipo de estudo, em que a amostra são os cuidadores informais das pessoas dependentes internados na UCC, referenciados para cuidados de reabilitação no domicílio, representando assim o universo dos cuidadores informais que cuidam de pessoas dependentes no domicílio. Deste modo foi necessário definir regras de inclusão e de exclusão para este estudo.

Atendendo que a UCC na qual se realizou o estudo, tem capacidade para o ingresso de 20 utentes e estando atualmente todas as vagas preenchidas pareceu-nos pertinente, poderem, se assim o aceitarem, fazer parte do estudo todos os cuidadores informais, cujos dependentes apresentem uma escala de Barthel (anexo 2) com dependência moderada a grave, ou seja um Score entre 0 - 75 pontos. Assim, os critérios de exclusão definidos, foram todos os cuidadores informais de pessoas sem dependência no domicílio, ou seja, com escala de Barthel superior a 75 pontos, bem como foram excluídos os cuidadores remunerados, pois recebiam um salário para desempenharem esta função.

Após serem aplicados os critérios de inclusão e exclusão à participação no estudo, chegamos ao número final de 10 cuidadores (N=10), e todos aceitaram participar no estudo após a apresentação do projeto e da sua finalidade. Os participantes foram ainda informados que a participação neste estudo não incorreria em nenhum risco para a saúde dos próprios e do seu dependente e que poderiam desistir do mesmo a qualquer altura do estudo.

3.3 PROCEDIMENTO DE RECOLHA DE DADOS

A realização deste estudo, passou, num primeiro momento, pela construção de um protocolo de investigação, em conformidade com as normas

orientadoras da Comissão de Ética da ARS Norte, foi realizado o pedido de autorização de realização do presente estudo ao Excelentíssimo Diretor Executivo do ACES e ao Diretor Clínico da UCC, que emitiram um parecer favorável á realização do projeto (anexo 3 e anexo 4), bem como foi submetido pedido à comissão de ética da ARS Norte da qual foi exarado na ata nº 2022_05 reunião de 2022-01-27 com o número PI 20210107, com a referência: CE/2022/21, que , tendo em conta as Regras de Conduta Ética e de Boas Práticas e as determinações da Declaração de Helsínquia.

Foi efetuada também uma reunião informal com os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação da UCC, na qual expus o pretendido com este projeto, no intuito de aferir as estratégias de recolhas de dados, nomeadamente quanto ao processo de seleção dos participantes, de modo a não perturbar a dinâmica da equipa e o funcionamento da UCC, bem como levantamento das necessidades da UCC em termos formativos.

Depois de identificada a amostra, a investigadora tomou contato com os participantes, foi apresentado o projeto aos cuidadores informais da amostra identificada, e após estes, terem aceitado participar no estudo, foi iniciada a investigação-ação, que decorreu durante as visitas domiciliárias aos doentes internados em UCC, juntamente com o Enfermeiro Especialista que a realizava. Durante esse período de visita domiciliária, a investigadora observou e registou todos os movimentos associados aos cuidados, realizados pelos cuidadores de modo a compreender as fragilidades dos C.I's no autocuidado transferir-se, na prevenção de lesões músculo-esqueléticas e estabeleceu empatia para a fase seguinte do estudo.

Numa segunda fase do estudo, depois de já ter algum contato com os cuidadores e reconhecer algumas fragilidades do seu cuidado, procedeu-se á entrevista semi-estruturada do cuidador (apêndice 6) e a aplicação do questionário sociodemográfico ao cuidador, utilizando o momento da visita domiciliária para cuidados á pessoa dependente e utilizando sempre uma sala afastada da mesma, para não causar constrangimento de ambas as partes. Os intervenientes foram convidados á participação no estudo de forma voluntária e sujeita a um consentimento informado escrito (anexo 5) e assinado pelo próprio e pelo investigador, realizado em duplicado.

Com o recurso à entrevista dirigida para a recolha de dados, análise, interpretação dos mesmos, observação direta dos cuidados com recurso a uma grelha de observação, bem como uma ação de formação no intuito da melhoria nos cuidados fornecendo um manual dos cuidados para o cuidador informal, formulado no âmbito deste projeto de investigação, ressaltou-se desde cedo, que, pelas características deste estudo, no que diz respeito ao direito e proteção contra o desconforto e o prejuízo, se previam riscos mínimos e temporários relacionados com o consumo de tempo e de fadiga do cuidador, inerente à maioria dos estudos de investigação, mas que têm de ser contrapostos com os potenciais benefícios, que neste estudo se espera que contribuam para a qualidade dos cuidados prestados à pessoas dependente no domicílio, minimizando os riscos de lesões para o utente e para o seu cuidador.

Em seguida será mostrada uma tabela na qual se mostram os momentos em que foram realizados todos os passos acima referidos.

Tabela II: Cronograma das etapas do projeto

Data	Atividades realizadas
14/10 18/10 20/10	Conhecimento dos utentes da UCC e pré-seleção de possíveis participantes.
25/10	Reunião informal com EER na UCC e seleção de possíveis participantes atendendo os critérios de inclusão e de exclusão.
03/11 05/11 08/11	Visitação e apresentação do projeto aos cuidadores e pedido de autorização para a sua participação.
11/11 a 10/02	Vários momentos de observação e formação informal no domicílio. Recolha de dados.
16/02	Ação de formação na UCC com a participação dos cuidadores e EER da UCC. Apresentação do Manual do Cuidador e do panfleto.
18/02 a 08/03	Observação e avaliação em grelha de follow up.

3.4 INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

Atendendo a que as atividades de autocuidado reúnem normalmente as atividades básicas de vida diária, as atividades instrumentais da vida diária e as atividades avançadas da vida diária (Silva, 2011), tarefas como higiene pessoal, tomar banho, vestir-se, usar o sanitário, mobilidade, transferir-se, controlar os esfíncteres ou comer e beber constituem as atividades básicas da vida diária. As atividades instrumentais da vida diária prendem-se com o uso do telefone, fazer compras, gerir o dinheiro, gerir a medicação, utilizar meios de transporte, realização de tarefas domésticas, preparação de refeições, tomar a medicação e atividades de caráter lúdico. As atividades avançadas de vida diária incluem atividades de interação e participação social, trabalhar ou praticar exercício físico (Blair, 1999; Botelho, 2005; Caldas, 2003; Drageset, 2004; Hoogerduijn, et al., 2006; OMS, 2002).

Existem, por isso, atualmente, inúmeros instrumentos cujo objetivo é a mensuração do autocuidado. Doran (2003) apresenta uma vasta lista de instrumentos na qual se incluem, entre outros, o Índice de Katz (1963), a Escala de Lawton e Brady (1969) para o demonstrar (Paixão, et al., 2005; Araújo, et al., 2007).

Escala como a de Morse, de Braden e de Barthel são escalas que permitem ao investigador aferir a dependência do doente, no caso deste estudo ainda que recorrendo às escalas de Morse e de Braden já avaliadas no processo do utente na UCC pois estas mostram o risco de queda (escala de Morse) e de desenvolver úlcera de pressão (escala de Braden), importantes para reconhecer o tipo de doentes presentes na UCC e posteriormente ressaltar em ação de formação, foi utilizada a Escala de Barthel, para a inclusão no estudo dos participantes. Esta escala permite ao investigador medir a incapacidade funcional da pessoa dependente, na realização de tarefas da sua vida diária. Esta escala varia entre os valores:

- <55 - INCAPACIDADE TOTAL /DEPÊNDENCIA GRAVE
- >55 <90 -DEPENDENCIA MODERADA
- >90 – INDEPENDENTE / DEPENDÊNCIA LIGEIRA

Foi também utilizada a Escala de Zarit (validada em 2019) para avaliar a sobrecarga dos cuidadores de idosos, no caso deste estudo, extrapolado para a pessoa dependente no domicílio. Esta escala não foi realizada na presença do dependente para não incutir a necessidade de ser politicamente correto e assim, levar a uma maior fiabilidade das respostas dadas pelo cuidador, pois uma vez que as pessoas dependentes se encontravam conscientes do seu estado de saúde e uma vez que a escala de Zarit estuda as necessidades do cuidador, os seus sentimentos em relação à pessoa cuidada e é também um instrumento que mede o nível de consciência e percepção dos cuidadores em relação às áreas de sua vida afetadas pelo trabalho que desenvolvem como cuidadores, o fato de estarem na presença da pessoa cuidada, poderia levar a respostas não sinceras, o que não acontece quando a escala é aplicada num ambiente longe dos olhares e dos ouvidos da pessoa cuidada, pois não existe risco do julgamento por parte das pessoas cuidadas.

A cada resposta o cuidador indica o que sente em relação ao que foi perguntado (nunca, raramente, algumas vezes, frequentemente ou sempre), não existindo por isso, respostas certas ou erradas. O stress dos cuidadores é indicado por altos scores finais na avaliação da escala.

Esta escala foi utilizada no intuito de compreender quais os maiores causadores de stress no cuidador que o impediam de vivenciar esta sua função de forma mais tranquila e sem a pressão de não saber se estava a realiza-la de forma correta.

Outros instrumentos de recolha de dados utilizados foram: a entrevista semi-estruturada, a observação direta com recurso a uma grelha de avaliação e os questionários sociodemográficos quer do CI, quer da pessoa dependente.

Estes instrumentos possibilitam a descoberta de fragilidades nos cuidados à pessoa dependente por parte do cuidador informal.

A consistência deste estudo foi alcançada por meio da descrição das características dos participantes, do processo de seleção e da descrição das etapas e resultados da pesquisa.

3.4.1 O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DO GUIÃO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Guerra (2010) referiu que na elaboração de um guião de entrevista “a questão mais importante é a clarificação dos objetivos e dimensões de análise que a entrevista comporta”.

A nossa entrevista foi elaborada tendo por base os seguintes objetivos:

- Proceder a uma caracterização individual do CI e da pessoa dependente a seu cargo;
- Identificar se os CI's possuem formação na área do cuidado à pessoa dependente;
- Compreender se os CI's entendem que a formação é útil;
- Perceber como os entrevistados encaram o executar das suas tarefas;
- Perceber se a forma como o cuidador vê o seu dependente, influência o seu cuidado;
- Identificar situações de relação entre cuidar de pessoas dependentes e pensamento sobre o próprio futuro;
- Identificar dificuldades vividas pelos cuidadores no exercício desta tarefa;

O guião de entrevista foi assim composto por três partes: a primeira parte de caracterização sociodemográfica individual do CI, com a resposta aos aspetos – sexo, idade, estado civil, escolaridade, tempo a exercer a função de cuidador. A segunda parte de caracterização sociodemográfica da pessoa dependente com a resposta aos aspetos – sexo, idade, estado civil, escolaridade, tempo de dependência. A terceira parte, caracterizada por um grupo de questões que pretendem dar resposta a cinco categorias: formação, tarefas, cuidado à pessoa dependente, dificuldades sentidas e satisfação no seu desempenho. O guião da entrevista foi validado através de reuniões com o orientador do estágio de natureza profissional e a orientadora do trabalho de investigação, tendo sido reformulado conforme as sugestões dadas. O mesmo foi igualmente apresentado ao diretor executivo da UCC, ao Diretor Executivo

do ACESS e entregue para apreciação no processo de autorização da realização do estudo à Comissão de Ética da ARS Norte.

3.4.2 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Para a realização deste estudo/projeto de investigação, foi ser solicitado um parecer da Comissão de Ética da ARSNorte ao qual pertence a ECCI na qual se realizará o estudo, foi igualmente pedido autorização para a realização do estudo ao Diretor executivo do ACES ao qual pertence a ECCI bem como um pedido de autorização para a aplicação do projeto ao coordenador da UCC. Os questionários a aplicar, serão realizados pela mestranda aos cuidadores informais pessoalmente, acautelando todos os princípios éticos de confidencialidade, anonimato e proteção de dados, presentes na declaração de Helsinquia.

Serão ainda assegurados todos os direitos de liberdade dos cuidadores informais e de seus dependentes no que concerne á liberdade de escolher participar no estudo bem como á sua recusa de participar no mesmo bem como na ação de formação. Para tal será solicitado o preenchimento de um consentimento informado após a explicação de todos os objetivos e pressupostos do estudo em questão. Deste consentimento constará a declaração por escrito da decisão voluntária de participação e utilização dos dados recolhidos no estudo, bem como a possibilidade de recusa ou desistência em qualquer fase do estudo, da sua participação e será realizado em duplicado, assinado pelo investigador e pelo participante, ficando um exemplar com o participante.

3.4.3 A ENTREVISTA

Concluído o processo de construção do guião de entrevista (apêndice 10) e após dada a permissão através da assinatura do parecer favorável do diretor executivo da UCC, a assinatura do parecer favorável do Diretor Executivo do ACESS e da validação da autorização para a realização do estudo por parte da Comissão de Ética da ARS Norte, as entrevistas foram realizadas

nos domicílios dos CI's, durante as visitas domiciliárias, sempre numa sala fora da presença da pessoa dependente.

Os CI's foram informados de forma mais clara possível, quais os objetivos do estudo e também dos seus direitos e privacidade presentes no termo de consentimento livre e esclarecido (anexo 5) que leram e assinaram. A questão da gravação das entrevistas em áudio também não foi esquecida, estando mencionada no termo a sua permissão. Ao longo da entrevista semi-estruturada, a questão de influenciar respostas foi tida em preocupação, deixando o CI falar, não o interrompendo promovendo uma escuta ativa. Após as entrevistas e feita uma breve na análise das respostas pode-se concluir que as questões referentes á satisfação do CI em desenvolver esta tarefa de cuidar, apresentam um carácter um pouco limitativo, sendo este um aspeto negativo identificado. Uma das dificuldades com que nos deparámos prendeu-se com o facto de evitar expressar opiniões e experiências sobre o assunto, mesmo quando as mesmas iam de encontro ao referido pelo CI (o que poderia influenciar respostas). Porém, essa dificuldade foi ultrapassada. A reformulação de algumas questões assim como a alteração da ordem prevista no guião foi recorrente ao longo das entrevistas, tendo assim presente uma escuta ativa.

Pode concluir-se que as entrevistas decorreram como o previsto, sendo que quanto à duração, a maior foi de 00:45:01 minutos e a de menor duração 00:15:40 minutos, tendo-se procedido à transcrição na íntegra das mesmas, dando um total de 283:47 minutos.

3.5 TRATAMENTO DE DADOS

O principal objetivo da análise de conteúdo consiste na transformação de todo o material recolhido e consequentemente a disposição dessa informação em categorias analíticas determinadas á priori e á posteriori (Fialho et.al., 2004).

A análise dos dados foi realizada através da análise dos dados recolhidos no registo em grelha de observação antes e após a ação de formação

no que diz respeito ao autocuidado transferir-se das pessoas dependentes. Dessa forma compreendemos os ganhos obtidos com a mesma.

A análise de conteúdo como técnica de tratamento de dados escolhida baseou-se em Bardin (2011) e tem como objetivo principal a exploração visando a descoberta, sendo a sua finalidade a inferência que permite a passagem da descrição à interpretação, enquanto atribuição de sentido.

Relativamente ao conteúdo das entrevistas, recolhido o material em bruto dos discursos dos participantes, procedi a uma leitura “flutuante” de cada entrevista de forma a retirar as primeiras impressões do seu conteúdo, constituindo assim a fase de pré-análise. Em seguida, na fase da exploração do material, procedi a sucessivas leituras das entrevistas, com o intuito de retirar algumas áreas, sentimentos e dificuldades comuns às várias entrevistas. As categorias são um meio de classificar os dados descritivos que se recolhem, de forma que o material contido num determinado tópico possa ser facilmente separado dos outros todos.

De acordo com Bardin (2011) para se proceder à análise de conteúdo existe um conjunto mínimo de operações a ter em conta: delimitação dos objetivos e definição de um quadro teórico de referência; constituição de um corpus de análise; definição de categorias e definição de unidades de análise. Em relação aos objetivos e quadro teórico de referência, o carácter exploratório e descritivo da análise centrou-se no objetivo central da entrevista semiestruturada que consiste em explorar e descrever os conhecimentos do cuidador informal face à capacitação do cuidador informal da pessoa dependente no domicílio no autocuidado transferir-se, e explorar e descrever a perceção de sobrecarga resultante de cuidar de pessoas dependentes no domicílio.

Neste estudo, o critério utilizado foi o de categorização temática como unidade de registo, que consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja presença ou frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido. O tema enquanto unidade de registo corresponde a uma regra de recorte que não é fornecida uma vez por todas, visto que o recorte depende do nível de análise e não de manifestações formais reguladas. O tema é geralmente usado como unidade de

registo para estudar motivações de opiniões, de atitudes, de valores, de crenças. As respostas a questões abertas são frequentemente analisadas tendo o tema por base (Bardin, 2011).

Desta forma, constituindo o tema a unidade base, selecionou-se o parágrafo como unidade de contexto. O critério de categorização adotado nesta análise foi o de categorização temática. Desta forma, todos os indicadores relativos ao mesmo tema foram sendo comparados e reagrupados de acordo com as suas características, na categoria correspondente. Em função dos objetivos do estudo e do caráter exploratório da análise, recorreu-se a categorias tipo. Das questões da entrevista semiestruturada, considerou-se a existência de sete categorias-tipo, ou seja, categorias de análise definidas à priori, sendo, portanto, apelidadas de origem teórica (Bardin, 2011), em que a resposta é orientada para aquele pressuposto, sendo estabelecidas a partir das questões da entrevista.

Para Bardin (2011) a apresentação dos resultados pode ser feita através da utilização de quadros, diagramas, figuras ou modelos que permitem condensar e pôr em relevo as informações fornecidas pela análise. Podem ainda ser expostos dados estatísticos de forma simples ou mais complexa de forma a expor resultados da análise. O próximo capítulo explana a descrição da análise dos resultados dos dados qualitativos, bem como a referência das categorias tipo e da categoria emergente resultantes da aplicação dos procedimentos analíticos do corpus de análise da entrevista semiestruturada (Bardin, 2011).

3.6 PLANEAMENTO DA INTERVENÇÃO AOS CUIDADORES INFORMAIS

Primeiramente foi realizada a observação direta com recurso ao preenchimento de uma grelha de avaliação inicial (Tabela II). Após a recolha e análise dos dados quer da grelha de avaliação, quer das entrevistas, e para desenvolver esta Investigação-ação foi necessário estruturar e planificar a intervenção.

Foram realizadas várias ações de formação informais em contexto domiciliário para facilitar a adesão dos cuidadores á formação, uma vez que estes no seu domicílio, reconhecem as suas fragilidades e permite ao investigador se adaptar aos materiais e aos handicaps presentes de forma individual, mas que foi culminada com uma ação de formação formal, em sala, na UCC, na qual foi compilado todas as necessidades dos cuidadores, permitindo esclarecer novas dúvidas e perceber que as dúvidas de uns, são muitas vezes as dúvidas de todos.

Posteriormente foram realizadas novas observações diretas no domicílio para realizar o teste de follow up (Tabela VII) e posterior avaliação da ação formal de formação.

Estes pontos foram apresentados aos participantes quer no início do estudo e ao longo deste. O teste de follow up inicialmente planeado (seria realizado por escrito), foi abandonado pois nem todos os participantes sabiam ler e escrever o que não seria justo/correta para a avaliação, foi por isso adotada a observação direta após as ações de formação formais e informais mais á frente mostradas e explicadas, tornando-se esta observação final o teste de follow up.

Tabela III – GRELHA DE AVALIAÇÃO INICIAL

GRELHA DE OBSERVAÇÃO INICIAL										
CUIDADORES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Providencia material para junto da pessoa dependente.	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
2. Aproxima a pessoa dependente da margem do leito.	N	S	N	N	N	S	S	S	N	S
3. Mobiliza a pessoa usando movimentos firmes e suaves para que esta se sinta segura.	S	S	N	S	N	N	N	S	S	S
4. Executa o levante da cabeceira da cama até 90º, quando possível com cama articulada.	S	N	N	N	S	N	S	N	S	S
5. Executa a rotação dos membros inferiores para fora da cama e ao mesmo tempo auxilia a elevação do tronco verticalizando-o.	S	N	N	N	N	S	N	N	N	S
6. Coloca a pessoa dependente sentada na cama com os membros inferiores pendentes e a apoia-os posteriormente, aguardando a estabilidade ortostática da pessoa.	N	N	N	N	N	S	N	S	N	S
7. Observa alterações faciais da pessoa dependente e age em conformidade.	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N

8. Trava sempre as rodas do equipamento utilizado, cama articulada e cadeira de rodas.	S	N	N	S	N	N	S	N	S	S
9. Aplica a tábua de transferência ou de deslize, quando a pessoa dependente não pode assumir a posição de pé.	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
10. Aplica um cinto para facilitar a transferência, quando a pessoa dependente é obesa e/ou colabora pouco.	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
11. Instala a cama e cadeira de rodas no mesmo plano, quando possível.	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
12. Remove o braço da cadeira de rodas do lado da cama.	N	N	S	N	S	N	S	N	N	S
13. Remove ou afasta os pedais da cadeira de rodas, evitando assim acidentes.	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
14. Posiciona-se à frente da cadeira, voltado para a pessoa, rodando-a ou ajudando-a a rodar os membros inferiores para fora da cama.	S	N	N	N	S	N	N	S	N	S
15. Vira ou assiste a pessoa a virar-se para o lado do cuidador, de modo que possa elevar o tronco, apoiando-se no cotovelo, se possível, para assumir a posição de sentado na cama com os pés pendentes	N	S	N	S	N	S	N	S	N	S
16. Assiste a pessoa a deslizar no bordo da cama, segurando-o pela cintura, até apoiar os pés no chão	S	N	N	S	S	N	S	N	S	S
17. Estabiliza os joelhos da pessoa, com os joelhos do cuidador.	S	S	N	S	N	S	N	N	N	S
18. Vira ou assiste a pessoa a virar-se segurando-a pela cintura, até ficar enquadrado com a cadeira de rodas e com a região poplíteica encostada ao assento	N	N	N	N	S	N	N	N	N	S
19. Assiste a pessoa a fletir o tronco e joelhos, suave e progressivamente, acompanhando com os seus joelhos, até ficar sentado.	S	S	N	N	S	N	S	N	N	S
20. Instala os pedais da cadeira de rodas (quando aplicável) em posição de apoio, ajustando-os a pessoa dependente (flexão 90° coxo-femural e do joelho)	N	N	S	N	N	S	N	S	N	S
21. Verifica o alinhamento corporal, segundo o eixo sagital, observando-o de frente.	N	N	N	S	N	S	N	S	N	N
22. Executa a transferência, evitando movimentos de torção e flexão do tronco, usando a mecânica corporal, para prevenir lesões musculoesqueléticas do cuidador.	S	N	S	S	N	S	N	N	N	S
23. Posiciona-se à frente da pessoa dependente colocando as mãos sob as axilas e os	N	S	N	S	N	S	N	S	N	S

joelhos justapostos.										
24. Assiste a pessoa dependente a fletir o tronco, seguido da sua extensão e fazer carga nos pés com extensão suave e progressiva dos joelhos, acompanhando com os seus joelhos, até ficar em pé.	N	S	N	S	N	S	N	S	N	S
25. Vira ou assiste a pessoa dependente a virar-se segurando-a pela cintura, até ficar enquadrado com a cama e com a região poplíteica encostada à cama e estabiliza os joelhos da pessoa dependente com os seus joelhos, se necessário.	N	N	S	N	N	S	N	S	N	S
26. Assiste a pessoa dependente a elevar-se e sentar-se no bordo da cama, segurando-a pela cintura com ajuda do cinto, se necessário.	S	N	S	N	S	N	S	S	N	S
27. Assiste a pessoa dependente a deitar-se apoiando-se no cotovelo do lado da cabeceira da cama.	N	S	S	N	N	S	S	S	N	S
28. Posiciona ou assiste a pessoa a posicionar-se, verifica o alinhamento corporal, segundo o eixo sagital, observando-o dos pés da cama.	N	S	N	N	N	S	N	N	N	S
29. Coloca as almofadas na posição correta para otimizar o posicionamento.	S	S	N	S	N	S	S	S	N	N

Durante esta formação informal foram registados pontos de interesse para o melhoramento da capacidade de posicionar o doente por parte do cuidador, bem como informados sobre as ajudas técnicas necessárias e facilitadoras, para a sua realização. Efetuados treinos de posicionamentos e técnicas de levantar com segurança tanto para o cuidador como para a pessoa dependente.

Sabendo o quão importante é o posicionamento correto do cuidador para evitar lesões músculo-esqueléticas, foram utilizados os mesmos dias em que foram realizadas as ações de formação acerca dos posicionamentos da pessoa dependente para informalmente corrigir a postura dos cuidadores e realizar formação acerca das posturas a adotar perante a pessoa dependente de modo a minimizar riscos de lesões músculo-esqueléticas nos cuidadores e na pessoa dependente.

A segurança da pessoa dependente é de extrema importância na hora de realizar o levante, para aumentar os níveis de confiança quer da pessoa cuidada, quer do seu cuidador, minimizando o risco de queda e lesões na pessoa dependente bem como no seu cuidador, para tal é necessário reforçar as medidas de segurança como apoiar bem os pés no chão, sentar na cama bem apoiado e aguardar a estabilização ortostática da pessoa dependente.

A segurança do material utilizado, é também muito importante para a realização de um levante, minimizando o risco de queda e de lesões na pessoa dependente e no cuidador. A utilização correta e segura da cadeira de rodas, deixando-a travada junto da cama, colocar os patins corretamente quando o doente já se encontra sentado na cadeira e a sua remoção bem como a remoção do braço lateral da cadeira, são fundamentais para uma transferência correta, minimizando o risco de queda ou traumatismo da pessoa dependente, tornando a transferência cómoda e segura.

A utilização de mesas de apoio, para potenciar a autonomia da pessoa dependente durante a refeição e estimular a sua cognição, são também preciosas para manter uma postura o mais correta possível da pessoa dependente e também minimiza o risco de queda da mesma.

CAPÍTULO IV - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS DAS ENTREVISTAS

Este capítulo reporta à apresentação dos dados resultantes dos objetivos da investigação, obtidos através da análise de conteúdo das entrevistas realizadas a 10 cuidadores informais de pessoas dependentes no domicílio, que fez sobressair quatro áreas temáticas inventariadas por categorias e subcategorias, estas últimas corroboradas pelas unidades de contexto retiradas das entrevistas realizadas.

4.1 PERFIL DAS PESSOAS DEPENDENTES EM CONTEXTO DOMICILIÁRIO.

Relativamente ao perfil sociodemográfico da pessoa dependente no domicílio, verificamos no nosso estudo que a idade das pessoas dependentes no domicílio estudadas varia entre os 55 anos e os 94 anos, sendo a média 81,5 anos. Como se pode verificar na tabela seguinte, onde se apresenta a compilação dos dados retirados dos questionários sociodemográficos das pessoas dependentes no domicílio estudadas.

Tabela IV – Caracterização individual do grupo de pessoas dependentes no domicílio

PD	Idade (anos)	sexo	Estado civil	Escolaridade/ Situação de trabalho	Grau de parentesco do CI
PD1	61	M	casado	Primária/ baixa médica	Esposa
PD2	86	F	casada	Analfabeta/aposentada	Filha
PD3	90	F	viúva	Analfabeta/aposentada	Filha
PD4	55	M	solteiro	Analfabeto/aposentado	Irmã
PD5	86	M	casado	Analfabeta/aposentada	Filha
PD6	94	F	casada	Analfabeta/aposentada	Filha
PD7	89	F	viúva	Analfabeta/aposentada	Filha
PD8	79	F	casada	Primária/aposentada	Esposa
PD9	88	F	casada	Analfabeta/aposentada	Filha
PD 10	87	F	casada	Analfabeta/aposentada	Filha

Segundo a Organização para a cooperação e Desenvolvimento Económico [OCDE] (2017), este intervalo de idades, poderá ser maior, numa realidade à escala nacional, atendendo a que existirão fatores ambientais que podem levar a uma maior dependência em pessoas jovens, por exemplo vítimas de acidentes graves de trabalho, acidentes rodoviários, em crianças com paralisias cerebrais ou doenças degenerativas que as tornem dependentes alargando esta faixa etária, não se podendo por isso inferir que quanto maior for a idade maior será a dependência, estes fatos encontram-se descritos em vários estudos como os de Ribeiro et. al (2014) , Martins et al. (2014) e até mesmo em estudos mais recentes de Mingote et al. (2020).

Os resultados deste estudo mostram que a maioria das pessoas dependentes no domicílio são mulheres (70%), mas uma vez que a amostra é reduzida (N=10), não podemos inferir que maioritariamente as pessoas dependentes sejam do sexo feminino, mas atendendo aos mais recentes dados do INE e dos censos efetuados em Portugal para o distrito de Braga na Região Norte em 2021, para a faixa etária de >65 anos, o número de mulheres (101227) é superior ao número de Homens (92122) levando a que esta percentagem também se verifique no grau de dependência de pessoas em domicílio.

Segundo Ribeiro (2014), no seu estudo de caracterização da pessoa dependente no autocuidado, observado na região norte do país, também inferiu que a maioria das pessoas dependentes eram do sexo feminino, motivado pelo maior número de pessoas do sexo feminino em relação ao número de pessoas do sexo masculino por cada 100 habitantes maiores de 65 anos.

Em relação á escolaridade e á profissão, a maioria das pessoas dependentes 50% foram domésticas, sem escolaridade ou ensino primário incompleto, sabendo apenas assinar o nome, os restantes dividiram-se por outras profissões como a agricultura, e operários fabris que apenas completaram o ensino primário. Apenas uma pessoa nunca teve profissão devido á sua incapacidade, nunca trabalhou nem foi á escola, não sabendo ler, nem escrever e não assinava o nome, 90% das pessoas dependentes estudadas, estavam reformadas, apenas uma pessoa se encontrava em contexto de baixa médica. E em relação ao estado civil das pessoas dependentes, 20% são viúvas

(os), sendo que 70% ainda tinha cônjuge vivo e que em alguns casos auxiliava na prestação de cuidados, sendo que apenas 20% desses eram o cuidador principal e apenas uma pessoa era solteira. Estes dados são corroborados pelo estudo desenvolvido por Ribeiro e Pinto (2014) no qual constataram que as pessoas dependentes eram majoritariamente, casados ou viúvos, e tendo em conta a faixa etária na qual estão inseridos, encontrava-se a auferir de reforma.

4.2 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DO CUIDADOR INFORMAL

No nosso estudo, verifica-se que a mulher desempenha o grande papel de cuidadora, quer seja dos filhos, dos pais dependentes quer dos cônjuges quando também estes se tornam dependentes.

Num artigo de Silva, Ana Beatriz Batista da (2020), a mulher assume inúmeras funções sociais, sendo ainda considerada em termos culturais como a principal cuidadora, seja dos filhos, ou pais idosos. Aqui reflete-se essencialmente na mulher, principal cuidadora dos pais idosos, que não visa deixá-los entregues a terceiros. Esta situação, agregada ao desenvolvimento da atividade profissional, gera sentimentos de ambivalência, e fragilidade que conduzem a situações de stress, burnout, frustração ou mesmo depressão. Por tudo isto, o papel social da mulher, nas últimas décadas, tem-se vindo a modificar, quer pelo aumento da escolaridade, quer pela independência financeira e aspirações pessoais, mas em meios mais rurais, a figura feminina, continua a ser a principal responsável pelos cuidados familiares, predominando a velha lógica de Lage (2005) de que a cuidar é um domínio feminino.

No que diz respeito ao apoio prestado à pessoa dependente, neste estudo, comprova-se que a maioria recai no sexo feminino, nas filhas na totalidade e exclusividade do cuidado à pessoa dependente (90%). Destes cuidadores, 40%(n=4) tinham o apoio de pessoas externas à família para o auxílio nos cuidados de higiene, 30% (n=3) tinham a ajuda do marido/ genro para o auxílio nos cuidados de higiene e levantes para cadeirão, 20% (n=2) das cuidadoras tinham o auxílio do cônjuge da pessoa dependente para a prestação de cuidados e apenas 10% dos cuidadores (n=1) era irmã da pessoa dependente.

Estes dados vão de encontro aos estudos de Mingote et al (2020) e de Pérez-Cruz et al., (2016) no qual a tarefa de cuidar ainda é uma tarefa tendencialmente feminina.

Quanto á idade dos CI's, esta varia entre os 49 anos e os 76 anos de idade com uma média de 59 anos, sendo a faixa etária mais representativa entre os 49 e os 61 anos de idade, dados estes que se distanciam dos estudos de Mingote et al. (2020), no qual a faixa etária de cuidadores mais representativa se situa numa idade entre os 70 e os 79 anos. Este fato pode ser explicado tanto pela regionalidade como também pela pressão social exercida nas mulheres, nos centros mais rurais e nos quais a obrigação de cuidar além de tarefa feminina, também o é da família mais chegada. Outro fato que leva a este acontecimento são a escolaridade dos CI's, que neste estudo se evidenciam as baixas habilitações literárias da maioria dos CI's (50%), apenas cumpriu o ensino preparatório, apenas 20% das CI's concluíram o ensino superior e 20% apenas frequentou ou terminou o ensino primário. Os estudos como os de Petronilho, Pereira & Silva (2014) corroboram a ideia de que a baixa escolaridade é predominante nos CI's, sendo que o nível superior de escolaridade como a licenciatura é sempre o menos representativo nas pessoas que desenvolvem a atividade de CI's.

Quanto ao trabalho/ Profissão, verifica-se que 40% dos CI's encontra-se numa situação de reforma que lhes permite cuidar do seu dependente, mas também o assume como uma imposição uma vez que veem o papel de cuidador como uma obrigação ou dever. Vários estudos mostram que a situação de desemprego é uma fatalidade que leva a assumirem o cuidado do seu dependente (Costa et al., 2013; Castro et al., 2013, Mingote et al.,2021), neste estudo 30% das CI's encontra-se desempregada, 20% ainda desenvolve a sua atividade laboral parcialmente e 10% encontra-se de baixa médica.

Na tabela seguinte, mostramos a caracterização individual do grupo de Cuidadores Informais estudados e que corroboram os estudos acima referenciados.

Tabela V – Caracterização individual do grupo de Cuidadores Informais estudados.

CI's	idade	sexo	escolaridade	Estado civil	Situação de trabalho	Parentesco com o dependente	Tempo como cuidador
CI1	59	F	Ensino primário	casada	desemprego	Esposa	6 meses
CI2	50	F	Ensino preparatório	divorciada	desemprego	Filha	6 anos
CI3	54	F	Ensino preparatório	casada	desemprego	Filha	9 anos
CI4	76	F	analfabeta	solteira	Doméstica	Irmã	4 anos
CI5	65	F	Ensino primário	casada	aposentada	Filha	2 anos
CI6	69	F	Ensino superior	casada	aposentada	Filha	20 anos
CI7	62	F	Ensino preparatório	casada	aposentada	Filha	3 anos
CI8	50	F	Apenas sabe escrever o nome	União de fato	desemprego	Esposa	1 ano
CI9	60	F	Ensino superior	casada	Baixa médica	Filha	3 meses
CI10	49	F	Ensino preparatório	casada	Empresária no ativo	Filha	1 ano

O número de anos que o CI assume este papel, neste estudo, varia de 3 meses a 20 anos e apenas duas cuidadoras já tinham experienciado a situação de cuidadora, ou seja 80% dos CI's eram cuidadores pela primeira vez ainda que desses, 75% sejam cuidadoras com mais de 1 ano de experiência, este fato leva a que tenham muitas dúvidas e incertezas no futuro do seu cuidando no que se refere ao desenvolvimento da sua dependência e necessidades acrescidas de cuidados, nomeadamente no autocuidado transferir-se, pois a cada dia que passa a imobilidade aumentando, leva a uma maior necessidade de adaptação por parte dos cuidadores e maior dispêndio de energia, força e

conhecimentos que muitos não possuem, daí a necessidade de cuidados extra família, nomeadamente por parte de apoio domiciliário de Enfermagem em específico de Enfermagem de reabilitação para contrariar estes efeitos.

No estudo de Mingote et al. (2021) este fato é muito sublinhado por parte dos cuidadores onde cerca de 66,7% dos CI's declaravam a necessidade de apoio de Enfermagem domiciliária para os seus cuidados, bem como apoio de visita domiciliária médica, apoio das instituições de apoio social, familiares e por fim, apenas 3% declaravam que necessitavam de apoio monetário, espelhando bem as reais necessidades dos cuidadores.

4.3 ÁREAS TEMÁTICAS, CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS

Após a transcrição das entrevistas, procedeu-se à categorização dos dados que seguidamente serão analisados tendo por base a análise de conteúdo. A construção das áreas temáticas baseou-se na estrutura do guião de entrevista. Para cada uma das categorias e subcategorias foram descritos os indicadores, sendo que estes foram baseados no conteúdo das questões, e identificadas as unidades de registo (trechos das entrevistas que realçam a existência do indicador em questão). As áreas temáticas, as categorias e subcategorias podem ser consultados na seguinte tabela:

Tabela VI- Áreas Temáticas, Categorias e Subcategorias

Área Temática	Categorias	Subcategorias
1.Conhecimentos do Cuidador Informal relacionados com a pessoa dependente	a) Défice de conhecimento do cuidador relacionado à situação do seu dependente;	- Alteração do estado corporal da pessoa dependente; - Grau de dependência; -Evolução da dependência da pessoa dependente.
	b) Utilização de recursos;	-Necessidade de formação, treino relacionado com o autocuidado transferir-se. - Falta de conhecimento relacionadas com as necessidades de

		mobilizações/autocuidado transferir-se;
	c) Condicionais pessoais e inibidores da transição/ Falta de conhecimentos;	- Falta de conhecimento relacionado com as complicações da imobilidade do seu dependente.
2. Prevenção das Lesões Músculo-esqueléticas no cuidador informal	a) Sensibilização para a prevenção das Lesões Músculo-esqueléticas no cuidador informal;	- Postura corporal adequada; - Mecânica corporal eficaz; - Atuação em caso de Lesões músculo-esqueléticas.
3. Mestria para a realização do cuidado à pessoa dependente	a) Capacidade para a realizar ações associadas ao autocuidado transferir-se;	- Posicionamento da pessoa dependente; - Realização dos levantes; - Atuação em caso de complicações da imobilidade; - Intervenção no caso de lesões da pele (ex: úlcera de pressão).
	b) Perceção do cuidador informal sobre a sua capacitação na prestação dos cuidados à pessoa dependente;	- Perceção do cuidador informal sobre a capacidade de realizar as mobilizações/ posicionamentos do seu dependente; - Perceção do cuidador informal sobre os posicionamentos/ mobilizações.
4. Sobrecarga do cuidador informal	a) Repercussões na qualidade de vida do cuidador informal;	- Alteração na perceção da sua Saúde; - Alteração da rotina familiar e social; - Alteração, perturbação do sono e medidas compensatórias;

A avaliação das entrevistas realizadas aos cuidadores tornou-se rica em conteúdo para a realização desta análise, pois permitiu reconhecer os défices

no conhecimento do cuidador perante o seu dependente e alterações físicas e de saúde que surgem numa situação de dependência e vulnerabilidade de saúde, como está explicito na tabela VIII.

Relativamente á primeira área temática o “Conhecimentos do Cuidador Informal relacionados com a pessoa dependente” emergiram da narrativa dos CI’s três categorias para análise.

- Défice de conhecimento do cuidador relacionado à situação do seu dependente;
- Utilização de recursos;
- Condicionais pessoais e inibidores da transição/ Falta de conhecimentos

Na categoria “Défice de conhecimento do cuidador informal relacionado com a situação do seu dependente” explora-se e descreve-se se os CI’s têm conhecimentos sobre as patologias do seu dependente, bem como sobre as alterações corporais da pessoa dependente, o grau de dependência e a evolução da mesma. Desta análise surgiram três subcategorias:

- Alteração do Estado Corporal da pessoa dependente,
- Grau de dependência;
- Evolução da dependência da pessoa dependente.

Na subcategoria: “Alteração do Estado Corporal da pessoa dependente”, verifica-se que a maioria dos CI’s descrevem as alterações físicas que surgem no seu dependente (n=5), ressaltando as alterações relacionadas com a debilidade física e a incapacidade de realizar tarefas simples como o pentear, apenas um CI faz menção da capacidade intelectual fragilizada do seu dependente tratando-o como um esquecimento;

“(…) está com as pernas fracas, não se quer levantar, coitadinho, custe-lhe a andar” E2.

“(…) ele até se cansa a comer” E2

“(…) já nem o pente leva á cabeça, já não tem força (…)” E1

“(...) antes até dava uns passitos, agora já não pode nem tem músculo para isso (suspira) E6

“(...) gostava de saiu e de ir á igreja, agora já não pode e nem sempre se lembra da igreja (com semblante triste, olha para o chão) E4

Na subcategoria seguinte, “Grau de dependência”, verifica-se que alguns dos CI’s (n=2) não compreendem o grau de dependência do seu dependente e optam pelo fazer pelo doente, ao invés de estimular a sua independência, como forma de compensação pelo seu desgaste físico e situação de vulnerabilidade;

“(...) ele coitadinho cansa-se a comer (suspiro), eu meto-lhe a comidinha (passa-lhe a mão pelo rosto e sorri para ele) E2.

“(...) ó senhora enfermeira, ontem depois de sair daqui ele não quis fazer mais nada, estava tão cansado que já nem o tirei mais do sofá(pausa), resmungou comigo e disse que não fazia mais nada, nem força teve para comer, está tão acabado (abana a cabeça em sinal de desapontamento) E10

Por fim, na subcategoria: “Evolução da dependência”, os CI’s (n=3), pela narrativa que desenvolvem, descrevem que a imobilidade e o não estímulo levam a um maior grau de dependência ao longo prazo do seu dependente, mas embora compreendam este fato, não têm autonomia para contrariar esta situação acabando por, inconscientemente promoverem a manutenção desta dependência;

“(...) eu sei que se não o levantar cada vez vai ser pior (limpa uma lágrima), depois nunca mais sai da cama” E1

“(...) está tão parada e fraquinha desde que veio do hospital desta vez... (chora)que já tem estas feridas tão grandes agora vai ser tão difícil, nem sei o que lhe faça” (...) E5

“(...) se ele não tiver coragem e paciência, eu já lhe disse que nunca mais vem andar comigo até lá fora como fazíamos antes de lhe dar isto (fala da doença)” E3.

Os conhecimentos dos CI's, pretende-se que sejam mais amplos no que se refere à formação e sua capacitação para o cuidado da pessoa dependente. Durante as entrevistas muitos foram os CI's que falaram da falta de formação nesta área pois desconhecem os recursos existentes na sociedade. Desta narrativa surgiu a categoria "Utilização de recursos", na qual procurou-se descrever se os CI's receberam ensinamentos ou foram treinados ou instruídos por algum profissional de saúde relativamente ao autocuidado transferir-se e prevenção das complicações da imobilidade, objetivando-se uma única subcategoria:

- Necessidade de formação, treino relacionado com o autocuidado transferir-se.

Nesta subcategoria, verificou-se que a maioria dos CI's (n=7) referem nunca terem sido ensinados por algum profissional de saúde relativamente ao autocuidado transferir-se nem mesmo quanto à prevenção das complicações da imobilidade, mas que sentem necessidade da mesma para desenvolver com maior autonomia este cuidado à pessoa dependente;

(...) "não, nunca tive, mas precisava(...)" E1, E2, E4, E5, E7, E8, E10.

No entanto alguns CI's (n=3), referem ter visto fazer no hospital ou a outros familiares e também copiam o que as assistentes que vão a casa realizar a higiene fazem.

"(...) Nunca me ensinaram, aprendi quando ia ao hospital e via a fazer a outras pessoas (...)" E3

(...) "Aprendi com vocês quando estiveram aqui da última vez que precisei de ajuda (...)" E6

(...) "Já tive outras pessoas acamadas na família e cuidei delas sempre, fui aprendendo a ver fazer outras pessoas" E9

No que se refere à categoria "Condicionalismos pessoais e inibidores da transição/ Falta de conhecimentos" surgiram duas subcategorias:

- Falta de conhecimento relacionados com as necessidades de mobilizações/ autocuidado transferir-se.

- Falta de conhecimento relacionadas com as complicações da imobilização.

Para Melleis (2012), a forma como lidamos com a transição é determinada pelo nível de preparação e pelo nível de conhecimento ou habilidades. Assim sendo, para lidar com novas situações ou desenvolver um novo papel na vida familiar de um cuidador, é necessário adquirir conhecimentos e desenvolver novas habilidades e consequentemente adquirir novas competências. Neste estudo, verifica-se que alguns dos cuidadores não se sentem preparados para mobilizar e transferir os seus dependentes sozinhos, embora o façam muitas vezes com receios e com pouca confiança na sua atuação, impondo condicionalismos na sua conduta de cuidado.

Em relação à subcategoria “Falta de conhecimento relacionado com as necessidades de mobilizações/ autocuidado transferir-se.”, alguns CI’s (n=4) referem ter receio de não saberem como fazer da forma mais correta todas as mobilizações, levantes e a prestação de cuidados em geral;

(...) “Nunca me ensinaram, não sei se faço bem (...)” E2; E5; E6; E8.

Mas reconhece-se pela narrativa, que embora não tenham sido formados para realizar este tipo de tarefas, a maioria dos CI’s (n=8), têm noções básicas acerca segurança e de conforto do doente, mas por vezes esquecem de o fazer por insegurança e nervosismo na realização destas tarefas.

(...)” ponho sempre as almofadas (...)” E1; E3; E5; E6; E7; E8; E9; E10.

“(...) travo a cama e a cadeira para levantar, mas às vezes, com a pressa esqueço de o fazer.” E1; E3; E5; E6; E7; E8; E9; E10

Já na subcategoria “Falta de conhecimento relacionadas com as complicações da imobilização, os CI’s (n=10) mostram algum conhecimento, mais empírico do que científico, mas desconhecem as grandes complicações das imobilizações, associando a imobilidade apenas, ao aparecimento de feridas/ úlceras por pressão, no entanto um CI, embora não reconhecendo a dispneia ou as infeções respiratórias como sendo provocadas pela imobilidade, refere que sente que o seu dependente respira mal quando permanece longos

períodos no leito associando o desconforto respiratório à imobilidade;

“(…) se ficar mesmo acamado, depois fica com chagas, não é? (…)”

E2“(…) ele quando fica mais na cama, fica com esta roufinheira” E4

“(…) São as feridas, não é? (…)” E1; E3; E5; E6; E7; E8; E9; E10

Com o decorrer da análise da entrevista ao cuidador, sobressai uma segunda área temática, “Prevenção das Lesões músculo-esqueléticas do cuidador informal”, na qual, e pela narrativa dos CI’s, ressalta a “categoria sensibilização para a prevenção das lesões músculo-esqueléticas no cuidador.”

Os CI’s (n=9), apresentam na sua narrativa a instalação de lesões músculo-esqueléticas, mas não referem cuidados para a sua prevenção, não associam a prática de exercício físico como forma de prevenção das suas lesões e muitos referem que não possuem tempo para tal. Referem sim, e observam-se posições viciosas e movimentos inadequados no cuidado ao dependente. Os CI’s, têm noção de que não realizam os movimentos de forma harmoniosa e que não cumprem com a ergonomia. Alguns CI’s (n=2) não possuem camas com alturas ajustáveis, dificultando a manutenção de posturas corretas durante a prestação de cuidados ao seu dependente.

Desta categoria ressaltam três subcategorias:

- Postura corporal adequada;
- Mecânica corporal eficaz;
- Atuação em caso de Lesões músculo-esqueléticas.

Na Subcategoria: "Postura corporal adequada", a maioria dos CI’s (n=8) possuem para os seu dependentes camas articuladas, com alturas ajustáveis que facilitam o posicionamento, mantendo a postura corporal, adequado. No entanto os CI’s realizam o levantar de modo vicioso ou administram a alimentação de uma forma incorreta, não se colocando numa posição confortável, pelas suas narrativas, entende-se que não compreendem a razão do seu desconforto.

“(…) Depois de lhe dar a comida, fico com dores nas costas (…)” E2

“(...) Ando com dores nas costas de o virar e levantar (...)” E7

“(...) a pegar nela, como tenho problemas nos ombros e da coluna, dói-me mais (...) E1

“(...) A cama é baixinha, derreio-me muito (...) E1, E10

Na continuidade da análise das entrevistas, compreende-se que a inexperiência de alguns cuidadores no que diz respeito à utilização da mecânica corporal como auxiliar facilitador do autocuidado e prevenção de lesões músculo-esqueléticas futuras. Surge assim a subcategoria: “Mecânica corporal eficaz”:

A totalidade dos CI's (n=10), nunca recebeu formação para realizar os autocuidados transferir, higiene, alimentar, nem mesmo acerca das posturas a adotar para os realizar, até à referência na UCC. Realizam empiricamente os movimentos ou replicam o que viram fazer quer em vizinhos ou até mesmo nas visitas hospitalares.

“(...) Nunca me ensinaram, aprendi quando ia ao hospital e via fazerem isto a outras pessoas.” E3;

“(...) já cuidei de muita gente na família, uma tia o meu pai coitadinho, fiz sempre assim (...) E7

A mesma inexperiência e desconhecimento, surge na subcategoria: “Atuação em caso de lesões músculo-esqueléticas”:

A totalidade dos CI's reconhecem, na sua narrativa a importância de saber utilizar bem o seu corpo para não desenvolverem lesões, no entanto desconhecem a ginástica laboral para a prevenção e alívio dos sintomas. Reconhecem que o modo de realizar os autocuidados desenvolvidos pelos Enfermeiros são mais harmoniosos e mais fáceis de executar com menos esforço.

“(...) Vocês fazem as coisas de maneira diferente, parecerem mais fáceis e nem custa nada, (...) a minha mãe até parece uma peninha.” E1

“(...) até parece fácil fazer as coisas como vocês fazem, mas depois nas nossas mãos é bem diferente (...)” E2, E5, E9

Com a evolução da análise do conteúdo da entrevista aos CI's, surge uma nova área temática, a "Mestria para a realização do cuidado", na qual se pretendeu descrever as capacidades que os cuidadores apresentam em relação ao cuidado da pessoa dependente relativamente aos posicionamentos, mobilizações e levantes, a deteção de sinais de alerta relacionados com as complicações da imobilidade e a intervenção dos CI's no caso do aparecimento das mesmas, bem como a intervenção dos CI's no que se refere á prevenção das quedas das pessoas dependentes. De acordo com Melleis (2012) a mestria é um indicador de resultados e consiste na combinação de capacidades desenvolvidas durante o processo de transição com capacidades presentes anteriormente.

Desta área temática, emergem duas categorias:

- Capacidade para realizar as ações associadas ao autocuidado transferir-se;
- Perceção do cuidador informal sobre a sua capacitação na prestação dos cuidados à pessoa dependente.

No que se refere à primeira categoria, Capacidade para realizar as ações associadas ao autocuidado transferir-se, surgem quatro subcategorias que a justificam:

- Posicionamento da pessoa dependente;
- Realização dos levantes;
- Atuação em caso de complicações da imobilidade;
- Intervenção no caso de lesões da pele (ex: úlcera de pressão).

Na subcategoria: "Posicionamento da pessoa dependente". a totalidade dos CI's (n=10) têm em atenção, o posicionamento correto para administrar a alimentação da pessoa dependente e referem a colocação das almofadas para o elevar e a colocação de almofadas nos pés para evitar o pé equino quando os dependentes estão no leito.

“(...) sento-o sempre, nem que seja na cama para o alimentar e fica assim depois mais ou menos meia hora (...) E2

“(...)Ó senhora enfermeira eu ponho sempre estas almofadinhas (aponta para elas) nas costas e joelhos e viro-a de 3 em 3 horas. Eu também não posso mais (...)” E5

“(...) de noite tenho de o virar que ele não faz nada sozinho na cama, mas as almofadas tira-as dos pés e não as quer (...) E10

“(...)Ponho sempre as almofadas e a segurar os pés para não ir para a frente (...) E1, E2, E5, E6

No que se refere à subcategoria: “Realização dos levantes”, a os CI’s (n=5) referem levante para cadeirão pelo menos às refeições.

“(...) Agora no frio que está, só a levanto para as refeições, mas come sempre no quarto, na mesinha e sentada na cadeira (aponta para o canto do quarto onde estão a cadeira e a mesa)” E1

“(...) Depois da higiene, as senhoras levantam-na para o cadeirão que tem rodinhas e vai assim para a cozinha até á tarde (...) E7

“(...) Tenho estado mal da minha depressão, mas aos domingos levanto-a com a ajuda dos meu mais velho (filho) e vai comer á mesa connosco e fica toda contente (...) E8

“(...) nem que não queira levanto-a da cama, dá uns passinhos na casa e só depois vai para o sofá, só lhe faz bem (...) E5, E10

No decorrer da narrativa dos CI’s compreende-se que em relação à subcategoria: “Sinais de complicações da imobilidade”, a totalidade dos CI’s elegem as úlceras de pressão como a principal complicação da imobilidade, mas um pequeno número de CI’s (n=2) referem que a dificuldade respiratória e a fraqueza muscular também poderão advir da imobilidade.

“(...) ele quando fica mais na cama, fica com esta roufinheira” E4;

“(...) quando veio do hospital, de estar lá sempre na cama, já trazia estas feridas (...)” E5, E9.

“(...) das chagas é que tenho medo (...) “(...) ele quando fica mais na cama, fica com esta roufinheira” E4

“(...) quando veio do hospital, de estar lá sempre na cama, já trazia estas feridas (...)” E5, E9

“(...) das chagas é que tenho medo (...) E1, E2, E3, E4, E7, E8, E10

Na sequência desta análise, surge a subcategoria “Intervenção no caso de lesões da pele”, na qual, a totalidade dos CI’s (n=10), têm noção da necessidade de cuidados de Enfermagem quando aparecem alterações cutâneas, mostram que compreendem a necessidade de um posicionamento otimizado, uma boa hidratação, a correta secagem da pele e de uma alimentação rica em proteína e variadas para a prevenção de U.P. No entanto têm noção de que muitas vezes não são suficientes todas estas medidas, frustrando-os.

“(...) Ó senhor enfermeiro, mesmo com todo o cuidado (pausa ao levantar a camisa de noite da mãe) ela está a ficar com este ossinho marcado (abana a cabeça com preocupação) (...) E1.

“(...) até já comprei os suplementos de que os senhores enfermeiros me falaram e o colchão da pressão alterna também já está encomendado, para ver se não piora e fica melhor (...) E1

“(...) ainda ontem vi esta bolinha no calcanhar, o que se pode fazer para não alastrar? (...)” E2

“(...) na sopa tenho-lhe posto um ovinho, para ver se ganha carne nas feridas, não faço mal, pois não? (...)” E5

“(...) Já vi estas feridas com melhor cara, não acha?” E5

“(...) se aparecer um vermelhão ou uma bolinha posso chamá-los não posso, ou tem de ser aos outros enfermeiros do posto médico? (...) E3, E4, E7, E8, E10

Outra preocupação expressa na narrativa destes CI’s, são as quedas, quer por conta da debilidade do doente, quer pela sua possível ação, por isso surge a subcategoria “Intervenção na prevenção da queda”, na qual, a totalidade dos CI’s (n=10), têm a noção de que a queda pode ser fatal para um idoso dependente ou aumentar o seu grau de dependência. Este fato levará a uma perda da qualidade de vida quer da pessoa dependente quer do seu CI e

intervêm por isso para evitar a queda, retirando tapetes do chão e colocando grades nas camas.

Mostram também receio de os deixar cair na hora do levantar, condicionalismo que leva a uma adesão mais fraca dos levantes quando estão sozinhos a cuidar.

“(…) Eu não a levanto mais vezes, porque como ela é pesada, tenho medo de a deixar cair (…) E7

“(…) na caminha, só com as grades levantadas, (…) ela perde a noção de noite e tenta levantar-se, como não tem força nas pernas cai, assim está mais protegida (…) E7

“(…)já não há tapetes para ninguém tropeçar (…)” E3, E4, E10

“(…)Tenho de ter olho nele, aventura-se e ainda me cai (…)” E10

Ainda dentro desta área temática, sobressai uma outra categoria, a “Perceção do cuidador informal sobre a sua capacitação na prestação dos cuidados à pessoa dependente”, na qual se pretende compreender, se os CI’s se sentem capazes de mobilizar e realizar os levantes do seu dependente e se têm a noção de o fazerem em segurança e o significado destas ações na sua perceção de cuidado.

Para Meleis (2012) os significados fazem parte das condições facilitadoras e inibidoras. O significado estabelece uma relação estreita com a perceção. Diz respeito ao valor, a importância de alguma coisa é construída a partir da interpretação que se faz da realidade e da experiência.

Distinguem-se por isso duas subcategorias:

- Perceção do cuidador informal sobre a capacidade de realizar as mobilizações/ posicionamentos do seu dependente;
- Perceção do cuidador informal sobre os posicionamentos/ mobilizações

Quanto à subcategoria “Perceção do CI sobre a capacidade de realizar as mobilizações/posicionamentos do seu dependente”, alguns cuidadores (n=5) relatam que não se sentem capazes de mobilizarem de forma segura o seu

dependente, um CI (n=1) refere que a ajuda dada quer por familiares quer pela ajuda externa da santa casa da misericórdia no apoio domiciliário, são fundamentais para o conforto do seu dependente e para o seu alívio como cuidador.

“(...) tenho medo de a magoar ao virar, ela geme muito (...) E5

“(...) tenho medo de a deixar cair, faz sempre força ao contrário (...) E1

“(...) as senhoras da higiene ajudam a levantá-la, depois peço ajuda á minha prima para a pôr na cama ou na cadeira higiénica, fico mais descansada assim (...) E9.

No que respeito diz à Subcategoria “Perceção do CI sobre os posicionamentos/mobilizações em segurança”, a maioria dos CI’s (n=6) descrevem a importância do mobiliário travado no momento dos levantes, mas durante a observação foi possível verificar que muitas vezes não reúnem o material necessário antes do levante, levando a uma possível quebra de segurança.

“(...) vejo sempre se tem as rodinhas travadas (...) E2, E3, E7, E8

“(...) encosto a cadeira á cama, assim pica travada” E2, E3, E4, E9

Por fim, na análise das entrevistas realizadas aos CI’s, emerge a área temática mais centrada no cuidador como individualidade e na sua fragilidade enquanto ser humano, a “Sobrecarga do Cuidador Informal”, na qual pretende-se explorar e descrever a perceção que os cuidadores informais têm sobre o seu bem-estar e a sua saúde, como também se a sua vida foi afetada pelo fato de cuidar de uma pessoa dependente

Desta área temática surge uma categoria:

- Repercussões na qualidade de vida do Cuidador Informal.

Na qual extraiu-se pela narrativa, três subcategorias:

- Alteração na perceção da sua Saúde;
- Alteração da rotina familiar e social;

- Alteração, perturbação do sono e medidas compensatórias;

Quanto à subcategoria “Perceção sobre a sua Saúde e do seu dependente”, excetuando uma cuidadora (n=1) que refere:

“(…) Nada me doi, estou bem se ele estiver bem (...) E7.

Todos os outros cuidadores (n=9) relatam mau estar, dores nas costas, ombros e ossos, bem como esgotamento psicológico e físico de cuidar de uma pessoa dependente todo o dia e noite.

“Estou esgotada (...) E1, E4, E5;

“(…)Sinto-me angustiada, cansada da cabeça (...) E6, E3;

“(…) Nada me doi, estou bem se ele estiver bem (...) E7.

Na subcategoria “Alteração da rotina familiar e social”, através dos relatos dos CI’s, constata-se que a rotina familiar foi alterada na totalidade dos participantes deste estudo. As atividades como idas às compras, realização de férias ou a participação em reuniões e festas da família, foram em muitos casos abandonadas ou restritas ao mínimo indispensável, pois o fato de terem de deixar o seu dependente sozinho em casa ou entregue à boa vontade de um vizinho se torna angustiante para o cuidador.

“(…) Ninguém me ajuda tenho irmãos na França e o que cá está nem ao funeral do pai veio, não lhe perdoo que eles o ajudaram muito e agora só eu posso cuidar (...). E4

“(…) até para ir às compras muitas vezes vou num pé e venho noutro, sempre com o coração nas mãos, não tenho quem tome conta dela.” E5;

“(…) No Natal ia sempre ao meu irmão, este ano fiquei aqui com os da casa, não a posso deixar” E8;

“Férias, não sei o que são á 20 anos, desde que acamou (...) E9

“(…) Até o meu mais novo (filho de 9 anos) tem de ajudar a cuidar da avó, ele é só uma criança mas tem de ajudar que sozinha não posso, os meus irmãos só vão vir ao funeral a ver se levam algum caco (chora).” E10

Uma outra subcategoria emerge na análise desta área temática, a “Alteração, perturbações do sono e medidas adaptativas”, pois todos os CI’s (n=10), relatam que o seu padrão normal de sono se encontra alterado pelo fato de necessitarem de mobilizar o seu dependente durante a noite, necessidades de trocas de fralda e cuidados de higiene e até mesmo preocupação com o padrão respiratório do seu dependente, causando-lhes desconforto.

“(…) Levanto-me sempre para o virar e mudar a fralda mais de 2 vezes na noite, depois custa a adormecer (…).” E2;

“Tenho dormido aqui no sofá perto dela, para se for preciso estar mais próxima, mas as costas, já se sabe (…).” E5;

“(…) venho vê-lo a miúdo porque ele respira mal (…).” E9.

Embora todos os CI’s reconheçam que necessitariam de algum auxílio medicamentoso para dormir, apenas alguns dos cuidadores (n=2) assumem a toma de ansiolíticos e antidepressivos diariamente.

“(…)Preciso de medicação, mas não tomo.” E1, E3, E4, E5.

“(…) Eu não tomo nada, tenho medo de que ela me chame ou precise de mim e eu não a oiço (…).” E2;

“(…) Tomo medicação e por isso tenho dormido aqui no sofá perto dela, para se for preciso estar mais próxima, mas as costas, já se sabe (…).” E5;

“(…) Se eu não tomar a medicação não ando bem, mas fico com medo (…).” E9.

CAPÍTULO V – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo serão discutidos e apresentados os resultados do estudo sobre a capacitação dos Cuidadores Informais de pessoas dependentes no domicílio, no autocuidado transferir-se.

Na medida em que á luz da evidência não se dispõe de muitos dados relativamente á capacitação dos cuidadores informais, uma vez que os estudos mais relevantes se focam mais na pessoa dependente e menos no cuidador e

por outro lado, estudos efetuados com o cuidador remetem para o seu estado de burnout e sobrecarga, promovendo a sua capacitação.

5.1 CONHECIMENTOS DOS CUIDADORES INFORMAIS RELACIONADOS COM AS COMPLICAÇÕES DA IMOBILIDADE

Os conhecimentos que os cuidadores informais têm sobre a prevenção das complicações da imobilidade, são fundamentais para assegurar qualidade de vida às pessoas dependentes. Da análise de conteúdo das narrativas dos cuidadores informais, conforme indicado no capítulo anterior, vão ser discutidas à luz da literatura existente e evidência empírica disponível.

No nosso estudo, verificou-se que os CI's têm algumas noções sobre imobilidade e suas complicações. A totalidade dos CI's descrevem o aparecimento de úlceras de pressão como uma das principais complicações da imobilidade das pessoas dependentes. Estes resultados vão de encontro ao estudo realizado por Sousa, Filomena (2019), no qual refere que a falta de conhecimento é o problema mais relatado e reconhecido pelos prestadores de cuidados e que esse reconhecimento lhes traz uma elevada sensação de impotência e um sentimento de culpa por incompetência, Sousa, Filomena (2019) refere ainda que a realidade do recrutamento de familiares ou pessoas significativas para cuidar de indivíduos doentes é cada vez maior e requer conhecimentos, habilidade e atitudes do cuidador familiar, que têm de ser ensinadas e treinadas pelos profissionais de saúde, nomeadamente a Enfermagem, no sentido da obtenção do melhor cuidado possível e da qualidade de vida de todos os intervenientes.

Por outro lado, os CI's desconhecem que, por exemplo, a imobilidade leva a casos complexos de obstipação, falta de apetite e perda gradual da musculatura, situações que os preocupa, mas que não associavam á imobilidade e que em alguns casos (30%), foram os responsáveis pela ida ao hospital ou de recurso a apoio médico ou de enfermagem. De acordo com Almeida (2012), na população idosa, a diminuição da capacidade funcional que envolve a redução dos níveis de força muscular, alterações da marcha e

alterações do equilíbrio. Segundo Winkelman (2009), o tempo de imobilidade é proporcional à atrofia muscular, verificando-se que períodos mais longos de repouso no leito estão associados a maior atrofia e disfunção muscular.

Outras das complicações que referem, embora em menor frequência são as doenças respiratórias, associam a dispneia por exemplo ao engasgamento e ao passar muito tempo deitado na cama, mas apenas uma pequena percentagem de 20% de CI's o vê como uma complicação, associam a uma consequência e não a algo resultante de uma má abordagem à pessoa dependente e que pode ser evitado se forem tomadas medidas preventivas.

Os resultados dos estudos de Lage (2007) e Araújo, Paúl & Martins (2009) e Sousa, Filomena (2019) corroboram a ideia de que o enfermeiro tem a responsabilidade de fomentar ensinamentos específicos e orientadores ao doente e cuidador informal, no sentido de garantirem o restabelecimento de condições de saúde do doente, ou, pelo menos, minimizar os efeitos decorrentes das situações. Lage (2007) considera, por isso, que o tempo e a continuidade dos cuidados constituem um objetivo terapêutico para que estes cuidadores possam desempenhar o seu papel com mestria e utilizar os recursos, desenvolvendo confiança e estratégias de coping para dominarem as situações.

Em Portugal, muitos dos estudos realizados sobre cuidadores informais destacam a necessidade de mais apoios dos serviços de saúde, a falta de formação e a carência de apoios sociais (Andrade, 2009; Pereira, 2011; Correia, 2012; Grácio, 2014; Sousa, 2019).

À luz da teoria das transições (2012), o cuidador informal sente-se envolvido a partir do momento em que se consciencializa dos cuidados a prestar neste novo papel. A consciencialização e o envolvimento estão, pois, interligados.

Na perspetiva de Brito (2012), a procura de informação, a preparação antecipada para lidar com o evento, o ajuste nas atividades da vida diária, e a adoção de novas formas de viver são fatores que se devem ter em conta para que o cuidador se sinta envolvido no processo de cuidar.

5.2 DIFICULDADES DOS CUIDADORES INFORMAIS NO QUE CONCERNE AOS POSICIONAMENTOS /MOBILIZAÇÕES

O Cuidador informal identifica a tarefa mais difícil de realizar como sendo os posicionamentos que estarão relacionadas com a parte física, pois sentem que não são suficientemente fortes para realizar a tarefa e muitos dos cuidadores já possuem lesões/patologias, que lhes limitam os movimentos. Também o aspeto pessoal do cuidador assim como de entendimento/relacionamento entre estes e a pessoa dependente dificultam este tipo de tarefas. Muitos são os cuidadores que afirmam que “(...) quando o mobilizo ele grita e isso incomoda-me, não sei se o estou a magoar (...)” E5, a sobrecarga e o medo é evidente nestes cuidadores.

Deste modo, no primeiro aspeto podemos recorrer a Vieira e colaboradores (2011) que afirmam que é a parte técnica do cuidado que ainda está presente no entendimento dos cuidadores, descurando outras de relevante importância uma vez que existe uma tendência para identificar como difíceis tarefas técnicas que têm claramente exigências físicas, como por exemplo posicionar acamados, entre outros.

Este foi um ponto tocado por alguns cuidadores, que afirmavam que se tivessem mais ajuda para a realização dos cuidados de higiene e nas mobilizações tolerariam muito melhor esta tarefa.

5.3 FRAGILIDADES E NECESSIDADES FORMATIVAS DOS CUIDADORES INFORMAIS

Este objetivo foi desde cedo muito valorizado, pelo contributo que futuramente pode ter, na criação de programas de reabilitação que visem o cuidador. Conhecer as fragilidades do cuidador no desempenho das suas funções, faz com que melhor se compreenda a necessidade de formação destas pessoas numa determinada área e de um modo geral se contribua para uma melhor qualidade de vida, quer dos cuidadores quer das pessoas dependentes.

Os cuidadores informais apresentam um conjunto de necessidades que interferem na prestação de cuidados a pessoas séniores (Alves et al., 2020;

Carvalho et al., 2019; ISS, I.P., 2005; Plöthner et al., 2019; Sequeira, 2010; Sousa et al., 2017). Plöthner et al. (2019) efetuaram uma revisão sistemática da literatura e identificaram as preferências e necessidades em relação à organização do cuidado informal. Os autores identificaram um conjunto de necessidades dos cuidadores informais de pessoas seniores que vão desde as necessidades informativas, apoio social, organizativas até ao reconhecimento social. Porém, estas preferências e necessidades decorrem não só das características das pessoas cuidadas (funcionalidade e comorbilidades), do tipo de relacionamento com o cuidador informal, mas também do tipo de sistema de bem-estar desenvolvido em cada país (Plöthner et al., 2019).

No estudo realizado, as necessidades formativas prendem-se com os posicionamentos e de um modo geral com a prevenção de lesões músculo-esqueléticas no cuidador.

Estas necessidades formativas estão bem presentes quando, em entrevista os cuidadores á pergunta “Teve algum tipo de formação para saber cuidar do seu familiar dependente?”, a resposta é um categórico “Não.”

5.4 AS DIFICULDADES DOS CUIDADORES INFORMAIS REFERENTES AOS POSICIONAMENTOS/MOBILIZAÇÕES, COMPORTAMENTOS E INTERVENÇÕES.

O cuidador está continuamente a aprender novos papéis, quer para fazer face a mudanças que ocorram no seu dependente, quer pela necessidade de prestar cuidados aos doentes em situações de dependência.

De acordo com a Teoria Social Cognitiva, a competência do cuidador consiste em dois elementos essenciais: a capacidade (habilidade prática) e a autoeficácia.

No que reporta aos resultados relativos aos comportamentos/intervenções provenientes da grelha de observação no autocuidado transferir-se anteriormente explanada, foram observados pelo investigador durante a visita domiciliária, constam os comportamentos relativos:

- ao posicionamento da pessoa dependente e do cuidador informal;
- à postura corporal adotada pelos CI's;
- à preparação do ambiente para a realização do levante da pessoa dependente e sua consequente transferência para a cadeira de rodas/cadeirão.

De ressaltar na grelha de observação, que 50% dos CI's inicialmente, não tinha em atenção ao posicionamento do doente na altura do levante, não fazendo a aproximação do doente no leito de forma suave mas precisa, não o colocando em posição de sentado com os pés corretamente assentes no chão e aguardando que o doente adquirisse a posição ortostática vigiando a sua facis, permitindo que o doente recuperasse de longos períodos de repouso na posição deitada e prevenindo complicações como as tonturas , a sudorese e/ou lipotimia. Estas foram técnicas trabalhadas e cujos resultados foram a consciencialização para a importância destes simples atos para promover a confiança da pessoa dependente e do CI no processo de transferência, bem como a diminuição de complicações decorrentes de um levante repentino.

O posicionamento em frente ao doente que deveria ser adotado pelo CI, também era descurado, promovendo posições viciosas que a longo prazo, culminam em lesões músculo-esqueléticas. O desconhecimento da mecânica corporal, também promovem este tipo de lesões, quando os cuidadores desconhecem a necessidade de usarem o poder de uma base alargada de sustentação para iniciar o levante da pessoa dependente, segurando-a pelo cóxas das calças e rodando-a firmemente até ser alcançado a cadeira encostando a região poplíteica do doente á mesma e suavemente senta-lo. Para facilitar a aprendizagem, foram visualizados vídeos ilustrativos de como realizar os levantes, os posicionamentos e um vídeo ilustrativo da mecânica corporal para visualmente ser mais acessível a sua compreensão, que posteriormente forma colocados na apresentação da formação formal (apêndice 6).

O uso de materiais de apoio como as tábuas de transferência (apêndice 3), cintos de transferência (apêndice 4) também eram inexistentes por falta de conhecimento dos CI's deste tipo de materiais. Após a elaboração deste tipo

de materiais por parte do investigador permitiu a tomada de conhecimento por parte do CI deste tipo de materiais e seu uso, embora não adquirissem este tipo de material, ficaram entusiasmados com a possibilidade de os recriarem eles próprios e poderem de um modo menos dispendioso ter este tipo de ajudas.

Outro item inicialmente descuido por parte dos cuidadores, era a preparação do ambiente para a realização de levante. Se por um lado colocavam as cadeiras próximas das camas, itens simples como travar a cadeira de rodas ou levantar os patins da cadeira de rodas eram esquecidos. A prática e o treino levaram a uma diminuição desses esquecimentos e sobretudo a uma consciencialização da sua importância.

Por outro lado, o autocuidado é uma área de atenção à qual os enfermeiros recorrem para descrever as necessidades em cuidados. Além do desenvolvimento de novas competências em o autocuidado transferir-se, os enfermeiros devem atender à transição vivenciada pelos cuidadores informais, nomeadamente aos indicadores de processo e de resultado.

Pode-se inferir que quase a totalidade dos CIs (80%) efetua efetivamente intervenções tais como: aproximar o doente da beira da cama, elevam o tronco da pessoa dependente e aguardam que o doente estabilize o seu equilíbrio, travam as rodas da cadeira de rodas e aproximam-na da cama, mas não atentam à postura do seu próprio corpo, exercendo forças exageradas sobrecarregando a coluna lombar, pulsos e ombros, pois imitam o que viram fazer. Pode-se concluir que estas intervenções são consideradas básicas sob o ponto de vista do autocuidado, são aprendizagens por experiência, muitas das vezes por tentativa-erro e por observação direta do ver fazer, com o treino que existiu durante as formações informais foram diminuídos os riscos de lesões músculo-esqueléticas quer no CI, quer na pessoa dependente, pois estes foram ensinados e treinados a fazê-lo de forma correta e sobretudo a tomar consciência do seu mecanismo corporal.

Também no estudo de Brito (2012) pode constatar-se que a maioria dos cuidadores informais não foi preparada para exercer o papel de cuidador, referindo que “aprenderam com a experiência”, sendo que o papel do cuidador é o complemento do que o doente não consegue realizar. De ressaltar que a preparação para o exercício do papel de cuidador dever-se-ia iniciar no

hospital, fase do envolvimento no papel, acontecendo que é no domicílio que surge a fase da negação e da estabilização do papel de cuidador, sendo, por isso, fundamental a ajuda do profissional de saúde, nomeadamente dos enfermeiros, na aquisição de conhecimentos e competências, e no esclarecimento sobre o acesso e utilização de recursos.

Quanto aos comportamentos menos observados, dizem respeito à utilização de material adaptativo para facilitar o procedimento (exemplo: transferes/resguardos, tábua de transferência, cintos de transferência, colchões de pressão alterna, camas articuladas), é de notar, que a maioria dos cuidadores informais tinham conhecimento e faziam uso dos resguardos para auxiliar na mobilização da pessoa dependente no leito para a troca de posições no leito, das camas articuladas e dos colchões de pressão alterna, embora apenas duas pessoas que participaram no estudo tinham um colchão de pressão alterna, pois trata-se de um material caro e por isso muitos não têm a possibilidade de o adquirirem. Quanto aos outros materiais, muitos não os conheciam, mas durante a formação realizada poderem comprovar que são materiais de fácil execução em casa com materiais que todos temos em casa. Martins (2006) refere que é necessário criar interfaces que possibilitem a informação, preparação, treino, apoio e suporte do cuidador, para ajudar no desempenho desta nobre tarefa que é “cuidar de alguém dependente”, ou seja, ajudar alguém a viver com dependência, mas de forma mais satisfatória e digna possível.

É também fundamental que se envolva uma equipa multidisciplinar de modo a incluir diferentes áreas da prestação de cuidados, mas sempre na perspetiva do cuidador e do doente (Braga, 2009; Pereira, 2011; Domingos e Veríssimo, 2014).

Como conclusão verifica-se que os cuidadores informais não sendo preparados para exercer o seu papel de cuidadores, “aprendem com a experiência”, por tentativa-erro e pelo “ver fazer”.

Segundo Brito (2012), a consciencialização é algo que o cuidador informal vai construindo e que tem relação estreita com a mudança e percepção da mesma, após um determinado acontecimento. Este processo necessita de tempo de vivência com este novo papel. A partir do momento em que o cuidador informal demonstra interesse pela procura e tentativa de integração

pode considerar-se que está envolvido. Desta forma, os enfermeiros devem, quer nos cuidados de saúde primários quer nos diferenciados e especializados, apoiar o cuidador informal para o treino de competências no sentido de promover o cuidado e aumentar a mestria e satisfação.

Outros pontos em que devem estar igualmente envolvidos são: o ensino e aconselhamento de práticas promotoras de saúde; a avaliação de consequências positivas e negativas da responsabilidade dos cuidados para o cuidador; a avaliação dos recursos pessoais do cuidador e necessidade de recursos comunitários; e a avaliação da disponibilidade de suporte informal ao cuidador dentro da própria família (Lage, 2007).

Em suma, o enfermeiro tem a responsabilidade de fomentar ensinamentos específicos e orientadores à pessoa dependente e ao cuidador informal, para garantir o restabelecimento possível da condição de saúde da pessoa dependente. Neste sentido, é imprescindível que os cuidadores sejam informados de que forma devem prestar cuidados ao seu dependente e como agir em situações de risco (Cardoso, 2011; Domingos e Veríssimo, 2014; Januário et al., 2014; Petronilho et al., 2014). Pereira (2011) refere, no entanto, que, apesar de ser muito importante formar e preparar o cuidador para este novo papel, é também fundamental que estes ensinamentos vão, em primeiro lugar, de encontro à promoção da autonomia da pessoa dependente.

A seguinte tabela mostra o desempenho dos cuidadores durante a observação final após a realização das ações de formação.

Tabela VII: GRELHA DE AVALIAÇÃO FINAL (FOLLOW UP)

GRELHA DE OBSERVAÇÃO FINAL (FOLLOW UP)										
CUIDADORES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1- Providencia material para junto da pessoa dependente.	S	S	S	S	S	S	S	N	S	S
2- Aproxima a pessoa dependente da margem do leito.	S	S	N	S	S	S	S	S	S	S
3- Mobiliza a pessoa usando movimentos firmes e suaves para que esta se sinta segura.	S	S	S	S	S	S	N	S	S	S
4- Executa o levantar da cabeça da cama até 90°, quando possível com cama articulada.	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
5- Executa a rotação dos membros inferiores para fora da cama e ao mesmo tempo auxilia a elevação do	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S

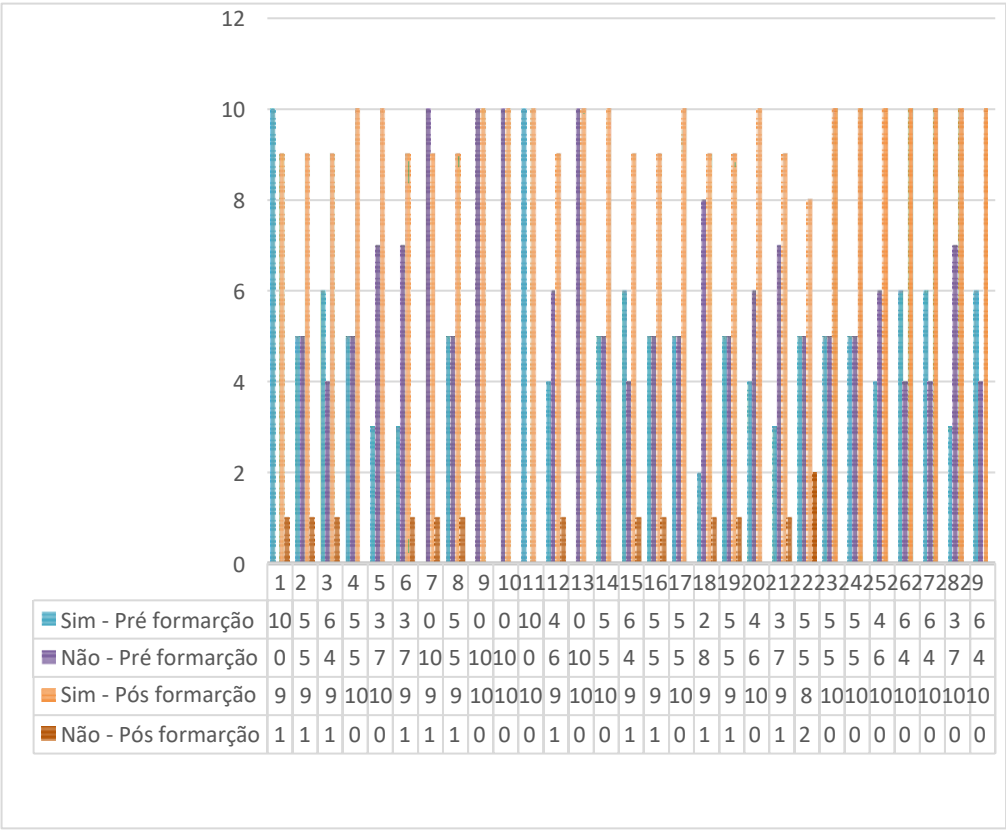
	tronco verticalizando-o.										
6-	Coloca a pessoa dependente sentada na cama com os membros inferiores pendentes e a apoia-os posteriormente, aguardando a estabilidade ortostática da pessoa.	S	S	S	S	S	S	S	S	N	S
7-	Observa alterações faciais da pessoa dependente e age em conformidade.	S	S	S	S	S	S	S	N	S	S
8-	Trava sempre as rodas do equipamento utilizado, cama articulada e cadeira de rodas.	S	S	S	S	S	S	S	N	S	S
9-	Aplica a tábua de transferência ou de deslize, quando a pessoa dependente não pode assumir a posição de pé.	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
10-	Aplica um cinto para facilitar a transferência, quando a pessoa dependente é obesa e/ou colabora pouco.	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
11-	Instala a cama e cadeira de rodas no mesmo plano, quando possível.	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
12-	Remove o braço da cadeira de rodas do lado da cama.	S	S	S	S	S	S	S	S	N	S
13-	Remove ou afasta os pedais da cadeira de rodas, evitando assim acidentes.	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
14-	Posiciona-se à frente da cadeira, voltado para a pessoa, rodando-a ou ajudando-a a rodar os membros inferiores para fora da cama.	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
15-	Vira ou assiste a pessoa a virar-se para o lado do cuidador, de modo que possa elevar o tronco, apoiando-se no cotovelo, se possível, para assumir a posição de sentado na cama com os pés pendentes	S	S	S	S	S	S	S	N	S	S
16-	Assiste a pessoa a deslizar no bordo da cama, segurando-o pela cintura, até apoiar os pés no chão	S	S	S	S	S	S	S	S	N	S
17-	Estabiliza os joelhos da pessoa, com os joelhos do cuidador.	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
18-	Vira ou assiste a pessoa a virar-se segurando-a pela cintura, até ficar enquadrado com a cadeira de rodas e com a região poplíteica encostada ao assento	S	S	S	S	S	S	S	S	N	S
19-	Assiste a pessoa a fletir o tronco e joelhos, suave e progressivamente, acompanhando com os seus joelhos, até ficar sentado.	S	S	S	S	S	S	S	S	N	S

20-	Instala os pedais da cadeira de rodas (quando aplicável) em posição de apoio, ajustando-os a pessoa dependente (flexão 90° coxofemoral e do joelho)	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
21-	Verifica o alinhamento corporal, segundo o eixo sagital, observando-o de frente.	S	S	S	S	S	S	S	S	N	S
22-	Executa a transferência, evitando movimentos de torção e flexão do tronco, usando a mecânica corporal, para prevenir lesões musculoesqueléticas do cuidador.	S	S	N	S	S	S	S	S	N	S
23-	Posiciona-se à frente da pessoa dependente colocando as mãos sob as axilas e os joelhos justapostos.	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
24-	Assiste a pessoa dependente a fletir o tronco, seguido da sua extensão e fazer carga nos pés com extensão suave e progressiva dos joelhos, acompanhando com os seus joelhos, até ficar em pé.	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
25-	Vira ou assiste a pessoa dependente a virar-se segurando-a pela cintura, até ficar enquadrado com a cama e com a região poplíteica encostada à cama e estabiliza os joelhos da pessoa dependente com os seus joelhos, se necessário.	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
26-	Assiste a pessoa dependente a elevar-se e sentar-se no bordo da cama, segurando-a pela cintura com ajuda do cinto, se necessário.	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
27-	Assiste a pessoa dependente a deitar-se apoiando-se no cotovelo do lado da cabeceira da cama.	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
28-	Posiciona ou assiste a pessoa a posicionar-se, verifica o alinhamento corporal, segundo o eixo sagital, observando-o dos pés da cama.	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
29-	Coloca as almofadas na posição correta para otimizar o posicionamento.	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S

Em seguida apresentamos em síntese, a análise das duas tabelas convertidas em um gráfico, onde se pretende expor os ganhos obtidos nos pós formação.

Através deste gráfico de comparação das tabelas, percebemos que após as formações informais, os cuidadores eram capazes de desenvolver corretamente as suas tarefas como cuidadores

O gráfico 1, mostra a apresentação dos resultados das grelhas de avaliação iniciais e finais dos resultados obtidos no pré e nos pós formações.



CAPÍTULO VI- CONCLUSÃO E IMPLICAÇÕES DO ESTUDO

6.1 CONCLUSÕES DO ESTUDO

Os conhecimentos e as capacidades dos cuidadores são determinantes para o seu bem-estar físico e psicológico e para a saúde e bem-estar do doente. Nesse sentido, o ensino, a instrução e o treino parecem ser decisivos e entendidos como um recurso importante na aquisição de competências, revelando-se de grande utilidade na adaptação ao desempenho do papel dos cuidadores.

Como principais conclusões constata-se que são as mulheres que assumem, em geral, os cuidados às pessoas dependentes, tendo uma média de idades na faixa dos 45-78 anos, e um baixo nível de escolaridade.

Verifica-se ainda, que as características sociodemográficas dos cuidadores são equivalentes a muitos estudos que investigam o desempenho do cuidador informal (Lage, 2007; Pereira, 2011; Correia, 2012; Petronilho, Pereira, & Silva, 2014).

Relativamente ao autocuidado transferir-se, verifica-se que os cuidadores têm a noção de como fazer e que o devem fazer embora não o façam regularmente por medo, desconhecimento e por alterações da sua própria postura corporal. No entanto compreendem que a não execução das mobilizações e transferências dos seus dependentes, criando implicações para a saúde.

Os efeitos da imobilidade podem gerar complicações na capacidade funcional dos sistemas ósseo, muscular, respiratório, cardiovascular, urinário e linfático. Podem ocorrer também alterações do estado emocional da pessoa, podendo esta apresentar ansiedade, apatia, depressão, alterações de humor, isolamento social, entre outros.

Decorrentes de longos períodos de imobilidade podem surgir lesões cutâneas/musculares denominadas de úlceras de pressão, e estas são as alterações mais apontadas pelos cuidadores.

Por tudo isto é importante capacitar o cuidador para a necessidade de mobilizar, posicionar corretamente e realizar levantes do seu dependente para que estas complicações não se evidenciem e para que retardem as complicações inerentes à doença que leva a dependências das pessoas em domicílio.

Este tipo de conhecimentos, ensinamentos, treinamentos e tomas de consciência levam a um menor custo em saúde em hospitalizações que poderiam ser prevenidas, idas ao serviço de Urgência por engasgamentos, aspiração de alimentos, obstipação, dores músculo-esqueléticas no cuidador e dores musculares pela imobilidade da pessoa dependente, entre outras. Tornam também visíveis os cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação e em comparação com os demais, torna-se notório a melhoria dos cuidados e a capacitação do cuidador.

A maioria dos cuidadores informais refere que o ensino/instrução e treino sobre prevenção das complicações da imobilidade, não são abordados pelos profissionais de saúde.

Os resultados refletem, ainda, que a maioria dos cuidadores informais percebe a degradação do seu estado de saúde, sobretudo a nível físico e psicológico, experimentando ainda alteração das rotinas familiares e sociais. A maioria destes cuidadores informais tem alteração do sono, recorrendo algumas vezes a medidas farmacológicas, mas referem medo de não serem capazes de auxiliar o seu dependente em horas de sono, optando, por vezes, por se privarem a um sono reparador para se manterem em alerta. Foi crucial o ensino de posições de relaxamento através da visualização do programa de ginástica laboral criado para estas situações.

Os resultados deste estudo, vêm mostrar, que o cuidador informal de pessoas dependentes no domicílio, necessita de ensino, instrução e treino sobre como prevenir as complicações da imobilidade e de que também nem sempre tem os conhecimentos e os comportamentos adequados para cuidar da pessoa dependente, e que por outro lado a exigência deste novo papel pode levar à exaustão física/ lesões músculo-esqueléticas, exaustão psicológica e social.

A maior força deste estudo é identificada como ganho em saúde para os visados com as mudanças de comportamentos, prevenindo as lesões

musculo esqueléticas do cuidador, bem como uma melhor adaptação á função de Cuidador, que levarão a uma redução de complicações inerentes á imobilidade e consequentemente ao decréscimo do número de internamentos e custos em saúde, bem como, um ganho para a população de Enfermeiros Especialistas em Reabilitação na visibilidade do seu trabalho e ação na comunidade.

As maiores fraquezas deste projeto são o tamanho da amostra e a regionalidade da mesma, pois em áreas populacionais menos rurais e mais desenvolvidas em termos de literacia em saúde os resultados poderão apresentar diferenças.

Após a realização deste trabalho fica a convicção de que este é, de facto, um tema que carece de investimento dentro da área de investigação em Enfermagem e que, de futuro, deve ser mais estudado.

Pretende-se com os resultados deste estudo: dar um contributo para a melhoria da qualidade de vida da pessoa dependente no domicílio; capacitar de mais conhecimentos e competências os cuidadores informais para a prevenção das complicações da imobilidade e das lesões músculo-esqueléticas; desenvolver conhecimento nesta área que é escasso ou em muitos estudos antigo; promover a educação, o ensino e melhorar práticas de enfermagem; diminuir o número de internamentos por infeções respiratórias, obstipação e controlo da dor ; diminuir o número de idas ao serviço de urgência por recusa alimentar, engasgamentos, obstipação e úlceras de pressão e por fim obter ganhos em saúde.

6.2 SUGESTÕES

Constata-se que em Portugal a população de pessoas dependentes e seus cuidadores não está muito estudada, tornando-se necessário desenvolver mais estudos epidemiológicos que traduzam a prevalência e incidência das doenças que incapacitam estas pessoas, bem como efetuar estudos na área do

autocuidado e capacitação dos cuidadores, no sentido da melhoria de cuidados e ganhos em saúde.

Sugere-se assim, a implementação de programas formais que privilegiem, numa primeira fase a informação; numa segunda fase o apoio instrumental (orientar, instruir, treinar sobre a prestação de cuidados) e numa terceira fase a disponibilização ao cuidador informal de apoio em termos de suporte que permita atenuar a sobrecarga objetiva e subjetiva inerente ao desempenho do papel e da consciencialização, mestria e envolvimento que permitam viver transições de uma forma mais saudável. Esta conclusão é muito sentida no seio das famílias cuidadoras, deixo um testemunho disso mesmo, do quão importantes são todos os ensinamentos passados pelos Enfermeiros, em especial os Enfermeiros Especialistas de Reabilitação que passam muito do seu tempo com a pessoa dependente e com o seu cuidador embora trabalhe mais o dependente e é necessário dar mais apoio ao cuidador.

“A nossa vida é mesmo assim, o nosso menino foi sempre assim...nosso menino. Não queremos que ele se vá daqui e estaremos sempre aqui para o ajudar enquanto o NOSSO SENHOR JESUS nos deixar e pudermos. Enquanto temos forças tudo faremos para que ele esteja bem. Ele foi o irmão mais novo da nossa grande família e claro que como irmãs solteiras ficamos com ele, ele tem esta doencinha desde sempre (síndrome de Dawn). Cuidamos sempre dele é nossa obrigação e ele sempre foi nosso amigo, ia connosco para o campo e estava lá connosco, mas não fazia nada coitadinho. Ele não sabe para mais.

Agora está tudo mais difícil, ele precisa de mais ajuda, não sai da caminha e nós as três estamos a ficar velhas, mas ainda temos força para cuidar dele.

As senhoras Enfermeiras ajudam muito e fazem aquelas coisas que o poem a respirar melhor e nós não sabemos fazer. Mas aprendemos a dar a sonda, porque coitadinho ficava com a comida na boca e não ia para baixo.

Ele está piorzinho e achamos que o tempo dele está a chegar, mas não o queremos mandar para o hospital. É longe e depois nunca mais o vemos.

Cuidamos dele enquanto der. Os senhores Enfermeiros ajudam e o meu sobrinho médico também ajuda no que pode, mas á noite é mais difícil, ficamos sozinhas com ele e temos medo de que alguma coisa aconteça, ele fica com mais roufinheira e não o sabemos ajudar, enfim, mas de manhã fica bem com os enfermeiros e passa o dia benzinho.

É o nosso trabalhinho por ele coitadinho, mas achamos que o SENHOR JESUS o vai chamar, ele está malzinho...”

Testemunho de duas das três irmãs cuidadoras de um doente com síndrome de Dawn, entretanto falecido no final do estudo, irmãs com 76 e 73 anos de idade numa das visitas domiciliarias (03/12/2021)

6.3 IMPLICAÇÕES PARA A EDUCAÇÃO, A INVESTIGAÇÃO E A PRÁTICA EM ENFERMAGEM EDUCAÇÃO

Será relevante que seja propiciado aos cuidadores informais a frequência de programas de formação sobre o autocuidado e prevenção das lesões músculo-esqueléticas, bem como a prevenção das complicações da imobilidade nas pessoas dependentes. Mais especificamente, espera-se que através de programas de promoção de competências de autocuidado e de relacionamento interpessoal, decorra um potencial para a realização do autocuidado por parte dos cuidadores e um interesse crescente por esta atividade bem como mais consciencialização, mais envolvimento, mestria e mais satisfação.

Ao nível da formação dos futuros enfermeiros, espera-se que as escolas integrem nos seus planos curriculares a abordagem à doença crónica e suas consequências, destacando-se o desempenho do papel de cuidador, já que o domicílio é e será cada vez mais o lugar do cuidado de saúde e o lugar onde a intimidade deste é salvaguardada, desde que reunidas as condições necessárias.

Pelas lacunas existentes ao nível desta problemática e falta de literatura recente, faz sentido o desenvolvimento de programas de intervenção de suporte

à prevenção das complicações da imobilidade, sugerindo-se o desenvolvimento de estudos que gerem modelos de intervenção que visem promover o autocuidado transferir-se, de tipo longitudinal (avaliação do impacto das intervenções), experimentais ou quase experimentais (testar o impacto das intervenções) e de investigação-ação (implementação de mudanças nos contextos da prática).

BIBLIOGRAFIA

- Ana Maria Alves, L. G. (2013). *Orientações para a elaboração e apresentação de trabalhos científicos*. Viana do Castelo: Escola Superior de Saúde.
- Andrade, F. M. (2009). *O Cuidado Informal à Pessoa Idosa Dependente em Contexto Domiciliário: Necessidades Educativas do Cuidador Principal*. Braga: Universidade do Minho: Instituto de Educação e Psicologia.
- Antunes, Luísa Teixeira (2016). *O Cuidado Informal a Doentes com Doença Neuromuscular: Estudo da Prevenção do Risco de Aspiração no Autocuidado Alimentar-se* (Dissertação de Mestrado). Universidade do Minho, Escola superior de Enfermagem, Braga, Portugal.
- Araújo, C. (2003). *Sofrimento Físico, Psíquico e Moral no sector do calçado em Portugal. Contributos para uma psicodinâmica do trabalho*. Porto: Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação da Universidade do Porto.
- Assunção, A. Á., & Brito, J. (2011). *Trabalhar na Saúde - experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego*. Rio de Janeiro, Brazil: Editora Fiocruz.
- Barbosa, M. J. (2010). *Acidentes de Serviço Enfermagem como Profissão de Risco*. Porto.
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo: da teoria à prática em pesquisas sociais aplicadas às organizações*. Revista Interinstitucional de Psicologia, 6 (2), julho - dez, 2013,179-191, consultado a 15/11/2021, <http://br.librosintinta.in/bardin-2011-pdf.html>
- Bogdan, R. C., & Biklen, S. K. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação - Uma introdução à teoria e aos métodos*. Editora: Porto Editora. ISBN: 972-1-34112-2
- Cabral, F., & Veiga, R. (Janeiro 2011). *Higiene, Segurança, Saúde e Prevenção de Acidentes de Trabalho*. Editora: Verlag Dashofer. ISBN: 9789729838521

- Cailliet, R. (1999). *Dor - Mecanismos e Tratamento*. São Paulo: Artmed. ISBN: 8573075163
- Carrapinho, G., & Lopes, Noemia M. (1997). *Recursos e Condições de Trabalho dos Enfermeiros Portugueses. Estudo Sociodemográfico de Âmbito Nacional*. Lisboa Editora: Sindicatos dos Enfermeiros Portugueses. ISBN: 972-95420-1-5
- Collière, M.-F. (2000). *Promover a vida*. 2ª Tiragem, Lisboa, Editora: Lidel - Edições Técnicas e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses. ISBN: 9789727571093
- Collière, M.-F. (2000). *Cuidar... A PRIMEIRA ARTE DA VIDA*. 2ª Edição, Editora: Lusodidacta. ISBN: 9799728383533
- Custódio, J. R. (2011). *A Sobrecarga e Estratégias de Coping do Cuidador Informal do Idoso Dependente*. Coimbra: Instituto Superior Miguel Torga, Editora ISMT. acedido a 11/12/2021 em: <http://repositorio.ismt.pt/jspui/handle/123456789/115>
- Enfermeiros, O. d. (2002). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Edição: Ordem dos Enfermeiros Setembro 2002 Revisão e reimpressão: Agosto de 2012 Acedido a 11/12/2021, de Ordem dos Enfermeiros: [http:// www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf) (ordemenfermeiros.pt)
- Enfermeiros, O. d. (2010). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista e regulamentos das competências específicas das especialidades em enfermagem*. Lisboa, acedido a 11/12/2021, [http:// www.ordemdosenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao_aprovadoAG20Nov2010.pdf](http://www.ordemdosenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao_aprovadoAG20Nov2010.pdf)
- Faria, M. H. (2009). *A Ergonomia em Saúde Ocupacional: limites e perspectivas*. Oeiras: SO - Intervenções em Saúde Ocupacional, s.a.
- Ferreira, T. (2003). *Evolução Melancólica*. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 15-23. volume 5, Sociedade Portuguesa de Psicossomática, Porto. ISSN:0874-4696

- Ferreira, F., Pinto, A., Laranjeira, A., Pinto, A.C., Lopes, A., Viana, A., Rosa, B., Esteves, C., Pereira, I., Nunes, I., Miranda, J., Fernandes, P., Miguel, S., Leal, V., Fonseca, C., (2019) *Validação da escala de Zarit: sobrecarga do cuidador em cuidados paliativos domiciliários, para população portuguesa*. Cadernos de Saúde Vol. 3 N.º 2 – pp. 13-19. Acedido a 15 de Outubro de 2021 [http://2806-Artigo-5831-1-10-20191107\(1\).pdf](http://2806-Artigo-5831-1-10-20191107(1).pdf)
- Fleming, M. (2003). *Dor sem Nome. Pensar no sofrimento*. Santa Maria da Feira: Edições Afrontamento. ISBN: 9723606593 Brochado
- Fonseca, J. V., & Rebelo, T. (2011). Necessidades de cuidados de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, pp. 180-184. Acedido a 5 de Janeiro de 2022, de <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n1/v64n1a26.pdf>
- Fortin, M.-F. (1999). *O processo de Investigação: da concepção à realização*. Editora: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda. ISBN: 972-8383-10-X
- Fortin, M.-F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Editora: Lusodidacta. ISBN: 9789898075185
- Garcez-Leme, L. E. (2000). A interprofissionalidade e o contexto familiar. Em Y. A. Duarte, & M. J. Diogo, *Atendimento domiciliar. Um enfoque gerontológico*. (Monografia), São Paulo, Faculdade de Medicina, acedido a 12 de Novembro de 2021 <http://repositorio.usp.br>
- Gauthier, B. (2003). *Investigação Social - da problemática à colheita de dados*. Editora: Lusociência. ISBN: 9789728383558
- Lage, M. G. (2007). *Avaliação dos Cuidados Informais aos Idosos: Estudo do impacte do cuidado no cuidador informal*. (Tese) Universidade do Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar (ICBAS), <http://hdl.handle.net/10216/7243>
- Lida, I. (1990). *Ergonomia - Projecto e Produção*. Brazil: Edgard Blucher LTDA.

- Machado, D. C. (01 de 06 de 2006). *Solidariedade*. acessado a 23 de Outubro de 2021, de www.solidariedade.pt/UserFiles/File/conceito-trabalho-dm.doc
- Magnago, T. S., Lisboa, M. T., Griep, R. H., Kirchhof, A. L., & Guido, L. d. (Maio-Junho de 2010). Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbio musculoesquelético em trabalhadores de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. acessado a 15 de Dezembro de 2021, <https://www.scielo.br>
- Martins, J. T., & Robazzi, M. L. (Janeiro-Fevereiro de 2009). O Trabalho do Enfermeiro em Unidade de Terapia Intensiva: Sentimentos de Sofrimento. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, acessado a 15 de Dezembro de 2021, <https://www.scielo.br>
- Matos, Maria João, Araújo, Clara (2021). Prevenção de lesões músculo-esqueléticas nos cuidadores informais de doentes dependentes no domicílio: intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (Dissertação de Mestrado). *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*. ISSN: 2184-3023 Vol. 4 N.º1 (2021) Publicado 30-06-2021
- Metzger, C., Muller, A., Schwetta, M., & Walter, C. (2002). *Cuidados de Enfermagem e dor - Avaliação da dor, modalidades de tratamento e psicologia do doente*. Loures, Editora: Lusociência, ISBN: 9728383320
- Mingote, C. M. V. C., Corte, A. E. de M., Marques, E. M. B. G. & Mendes, R. M. G. (2020) *Estratégias de Copping de Cuidadores Informais de idosos Dependentes*. *Revista Egítania Scientia*, nº27 - 2020 ISBN: 1846-834
- Monteiro, C. M., Benatti, M. C., & Rodrigues, R. C. (Janeiro - Fevereiro de 2009). *Acidente do trabalho e qualidade de vida relacionada à saúde: um estudo em três hospitais*. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, Volume 17, número 1, acessado a 3 de Novembro de

- 2021, <http://sumarios.org/artigo/acidente-do-trabalho-e-qualidade-de-vida-relacionada-a-saude-um-estudo-em-três-hospitais>.
- Moreira, C. D. (2011). *Lesões Músculo-esqueléticas relacionadas com o trabalho em Fisioterapeutas*. Porto, Universidade Fernando Pessoa, acessido a 3 de Novembro de 2021, https://bdigital.ufp.pt/handle/10284/2639?mode=full&submit_simple
- OMS. (2005). *ARS Norte*. Obtido em Junho de 2014, de <http://portal.arsnorte.min-saude.pt>
- Pereira, S., & Duque, E. (2017). Cuidar de Idosos Dependentes – A Sobrecarga dos Cuidadores Familiares. *Revista Kairós - Gerontologia*, 20(1), pp. 187-202. I São Paulo (SP), Brasil ISSNE 2176-901X.
- Portela, L. F., Rotenberg, L., & Waissmann, W. (2005). Health, sleep and lack of time: relations to domestic and paid work in nurses. *Revista de Saúde Pública*, pp. 802-808. DOI:10.1590/S0034-89102005000500016, acessido a 10 de Dezembro de 2021, <https://www.researchgate.net/profile/Luciana-Portela/publication>
- Plöthner, M., Schmidt, K., de Jong, L., Zeidler, J., & Damm, K. (2019). Needs and preferences of informal caregivers regarding outpatient care for the elderly: A systematic literature review. *BMC Geriatrics*, 19(1), 1
- REPE. (s.d.). Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem. *Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro alterado pelo Decreto-lei n.º 104/98 de 21 de Abril*.
- Rico, T., & Barbosa, A. (1996). *Dor: Do neurónio à pessoa*. Faculdade de Medicina de Lisboa: Permanyer Portugal.
- Rogers, B. (1997). *Enfermagem do Trabalho - Conceitos e Prática*. Editora: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda. ISBN: 9789728383039
- S.W.Conian, A. e. (1997). *Controlo da dor*. Lisboa, Editora: Climepsi Editores .ISBN: 9789729725067

- Sampieri, R. H., Collado, C. F., & Lucio, P. B. (2006). *Metodologia de Pesquisa*. São Paulo: McGraw - Hill Interamericana do Brasil Lda.
- Santana, E .S. dos, Mendes, F.R.P., Gobira, N. C. M.S., Oliveira, A .S. de, Lopes, A. O. S.,
 Xavier, T. T. & Reis, L. A. dos (2021). *O cuidado destinado ao idoso dependente: Motivações de cuidadores do Brazil e de Portugal. Psicologia: Teoria e Prática*, 23(3), 1-29. São Paulo, SP, 2021. ISSN 1516-3687 (impresso), ISSN 1980-6906 (on-line)
- Sanches, I. (2005). *Compreender, Agir, Mudar, Incluir. Da investigação-acção à educação inclusiva*. Revista Lusófona de Educação, 5, pp. 127-142.
- Saúde, D. G. (2008). *Programa Nacional de Controlo da Dor*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Silva, A. A., Souza, J. M., Borges, J. N., & Fischer, F. M. (2010). Health-related quality of life and working conditions among nursing providers. *Revista de Saúde Publica*, pp. 718-725.
- Silva, A. F. (2011). *Prevalência de Lesões Musculo-Esqueléticas em Enfermeiros*. Porto.
- Silva, L. M. (Agosto de 2008). *Riscos Ocupacionais e Qualidade De Vida No Trabalho Em Profissionais De Enfermagem*. Lisboa.
- Sousa, A., Dias, A., Bessa, F., Ferreira, M^a J. & Vieira, S. (2008) Investigação-Acção: metodologia preferencial nas práticas educativas. Universidade do Minho. "Revista Psicologia, Educação e Cultura." ISSN 0874-2391
- Sousa, Filomena (2019/27/07), *Úlceras por pressão: apoiar os familiare,s cuidadores e «prevenir um flagelo desvalorizado»* Justnews, www.justnews.pt/artigos/empowerment-dos-cuidadores-familiares-na-prevencao-de-ulceras-por-pressao

- Silva, Ana Beatriz Batista da (2020/31/07), *A mulher cuidadora e um mundo*, JN, <https://www.jn.pt/opiniao/convidados/a-mulher-cuidadora-e-um-mundo>
- Silva, M. M. (2004). *Vivências de Sofrimento Psíquico e Prazer do Trabalhador-Enfermeiro quando da tarefa primária, o Cuidar, nos Centros de Saúde*. Porto.
- Silva, N. R. (2009). Fatores determinantes da carga de trabalho em uma unidade básica de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*.
- Tamayo, M. R. (2008). *Burnout: Implicações das Fontes Organizacionais de Desajuste Indivíduo-Trabalho em Profissionais da Enfermagem*. Obtido em 20 de 03 de 2022, de www.scielo.br/prc

ANEXOS

ANEXO 1: Autorização da Comissão de Ética da ARS Norte



☐	☐	☒	DATA: 2022-01-26
COMUNICAÇÃO	INFORMAÇÃO	PARECER	REFERÊNCIA: CE/2022/21
PARA	CONSELHO DIRETIVO		
DE	COMISSÃO DE ÉTICA		
ASSUNTO ...	PI 20210107 - CAPACITAÇÃO DO CUIDADOR INFORMAL DA PESSOA DEPENDENTE NO DOMICÍLIO, NO AUTOCUIDADO TRANSFERIR-SE.		

EXARADO NA ATA Nº 2022_05
REUNIÃO DE 2022-01-27

DELIBERADO AUTORIZAR
2022-01-27

Carlos Nunes
Presidente do CD

Maria Clara Castro
Vice Presidente do CD

Paula Duarte
Vogal do CD

A - Apresentação do pedido em apreciação

A Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde do Norte, I.P. (CES da ARSN) recebeu o pedido de parecer sobre o projeto intitulado "Capacitação do cuidador informal da pessoa dependente no domicílio, no autocuidado transferir-se" que será desenvolvido pela Enfermeira Ana Sofia Vale da Silva, no âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, sob orientação da Mestre e Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação Salomé Martins Ferreira, docente da Escola de Enfermagem de Viana do Castelo, e do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação Miguel Castro. Este projeto pretende contribuir para a mudança dos hábitos nos cuidadores informais no autocuidado transferir-se de forma a obter ganhos em saúde das pessoas dependentes, prevenindo as alterações que podem advir da imobilidade e reduzindo o número de internamentos e de complicações associadas à imobilidade. O estudo será desenvolvido numa Equipa de Cuidados Continuados Integrados, do ACeS do Alto Ave, no período entre outubro de 2021 e março de 2022. O pedido de parecer foi instruído com os documentos obrigatórios para a sua submissão.

B - Identificação de questões com eventuais implicações éticas ou metodológicas

Trata-se de um estudo de tipo qualitativo que tem por objetivo a capacitação dos cuidadores informais no autocuidado transferir-se dos doentes internados na Unidade de Cuidados Continuados (UCC) pertencente a uma Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) do Aces do Alto Ave que foram transferidos para o domicílio. A amostra é não aleatória por conveniência e será constituída por 10 cuidadores informais das pessoas dependentes internadas na UCC que são referenciadas para os cuidados de reabilitação no domicílio e que apresentam uma escala de Barthel com dependência moderada a grave (score entre 0 - 75 pontos). Serão usados os seguintes métodos no decorrer das visitas domiciliárias, na companhia do Enfermeiro Especialista em Reabilitação da ECCI: questionário de caracterização do perfil sociodemográfico do cuidador informal; observação e registo do autocuidado transferir-se; follow-up para observação e registo do autocuidado após ação de formação relativa ao autocuidado transferir-se das pessoas dependentes. Os resultados obtidos serão sujeitos a análise de conteúdos de Bardin (pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação) e a processamento estatístico com recurso ao programa SPSS versão 21.0, para o ambiente Windows.

Rua Santa Catarina, 1288
4000-447 PORTO

Tel: 220411000
Fax: 220041005

arsn@arsnorte.min-saude.pt
www.arsnorte.min-saude.pt

Página 1 de 2

O estudo contempla a preocupação ética pelo respeito pela dinâmica de funcionamento da ECCI, evitando qualquer perturbação das práticas habituais. A participação dos cuidadores informais será voluntária, após divulgação da informação acerca do estudo e dos seus objetivos e obtido o consentimento prévio à participação e registo audiovisual da entrevista. Os dados a recolher não parecem colocar em causa a liberdade e os direitos dos seus titulares, assim como são adequados, pertinentes e limitados ao mínimo necessário à prossecução das finalidades para os quais são tratados. A investigadora declara o seu compromisso ético com a anonimização dos dados recolhidos.

C- Conclusão

Reconhecendo a relevância do estudo e considerando que o mesmo satisfaz os requisitos éticos básicos do respeito pelos direitos e liberdades dos potenciais participantes, a Comissão de Ética deliberou, nesta data, dar parecer favorável à realização do estudo. Sugere-se a adequação do questionário sociodemográfico no que diz respeito à questão do género, de forma a torná-la mais inclusiva e eticamente adequada, bem como no que diz respeito à possibilidade de não resposta aos itens que o constituem. A investigadora deverá comunicar os resultados assim que o estudo esteja concluído.

Porto, 18 de janeiro de 2022

Maria José Ferreira Santos
Presidente da Comissão de Ética

ANEXO 2: Escala de Barthel

Escala de Barthel

ATIVIDADE	PONTUAÇÃO
ALIMENTAÇÃO 0 = incapacitado 5 = precisa de ajuda para cortar, passar manteiga, etc, ou dieta modificada 10 = independente	
BANHO 0 = dependente 5 = independente (ou no chuveiro)	
ATIVIDADES ROTINEIRAS 0 = precisa de ajuda com a higiene pessoal 5 = independente rosto/cabelo/dentes/barbear	
VESTIR-SE 0 = dependente 5 = precisa de ajuda mas consegue fazer uma parte sozinho 10 = independente (incluindo botões, zipers, laços, etc.)	
INTESTINO 0 = incontinente (necessidade de enemas) 5 = acidente ocasional 10 = continente	
SISTEMA URINÁRIO 0 = incontinente, ou cateterizado e incapaz de manejo 5 = acidente ocasional 10 = continente	

ANEXO 3: Autorização do Diretor Executivo do ACES Alto Ave



REPÚBLICA
PORTUGUESA
SAÚDE



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



ARS NORTE
Administração Regional
de Saúde do Norte, I.P.

PROJECTO DE INVESTIGAÇÃO

Projeto / Estudo n.º ____/____/____

Data de Receção: ____/____/____

Identificação do(s) investigador(es) do estudo

Nome Completo:

Ana Sofia Vale da Silva

Contacto telefónico:

[REDACTED]

E-Mail:

[REDACTED]

Qualificação Académica:

Licenciatura em Enfermagem

Funções que desempenha: Enfermeira

Instituição : Hospital Senhora da Oliveira- Guimarães

Designação do Estudo: "Capacitação do cuidador informal da pessoa dependente no domicílio no autocuidado transferir-se."

Área científica em que se enquadra o estudo: Especialidade de Enfermagem de Reabilitação

Vigência do Estudo (Data de princípio e de fim): 11/10/2021 a 31/03/2022

Tipo de análise (quantitativa, qualitativa): Análise qualitativa

Palavras – chave: cuidadores informais, capacitação, autocuidado, dependentes, sobrecarga, lesões músculo-esqueléticas e imobilidade.

Co-Investigador(es) (quando aplicável)

Nome(s) Completo(s):

OUTROS PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS

(Exemplo: Orientador)

Nome(s) Completo(s): MEEER Salomé Ferreira e EEER Miguel Castro



REPÚBLICA
PORTUGUESA
SAÚDE



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



ARS NORTE
Administração Regional
de Saúde do Norte, I.P.

Data:

MEMBRO DO CONSELHO CLÍNICO

Assinaturas:

ACES DO ALTO AVE

[Signature]

DIRETOR EXECUTIVO

Nada a opor á sua realização,

[Signature]

Dr. José Novais de Carvalho
Diretor Executivo
ACES DO ALTO AVE

ANEXO 4: Autorização do Diretor Clínico da UCC FafeSaúde

Exmo Srs

Diretor Executivo do ACES Alto Ave

Coordenador da UCC FafeSaúde

Ana Sofia Vale da Silva, aluna do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde do Politécnico de Viana do Castelo (ESS – IPVC), orientada pela **Professora Doutora Maria Salomé Martins Freitas**, pretende desenvolver o Trabalho de Investigação **“Capacitação do Cuidador Informal da Pessoa Dependente no Domicílio, no Autocuidado Transferir-se”**, na UCC FafeSaúde, no âmbito do Estágio de Natureza Profissional, a decorrer no primeiro semestre do ano lectivo de 2021-2022, tendo como Tutor do Estágio o **Enfermeiro Miguel Ângelo Pereira Castro**.

Assim, vem solicitar autorização para a Recolha Dados de acordo com o Questionário em anexo, comprometendo-se a apresentar o respectivo Relatório do Trabalho, na UCC FafeSaúde.

Pede deferimento.

Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo, 11 de novembro de 2021

Informação

Ana Sofia Vale da Silva

Trabalho com grande interesse para a unid. de
pelo que, salvo melhor opinião, será de deferir.
A consideração superior

16/11/2021

Norberto S.
Coordenador de
UCC FafeSaúde

ACES do Alto Ave
UCC Fafe

ANEXO 5: Consentimento Informado



ARS NORTE
Administração Regional
de Saúde do Norte, I.P.

O Coordenador da Unidade de Saúde

.....
.....

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA

GRAVAÇÃO AUDIOVISUAL DE ENTREVISTA OU DE CONSULTA

Confirmando que expliquei ao utente, doente ou seu representante, de forma adequada e inteligível, os procedimentos necessários ao ACTO acima referido. As gravações, feitas com conhecimento prévio do Coordenador desta Unidade de Saúde, destinam-se exclusivamente a ser exibidas em sessões de (riscar o que não interessa) ensino de estudantes de medicina ou de enfermagem / formação contínua de médicos ou enfermeiros, ficando à guarda e responsabilidade de (escrever o nome e função da pessoa responsável pelo ensino ou formação na Unidade de Saúde) |.....|.

Em qualquer caso, é garantido que não serão filmados exames íntimos. É igualmente garantido que a presente autorização pode ser retirada, em qualquer altura, sem que isso cause qualquer prejuízo ou afecte os cuidados a prestar à pessoa. Também é expressamente garantido que haverá destruição ou apagamento da gravação ao fim de 6 meses.

Nome legível do profissional de saúde responsável pela proposta:

|.....|

Data/...../.....

Assinatura

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido/esclarecida. Verifique se todas as informações estão correctas. Se tudo estiver conforme, então assine este documento.

Declaro que concordo com o que foi proposto e explicado pelo profissional de saúde que assina este documento, tendo podido fazer todas as perguntas sobre o assunto. Autorizo a realização do acto indicado nas condições em que me foram explicadas.

... .. (local), (data)

Assinatura X

Se não for o próprio a assinar:

Nome:

BI/CD Nº: datado de/...../....., validade/...../.....

Grau de parentesco ou tipo de representação:

Assinatura X

Feito em duas vias: original para o processo clínico, duplicado para a pessoa que consente.

APÊNDICES

APÊNDICE 1: MANUAL DO CUIDADOR



MANUAL DO CUIDADOR INFORMAL



MANUAL DO CUIDADOR INFORMAL

Introdução

Este manual é dirigido a todos aqueles que cuidam de alguém dependente. A prestação de cuidados é assumida na maioria das sociedades modernas, como uma tarefa da família na maioria dos casos da mulher ou do cônjuge.

A função de cuidador informal é encarada como uma obrigação, sem que se pondere devidamente as exigências que decorrem da execução deste papel e se avaliem as necessidades de apoio do cuidador para o desempenho dos cuidados inerentes à sua nova função.

Este manual visa sobretudo, de uma forma breve e simples, alertar para uma série de questões que podem comprometer o bem-estar dos cuidadores informais e, contribuir para melhorar a qualidade de vida da pessoa idosa ou dependente a quem prestam cuidados.

Este manual pretende ainda ser também um guia de sugestões e estratégias que pretendem reduzir as dificuldades sentidas no dia-a-dia, para que quem cuida não fique por cuidar (Sequeira, 2012).

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	2
AO CUIDADOR.....	5
Comunicar com o doente	
Dependente	7

Ambiente correto para o doente dependente	10
---	----

Higiene do idoso ou dependente	12
Quando realizar a higiene oral?	13
Qual o material necessário?	14
Como fazer?	15
O cuidado de Higiene total – Banho	18
Quando realizar a higiene total	19
Cuidados a ter?	20
Onde realizar o cuidado de Higiene	21
Banho do chuveiro.....	22
Banho no leito	23
Como fazer?	25
Cuidados com os lençóis da cama.....	27
Posicionamento da pessoa acamada.....	31
Transporte para a cadeira de rodas ou para a cama... ..	37
Alimentação	39
Cuidados a ter na alimentação	40
Conselhos de saúde para o cuidador informal.....	44
Que direitos legais tem o cuidador informal	46
Que deveres legais tem o cuidador informal.....	52
Quais os apoios previstos para o cuidador.....	55
Conselhos finais ao cuidador.....	60

AO CUIDADOR

Todo o ser humano tem a necessidade de ser cuidado e tem a capacidade de cuidar do outro.

Os cuidados informais consistem sobretudo na prestação de cuidados regulares no domicílio do próprio cuidador ou da pessoa idosa ou dependente por familiares, amigos ou vizinhos. É um trabalho não remunerado e na grande parte das vezes o cuidador não tem qualquer formação ou preparação prática para assumir este papel.

A exigência dos cuidados e das tarefas asseguradas pelos cuidadores são muito diversificadas, variam de caso para caso e ao longo do tempo, em função da evolução da doença e do grau de incapacidade. Regra geral, os cuidados prestados incidem sobre o trabalho doméstico (limpeza da casa, tratamento da roupa), a higiene pessoal, a alimentação (aquisição dos alimentos, preparação, confeção e apoio na administração das refeições), a saúde (acompanhamento ao médico, aquisição de medicamentos, apoio nas administrações terapêuticas), os posicionamentos e levantes dos mais dependentes. São também prestados apoios sociais, emocionais, relacionais e de companhia.

Quando alguém próximo de nós adoece, a adaptação a esta nova realidade pode ser difícil, a presença de uma pessoa dependente no domicílio, com necessidades permanentes, altera significativamente as rotinas do cuidador e as suas prioridades.

Perante o esforço que lhe é exigido, é normal que o cuidador por vezes se sinta incapaz e exausto física e emocionalmente, se sinta sozinho e com medos.

“O processo de cuidar implica diversas adaptações físicas, sociais, cognitivas e emocionais (Cupertino, Aldwin & Oliveira, 2006, Rodrigues, 2011), podendo revelar-se um processo difícil, desgastante e até mesmo vir a comprometer o bem-estar do cuidador” (Rodrigues, 2011)

COMUNICAR COM O DOENTE DEPENDENTE

Comunicar não é só falar, é estar presente e é saber ouvir. Por isso, nas situações em que a pessoa dependente tem dificuldade em comunicar/expressar verbalmente devemos estar atentos à sua linguagem corporal.

Tais como?

- Expressão do rosto;
- Gestos;
- Tom de voz.



Devemos desenvolver estratégias de comunicação não verbal (por exemplo piscar os olhos 1 vez para concordar e 2 vezes para discordar).

Não devemos fazer promessas que não possamos cumprir, não dar falsas esperanças, não fazer julgamentos do que a pessoa dependente diz ou faz.

Não devemos mudar de assunto para ele não se sentir desvalorizado. A pessoa dependente necessita de afeto e compreensão: o toque, o abraço, o segurar da mão e acariciar, são formas de o demonstrar.

AMBIENTE CORRETO PARA O DOENTE DEPENDENTE

O local mais importante para a pessoa dependente é onde este permanece a maior parte do tempo e onde lhe são prestados os cuidados, sendo desejável que este seja um lugar seguro e confortável:

1. Deve ser cómodo, arejado e espaçoso;
2. Sem móveis, tapetes ou objetos que possam ser obstáculos para a prestação de cuidados e a mobilidade do doente;
3. Com uma zona onde a pessoa dependente possa ter os seus objetos pessoais;
4. Deve haver uma mesa próxima da pessoa dependente, que esta consiga alcançar, permitindo-lhe alguma autonomia;
5. Ter junto da pessoa dependente uma campainha ou sineta para que esta possa pedir auxílio;
6. Controlar a amplitude térmica, evitando demasiada exposição solar nos meses de verão e providenciar aquecimento seguro no inverno (são de evitar as braseiras e lareiras não protegidas).



HIGIENE DO IDOSO OU DEPENDENTE

A higiene é um dos fatores mais importantes para o conforto e qualidade de vida de uma pessoa.

É importante que o cuidador avalie o grau de dependência da pessoa cuidada em relação à higiene pessoal, tendo em conta a sua segurança, este, deve auxiliar a pessoa dependente apenas o necessário, estimulando ao máximo a sua participação e autonomia. A higiene oral é uma parte fundamental nos cuidados de higiene, pois não só mantém a pessoa cuidada mais confortável como também previne infeções, cáries e aftas, elimina restos de alimentos e microrganismos, estimula a circulação do sangue, evita o mau hálito, promovendo o conforto e o bem-estar.



QUANDO REALIZAR A HIGIENE ORAL?

- Ao acordar pela manhã, após as refeições e antes de dormir,
- Deve ser realizada sempre, tenha a pessoa cuidada dentes naturais ou prótese dentária (placa) e mesmo que não se alimente pela boca (uso de sond

QUAL O MATERIAL NECESSÁRIO?

- Toalha de rosto;
- Pasta dentífrica ou solução antisséptica e fita dentária;
- Escova de dentes ou espátula tipo “palito de gelado” envolta em gaze;
- Copo com água;
- Recipiente para desprezar água suja;
- Hidratante para os lábios (vaselina líquida ou batom de cieiro);
- Escova de dentes dura ou escova de unhas sem uso anterior para limpeza de próteses.



COMO FAZER?

- Ajude a pessoa a ser cuidada a sentar-se ou a levantar a cabeça (nunca efetue a higiene oral com ela deitada, pois existe o risco de engasgamento);
- Coloque uma toalha seca por baixo do queixo;
- Dê um pouco de água à pessoa cuidada para humedecer a boca;
- Utilize a escova de dentes com pasta dentífrica e escove suavemente os dentes, bochechas, gengivas e língua;
- Limpe com fita dentária nos espaços entre os dentes, onde a escova não chega;



- Se a pessoa cuidada usar prótese dentária (dentadura), retire-a e lave com água morna e pasta de dentes ou produto próprio, usando escova de dentes mais dura ou a escova de unhas. Não use água muito quente pois pode deformar a prótese dentária. Se apresentar feridas na boca, coloque a prótese dentária apenas na hora das refeições;
- Dê um pouco de água fria à pessoa cuidada para bochechar e cuspir para a bacia;
- Se a pessoa cuidada estiver inconsciente passe suavemente nos dentes, gengivas e língua uma compressa embebida em elixir;
- Coloque batom de cieiro ou vaselina nos lábios da pessoa cuidada;
- Se a pessoa cuidada morder a escova, não tente retirá-la à força, o maxilar acabará por descontrair;
- Evite elixires com álcool.

O CUIDADO DE HIGIENE TOTAL- BANHO



O banho é um dos aspetos mais importantes no cuidar da higiene, uma vez que proporciona conforto físico e emocional, reforça a relação entre a pessoa dependente e o cuidador. Um bom banho evita as irritações de pele e previne o aparecimento de infeções futuras. Se o movimento do corpo causar dor, pode-se administrar um analgésico à pessoa dependente 30 minutos antes do banho. Se ele puder fazê-lo sozinho, organize todo o material necessário e coloque-o próximo dele.

Lembre-se que se o idoso ou doente dependente puder realizar a tarefa, é preferível fazê-la com auxílio e vagorosamente do que outros o façam por ele, estimular a autonomia também é um ato de Amor.

QUANDO REALIZAR A HIGIENE TOTAL

- O banho deve ser diário, a higiene íntima e das mãos deve ser realizada sempre que necessário;
- Pode ser dado a qualquer hora do dia, no entanto de manhã é quando a pessoa cuidada tem mais energia. Pode-se também escolher os horários mais quentes do dia e respeitar sempre a preferência a pessoa cuidada.

CUIDADOS A TER

- Verifique a temperatura da água. A pessoa cuidada pode não se aperceber da temperatura, se alguma parte do corpo dela estiver menos sensível;
- Utilizar um sabonete neutro que deve ser completamente removido;
- Fazer movimentos suaves e secar todo o corpo com atenção especial para as pregas do corpo (mamas, axilas, prega da barriga e entre os dedos);
- Secar bem os cabelos, usando secador quando necessário;
- Observar e avaliar o estado da pele, cabelo e pelos;
- Manter as unhas limpas e cortadas a direito, para isso pode usar-se corta-unhas ou uma lima;
- No final do banho massajar todo o corpo com creme hidratante com movimentos longos e suaves para ajudar a ativar a circulação. Devem incidir nas zonas de maior pressão (ombros, cotovelos, nádegas, ancas e calcanhares).

ONDE REALIZAR O CUIDADO DE HIGIENE

O cuidador deve optar sempre pelo banho de chuveiro deixando o banho no leito apenas para os impossibilitados de sair da cama.

BANHO DE CHUVEIRO

- Dar muita atenção à deslocação da pessoa cuidada até à casa de banho, podem ser necessárias algumas adaptações do ambiente para prevenir quedas e acidentes no percurso ou durante o banho;
- Caso haja dificuldade na mobilidade, usar uma cadeira para apoio durante o banho;
- Se a pessoa cuidada permanecer muitas horas deitado, é importante deixá-la sentado por alguns minutos antes de a levar ao quarto de banho (evitar as tonturas e restabelecer o equilíbrio);
- Ajudar sempre a pessoa cuidada a entrar e a sair do chuveiro/banheira.



BANHO NO LEITO

- Explicar sempre à pessoa cuidada o procedimento que se vai realizar. Antes de iniciar, oferecer sempre a possibilidade de fazer as suas necessidades fisiológicas (quando existe controlo);
- Elevar a cama, se possível, para diminuir o esforço nas suas costas;
- Ter em conta a privacidade da pessoa cuidada, usando um lençol para a cobrir, destapando e lavando uma parte de cada vez;

Preparar o seguinte material:

- ✓ Dois recipientes com água morna, um deles com sabonete ou gel de banho dermoprotetor e com pH neutro;

- ✓ Esponja;
- ✓ Toalhas;
- ✓ Creme hidratante;
- ✓ Roupa de dormir;
- ✓ Fralda se necessário;
- ✓ Escova de dentes macia, copo e bacia;
- ✓ Pasta dentífrica e elixir;
- ✓ Pente ou escova do cabelo;
- ✓ Saco plástico;
- ✓ Forro de plástico e de pano para proteger a cama.



É importante manter a temperatura agradável no quarto e assegurar-se que não há correntes de ar. Lave as mãos antes e após a prestação de qualquer cuidado.

COMO FAZER?

1. Inicie o banho pelo rosto (sem esquecer olhos e orelhas) e prossiga até aos pés (lavar o cabelo sempre que necessário);
2. Lave uma parte do corpo de cada vez, destapando apenas essa zona;
3. Seque o corpo à medida que vai lavando, com especial atenção às pregas da pele (mamas, axilas e entre os dedos);
4. Ajude a pessoa cuidada a voltar-se de lado para lhe lavar as costas;
5. A zona genital e anal deve ser lavada no fim do banho, da frente para trás e, se a pessoa cuidada for homem, puxe cuidadosamente a pele que cobre o pénis, lave e seque;

6. Troque a água das bacias sempre que esta estiver suja ou fria, deixando a pessoa cuidada numa posição confortável, segura e não exposta;
7. Aproveite o banho para avaliar o estado da pele e aplique creme hidratante, massajando a pele;
8. Vista a pessoa cuidada, e coloque-o numa posição confortável;
9. Quando não for possível o banho completo lave pelo menos a cara, as mãos, as axilas e os genitais da pessoa cuidada diariamente.

CUIDADOS COM OS LENÇÓIS DA CAMA

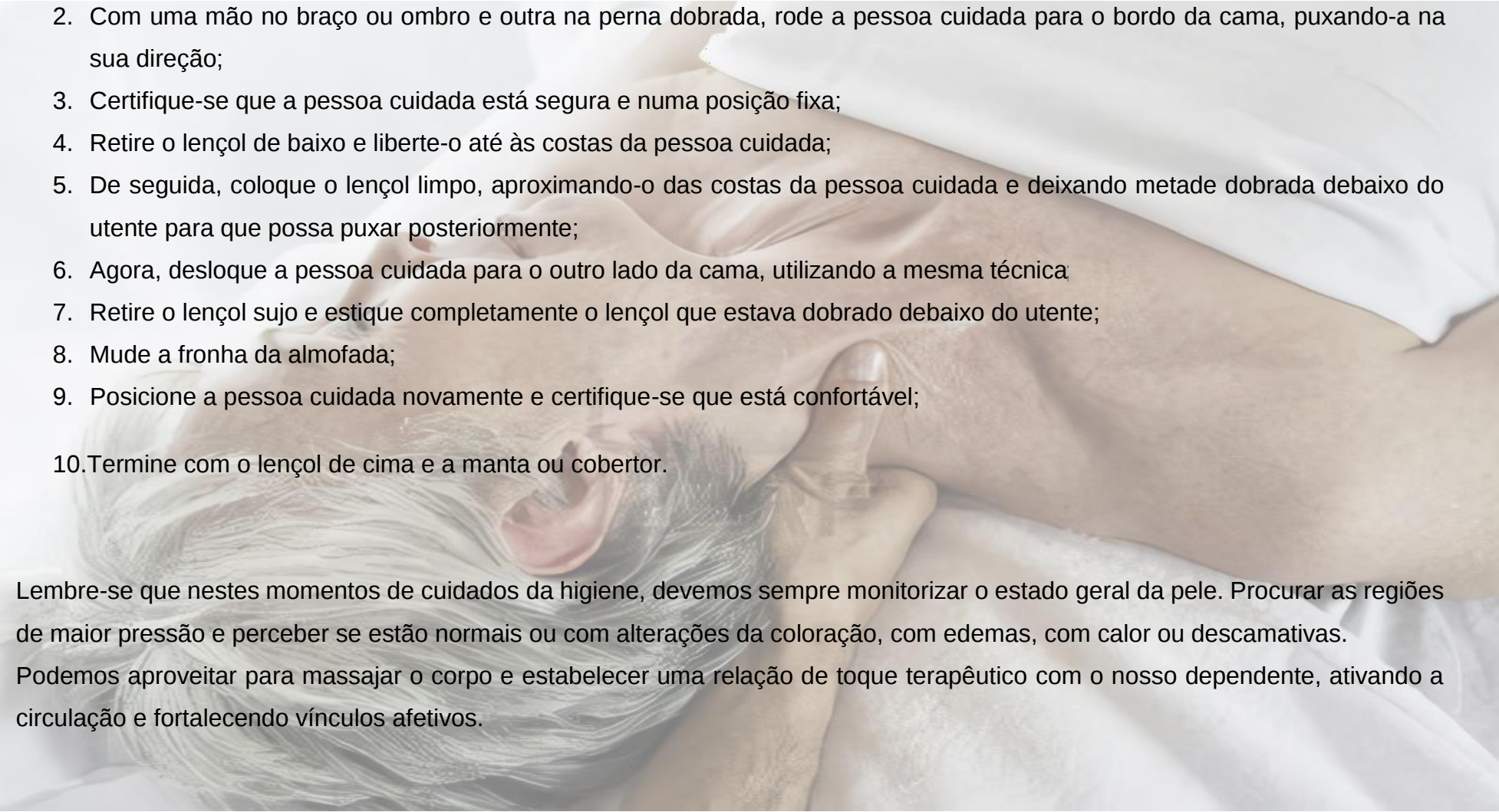
Para quem passa longos períodos de tempo numa cama, convém que esta esteja sempre limpa e cómoda. Utilize lençóis 100% algodão – evitam a transpiração e podem ser lavados a altas temperaturas.

No verão, coloque uma manta de algodão leve e, no inverno, um cobertor de lã mais pesado. Se necessário, mude diariamente os lençóis da cama. Se não, mantenha-os sempre bem esticados e livres de migalhas ou outros vestígios de comida. Os lençóis enrugados são desconfortáveis, podem restringir a circulação e contribuir para a formação de feridas/ úlceras de pressão.

A pessoa cuidada deve sair da cama sempre que possível para que esta possa ser mudada e arejada, permitindo-lhe também realizar algum exercício e distrair-se, alimentar-se junto dos restantes membros da família, observar o que se passa na rua ou visitar o jardim ou horta se possuir.

Caso não seja possível sair da cama, mudar os lençóis requererá alguma destreza. Se a cama tiver rodas certifique-se que está travada e coloque a cabeceira na horizontal (se isso não prejudicar a pessoa cuidada).

1. Retire a almofada e o lençol de cima;

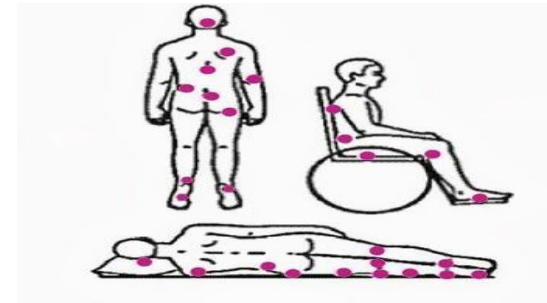
- 
2. Com uma mão no braço ou ombro e outra na perna dobrada, rode a pessoa cuidada para o bordo da cama, puxando-a na sua direção;
 3. Certifique-se que a pessoa cuidada está segura e numa posição fixa;
 4. Retire o lençol de baixo e liberte-o até às costas da pessoa cuidada;
 5. De seguida, coloque o lençol limpo, aproximando-o das costas da pessoa cuidada e deixando metade dobrada debaixo do utente para que possa puxar posteriormente;
 6. Agora, desloque a pessoa cuidada para o outro lado da cama, utilizando a mesma técnica;
 7. Retire o lençol sujo e estique completamente o lençol que estava dobrado debaixo do utente;
 8. Mude a fronha da almofada;
 9. Posicione a pessoa cuidada novamente e certifique-se que está confortável;
 10. Termine com o lençol de cima e a manta ou cobertor.

Lembre-se que nestes momentos de cuidados da higiene, devemos sempre monitorizar o estado geral da pele. Procurar as regiões de maior pressão e perceber se estão normais ou com alterações da coloração, com edemas, com calor ou descamativas. Podemos aproveitar para massajar o corpo e estabelecer uma relação de toque terapêutico com o nosso dependente, ativando a circulação e fortalecendo vínculos afetivos.

POSICIONAMENTOS DA PESSOA ACAMADA

Os posicionamentos permitem:

- Promover o conforto e bem-estar;
- Estimular a circulação, respiração, regular o trânsito intestinal e exercício;
- Prevenir a perda muscular;
- Facilitar a mobilidade das secreções;
- Prevenir posições viciosas;
- Prevenir lesões na pele (úlceras de pressão).



Quando a pessoa cuidada se encontra numa posição confortável existe a tentação de não se querer mobilizar.

Poderá ter que insistir para que mude de posição. Aspetos a ter em conta no posicionamento da pessoa cuidada:

- Se a pessoa cuidada ajudar deve pedir a sua colaboração;
- Baixar a cabeceira da cama se possível;
- Respeitar o alinhamento do corpo;
- Aproveitar este momento para observar o estado da pele nas zonas de pressão;
- Fazer massagem, com creme hidratante, para ativar a circulação e prevenir úlceras de pressão;
- Utilizar almofadas para apoiar o corpo nos posicionamentos;
- Proteger as zonas avermelhadas com almofadas, protetores de cotovelos e calcanhares, pele de carneiro;
- Manter os lençóis bem esticados.

Se a pele apresentar zonas vermelhas, deve fazer pressão com o seu dedo por breves segundos e retirar a pressão. Se a zona ficar branca durante uns segundos, deve ser vigiada e massajada. Se a zona permanecer vermelha deve contactar a sua equipa de saúde.

POSIÇÃO DE DECÚBITO DORSAL (DEITADO DE COSTAS)

- Firme os seus pés, bem separados;
- Dobre os joelhos da pessoa cuidada;
- Coloque uma mão nas costas e outra nas coxas da pessoa cuidada e eleve no sentido da cabeceira da cama;
- Proteja os calcanhares com uma almofada, de maneira que não toquem no colchão. • Retire as almofadas suplementares;
- Utilize o resguardo para mobilizar a pessoa cuidada, tendo o cuidado de o levantar e não arrastar pois provoca feridas por fricção;



POSIÇÃO DE DECÚBITO LATERAL (DEITADO DE LADO)

- Coloque a sua mão no ombro e na anca da pessoa cuidada e faça rolar o corpo na sua direção. Deste modo começará naturalmente a virar- -se para si;
- Coloque uma almofada nas costas da pessoa cuidada e dobre confortavelmente contra ela para lhe dar mais apoio e conforto;
- Verifique se o braço e o ombro de baixo estão numa posição confortável.
- O braço e a mão de cima podem ficar mais confortáveis se forem colocados sobre uma almofada;
- Posicione a perna que fica por cima ligeiramente para a frente para evitar que fique pousada sobre a de baixo e coloque uma almofada ao longo da coxa;
- Coloque outra almofada ao longo da perna para evitar zonas de pressão na pele e para apoiar bem. A almofada deve ir um pouco além do pé, para que o tornozelo e o pé não fiquem desapoitados.



TRANSPORTE PARA A CADEIRA DE RODAS OU PARA A CAMA

- Quando for transferir a pessoa cuidada para a poltrona, traga-a para perto do leito. Não se afaste nesse momento, pois ela poderá ter tonturas e cair;
 - Para ter uma boa base de apoio, mantenha os seus pés um pouco afastados, um apontar para cama e o outro para a cadeira de rodas;
 - Apoie os braços dele sobre os ombros;
 - Os seus joelhos devem estar um pouco flexionados e suas mãos devem segurar a cintura da pessoa cuidada;
 - Se quiser melhorar o apoio, coloque um cinto bem largo para poder segurá-la com mais firmeza;
- Para colocá-la novamente no leito é só seguir estes passos em sequência invertida.



ALIMENTAÇÃO

Numa situação de doença é frequente a perda de apetite, assim como a perda de peso, independentemente da variedade e quantidade dos alimentos ingeridos. A alimentação da pessoa cuidada é essencial para a recuperação física e manutenção do seu bem-estar como na prevenção de úlceras de pressão, desidratação e desnutrição

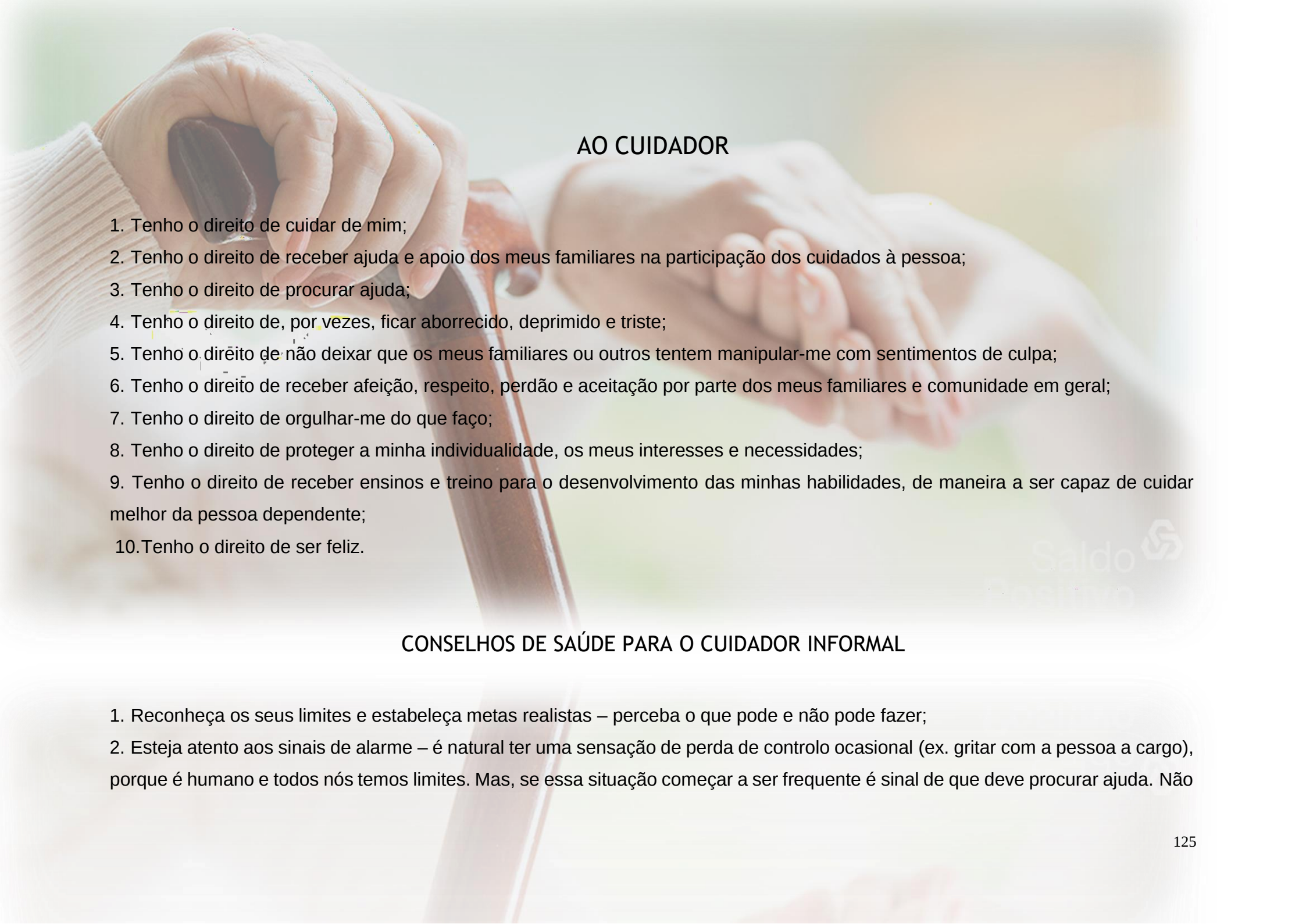


CUIDADOS A TER NA ALIMENTAÇÃO

- Lembre-se que a pessoa cuidada se pode esquecer de comer pois muitas vezes não tem a noção das horas. Ofereça-lhe as refeições a horas, em vez de esperar que ele se lembre de as pedir;
- A pessoa cuidada deve estar bem acordada e sentada à hora da refeição;
- Sempre que for possível deve permitir que a pessoa cuidada se alimente sozinha, nem que tenha que lhe cortar os alimentos;
- Após as refeições, deve manter a pessoa cuidada sentada, durante cerca de 30min, para facilitar a digestão;
- Se a pessoa cuidada tossir ou se engasgar frequentemente quando come ou bebe, não insista e pergunte à sua equipa de saúde se é seguro continuar a alimentá-la.

- A dor desestimula o apetite. Portanto, certifique-se que a pessoa cuidada esteja medicada com os analgésicos prescritos pelo médico para que a dor não dificulte a alimentação.
- Escolha os alimentos favoritos a pessoa cuidada e apresente-os de forma apelativa;
- Sirva cinco ou seis pequenas refeições ao longo do dia;
- Esteja atento à temperatura dos alimentos antes de servi-los. Lembre-se de que a pessoa cuidada pode ter alguma redução na sensibilidade que dificulte a percepção da temperatura;
- Os alimentos devem ser servidos em pratos pequenos, em pequenas quantidades;
- Faça do pequeno-almoço uma refeição reforçada, porque o apetite tende a diminuir ao longo do dia;
- Prefira alimentos fáceis de mastigar;
- Se a pessoa cuidada estiver muito magra dar alimentos calóricos: sumos de fruta, batidos, leite-creme, gelados e pudins;
- Não se esqueça de oferecer líquidos, mesmo que ele não os solicite. É muito importante manter a hidratação;
- Privilegie líquidos ligeiramente espessos se a pessoa cuidada tiver dificuldade em engolir, tais como batidos de leite, de fruta ou iogurtes;
- Utilize uma colher na alimentação da pessoa cuidada para evitar ferimento com os dentes do garfo;
- Procure que a pessoa cuidada beba cerca de 6 a 8 copos de água por dia, oferecendo-a nos intervalos das refeições;
- Refresque e lave a boca da pessoa dependente antes e depois das refeições, se possível proceda à higienização da boca, o mau hálito pode dificultar o apetite;
- Se a pessoa cuidada recusar água pode ser oferecida gelatina.

Não se esqueça que deve manter a pessoa sentada após a refeição pelo menos entre 30 a 45 minutos.



AO CUIDADOR

1. Tenho o direito de cuidar de mim;
2. Tenho o direito de receber ajuda e apoio dos meus familiares na participação dos cuidados à pessoa;
3. Tenho o direito de procurar ajuda;
4. Tenho o direito de, por vezes, ficar aborrecido, deprimido e triste;
5. Tenho o direito de não deixar que os meus familiares ou outros tentem manipular-me com sentimentos de culpa;
6. Tenho o direito de receber afeição, respeito, perdão e aceitação por parte dos meus familiares e comunidade em geral;
7. Tenho o direito de orgulhar-me do que faço;
8. Tenho o direito de proteger a minha individualidade, os meus interesses e necessidades;
9. Tenho o direito de receber ensinamentos e treino para o desenvolvimento das minhas habilidades, de maneira a ser capaz de cuidar melhor da pessoa dependente;
10. Tenho o direito de ser feliz.

CONSELHOS DE SAÚDE PARA O CUIDADOR INFORMAL

1. Reconheça os seus limites e estabeleça metas realistas – perceba o que pode e não pode fazer;
2. Esteja atento aos sinais de alarme – é natural ter uma sensação de perda de controlo ocasional (ex. gritar com a pessoa a cargo), porque é humano e todos nós temos limites. Mas, se essa situação começar a ser frequente é sinal de que deve procurar ajuda. Não

insista ou fique envergonhado porque isso é fruto da situação que está a viver e se persistir numa situação de desgaste poderá deixar de ser cuidador e vir a necessitar de cuidados;

3. Procure informação e aconselhamento sobre a doença, sobre como prestar os cuidados, etc.;

4. Tire tempo para si, mime-se – Ex: faça uma lista de coisas que lhe dão prazer e retome-as com regularidade;

5. Crie rotinas que lhe permitam manter os cuidados essenciais à pessoa cuidada, mas que deixam tempo para as coisas que mais gosta;

6. Não dê importância às críticas – Ex: os outros só conhecem um lado da questão e não estão sujeitos ao mesmo desgaste e pressão, por isso é fácil falar;

7. Não se isole e mantenha os seus contactos sociais – Ex: saia de casa, mude de ambiente, encontre-se com pessoas que já não vê a algum tempo. O convívio com outras pessoas pode ajudá-lo a distrair-se, a falar de outros assuntos e a esquecer a sua rotina de cuidador;

8. Aprenda a lidar com o stress – identifique e ponha em prática pequenas técnicas que lhe aliviam a tensão causada pela situação de cuidar de alguém (ex: fazer uma caminhada, telefonar a uma pessoa amiga, etc.);

9. Fale com outras pessoas que estão ou estiveram numa situação semelhante - Com elas poderá perceber que não está sozinho, aprender novas formas de lidar com a situação e perceber que “problema dividido é meio problema resolvido”;

10. Não descure a restante família – a restante família também precisa de si e pode dar-lhe a energia que precisa nalguns momentos;

11. Esteja disponível para aceitar a ajuda dos outros e dos recursos da sua comunidade para conseguir sair da rotina e ter algum tempo para si;

12. Aceite a ajuda de outros familiares, amigos ou vizinhos quando se disponibilizam para ficar com a pessoa a cargo, de modo que fique disponível para si;

13. Não tenha receio de recorrer aos serviços e respostas da sua comunidade (ex: o serviço de apoio domiciliário ou o internamento para descanso do cuidador).

QUE DIREITOS LEGAIS TEM O CUIDADOR INFORMAL?

Para os cuidadores informais, com o seu estatuto devidamente reconhecido, a lei estabelece os seguintes direitos:

- Reconhecimento do seu papel no desempenho e manutenção do bem-estar da pessoa cuidada;
- Acompanhamento e formação para a prestação adequada dos cuidados de saúde à pessoa cuidada;
- Acesso a informação de profissionais das áreas da saúde e da segurança social;
- Acesso a informação que, em articulação com os serviços de saúde, esclareçam a pessoa cuidada e o cuidador informal sobre a evolução da doença e todos os apoios a que tem direito;
- Acesso a informação relativa a boas práticas ao nível da capacitação, acompanhamento e aconselhamento dos cuidadores informais;
- Apoio psicológico dos serviços de saúde, sempre que necessário, e mesmo após a morte da pessoa cuidada;
- Períodos de descanso que visem o seu bem-estar e equilíbrio emocional;
- Subsídio de apoio ao cuidador informal principal, nos termos previstos no Estatuto do Cuidador Informal;
- Conciliação da prestação de cuidados com a vida profissional, no caso de cuidador informal não principal;

- Beneficiar do regime de trabalhador-estudante, quando frequente um estabelecimento de ensino;
- Ser ouvido no âmbito da definição de políticas públicas dirigidas aos cuidadores informais.

QUE DEVERES LEGAIS TEM O CUIDADOR INFORMAL?

O Estatuto do Cuidador Informal define os seguintes **deveres do cuidador** para com a pessoa cuidada:

- atender e respeitar os seus interesses e direitos;
- prestar-lhe apoio e cuidados, em articulação e com orientação de profissionais da área da saúde e solicitar apoio no âmbito social, sempre que necessário;
- garantir o acompanhamento necessário ao seu bem-estar global;
- contribuir para a melhoria da sua qualidade de vida, intervindo no desenvolvimento da sua capacidade funcional máxima e visando a autonomia desta;
- promover a satisfação das suas necessidades básicas e instrumentais da vida diária, incluindo zelar pelo cumprimento do esquema terapêutico prescrito pela equipa de saúde;
- desenvolver estratégias para promover a sua autonomia e independência, bem como fomentar a comunicação e a socialização;
- potenciar as condições para o fortalecimento das suas relações familiares;
- promover um ambiente seguro, confortável e tranquilo, incentivando períodos de repouso diário da pessoa cuidada, bem como de lazer;

- assegurar-lhe as condições de higiene, incluindo a higiene habitacional;
- assegurar-lhe uma alimentação e hidratação adequadas.

A LEI ESTABELECE AINDA QUE O **CUIDADOR INFORMAL DEVE:**

- comunicar à equipa de saúde as alterações verificadas no estado de saúde da pessoa cuidada, bem como as necessidades para a melhoria da qualidade de vida e recuperação do seu estado de saúde;
- participar nas ações de capacitação e formação que lhe forem destinadas;
- informar, no prazo de 10 dias úteis, os competentes serviços da segurança social de qualquer alteração à situação que determinou o reconhecimento do seu estatuto de cuidador informal.

QUAIS OS APOIOS PREVISTOS PARA O CUIDADOR

O art. 7º do Estatuto do Cuidador Informal lista uma série extensa de apoios e benefícios para o cuidador informal (principal e não principal), mas as condições de aplicação de alguns deles ainda estão por definir (como por ex. no que se refere à conciliação entre a vida profissional e a atividade de cuidador não principal).

Para além dos apoios diretamente relacionados com os direitos dos cuidadores, a lei prevê ainda outros benefícios (não dispensa a consulta da lista completa na Lei n.º 100/2019 de 6 de setembro):

- apoio psicossocial, em articulação com o profissional da área da saúde de referência, quando necessário;
- aconselhamento e acompanhamento, por profissionais da área da segurança social ou das autarquias, no âmbito do atendimento direto de ação social;
- informação e encaminhamento para redes sociais de suporte, incentivando o cuidado no domicílio, designadamente através de apoio domiciliário;

Para que o **cuidador possa usufruir de descanso**, pode contar também com:

- referenciação da pessoa cuidada, no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), para unidade de internamento, devendo as instituições da RNCCI e da RNCCI de saúde mental assegurar a resposta adequada;
- encaminhamento da pessoa cuidada para serviços e estabelecimentos de apoio social, designadamente estrutura residencial para pessoas idosas ou lar residencial, de forma periódica e transitória;
- serviços de apoio domiciliário adequados à situação da pessoa cuidada, nas situações em que seja mais aconselhável a prestação de cuidados no domicílio, ou quando for essa a vontade do cuidador informal e da pessoa cuidada.

A RNCCI é constituída por instituições, públicas ou privadas, que prestam cuidados continuados de saúde e de apoio social a pessoas em situação de dependência.

Na medida de apoio ao cuidador informal, com o objetivo específico de assegurar o seu descanso, **o valor a pagar pelo utente nas unidades de internamento da RNCCI será**, de acordo com a lei, "***positivamente diferenciado, através da aplicação de uma percentagem sobre o rendimento per capita do seu agregado familiar inferior à legalmente em vigor***".

Além daqueles apoios, a lei prevê ainda os seguintes benefícios:

- **subsídio de apoio ao cuidador informal principal**, a atribuir pelo subsistema de solidariedade mediante condição de recursos, com majoração quando o cuidador adere ao seguro social voluntário;
- direito ao seguro social voluntário (mediante o pagamento de uma taxa contributiva de 21,4 %; a proteção abrange invalidez, velhice e morte);
- promoção da integração no mercado de trabalho, findos os cuidados prestados à pessoa cuidada;
- o **cuidador informal não principal** pode, ainda, beneficiar de medidas que promovam a **conciliação entre a atividade profissional e a prestação de cuidados**;
- os benefícios fiscais previstos na lei.

CONSELHOS FINAIS AO CUIDADOR

- Considere sempre a pessoa cuidada como um adulto válido, que possui sentimentos, que pensa, que ri e que chora, que tem necessidades e vontades;
- Disponha de tempo para ela;
- Encoraje-a a falar, não a censure;
- Seja positivo e otimista, viva a vida e acredite 100% nela;
- Estimule-a a participar nas atividades familiares e no seu autocuidado;
- Proporcione o seu conforto e bem-estar;
- Seja corajoso/a, forte e determinado/a, pois assim servirá de exemplo para ela;
- Reserve ainda algum tempo para si e preocupe-se com a sua saúde.

Contactos Úteis

- ❖ **UCC FAFESAÚDE: 253490850**

- ❖ Hospital Senhora de Oliveira: [253 540 330](tel:253540330)

- ❖ **BOMBEIROS DE FAFE: 253598618**

- ❖ **INEM: 112**

- ❖ **LINHA SAÚDE 24: 808 24 24 24**

APÊNDICE 2 – PANFLETO



Transferência do cadeirão/cadeira de rodas para a cama

- Colocar o cadeirão/cadeira de rodas travado ao lado da cama, (em doentes com AVC, de modo que o pé com mais força fique do lado da cama), com as costas voltadas para a cabeceira desta e com o apoio dos pés elevados;



- Colocar o seu joelho de cada lado dos joelhos do seu familiar;

- Mantendo as costas direitas agarre a pessoa pela cintura;

- Peça que coloque os braços à volta da sua cintura e a cabeça no seu ombro;

- Com um movimento de balanço, levante o seu familiar e rode-o e sente-o na cama.

- Coloque um braço por trás dos ombros da pessoa sustentando-o até o deitar.

Para levantar a pessoa da cama e transferir para o cadeirão é só realizar os passos de forma inversa.



Lembre-se ...

Quando mobilizar a pessoa, deve levantá-lo e nunca o amarrar na cama de modo a evitar a fricção porque esta danifica a pele; mantenha uma boa postura corporal, caso ache que sozinho não é capaz proteja-se a si próprio e ao seu familiar, pedindo ajuda; influencie-se no seu centro de saúde de como poderá obter ajuda domiciliária para a prestação dos cuidados do seu familiar dependente.

Trabalho realizado no âmbito do Mestrado de Enfermagem de Reabilitação do IPVC pela aluna Ana Sofia Silva, sob orientação do BEER Miguel Castro da UCC ~~Fafe~~ **Fafe**.



Mobilizações e Transferências da Pessoa Dependente no Domicílio.

Fevereiro de 2022,
Fafe

Zonas mais suscetíveis de desenvolver úlceras por pressão

Decúbito Lateral (deitado de lado):

Orelha, anca, ombro, joelho, tornozelos.



Decúbito dorsal (deitado de costas) ou sentado:

Cabeça, cotovelos, nádegas, região sacral e calcânares

Para posicionar uma pessoa dependente deve:

- Facilitar a mobilidade da pessoa, pedir a sua colaboração, se o mesmo puder ajudar;
- Baixar a cabeceira da cama se possível;
- Posicionar/ alinhar os membros afetados pelo AVC, evitando movimentos bruscos devido ao seu padrão de espasticidade (contração muscular acentuada), de forma a não causar dor;
- Utilizar almofadas de apoio, protetores de cotovelos e calcânares e colchão anti escara;
- Mantêr os lençóis bem esticados;
- Mantêr a roupa do seu familiar sem rugas.



Decúbito dorsal (deitado de costas)

- Colocação em posição neutra da cabeça, tronco e membros;

- Colocar uma almofada na cabeça e ombros;

- 1 almofada em cada membro superior e inferior;

- Evitar o contacto dos calcânares com o colchão;

- Colocar uma almofada ou rolo contra os pés de forma a prevenir a queda dos mesmos;

- Evitar qualquer pressão da roupa sobre os dedos dos pés.



Importante

Os posicionamentos são fundamentais na prestação de cuidados ao seu familiar. Estes permitem:

- Promover o conforto e o bem-estar;
- Estimular a circulação, a respiração e a regulação do trânsito intestinal;
- Prevenir alterações da força muscular e articular;
- Prevenir problemas da pele, nomeadamente úlceras por pressão (feridas difíceis de cicatrizar);

Decúbito Lateral (deitado de lado)

- Colocar uma almofada entre as costas e a cama;

- Mantêr o ombro que fica para baixo ligeiramente puxado para fora;

- Suportar a mão que fica para baixo na almofada da cabeça;

- Mantêr o braço de cima ao nível do ombro;

- Mantêr os joelhos em flexão com uma almofada entre os dois.



Decúbito semi-lateral

É semelhante ao decúbito lateral, contudo o decúbito é menos acentuado por exteriorização da almofada das costas.



APÊNDICE 3 - TÁBUA DE TRANSFERÊNCIA



APÊNDICE 4 – CINTOS DE TRANSFERÊNCIA ABDOMINAL E DE PÉS



APÊNDICE 5 – PROGRAMA DE GINÁSTICA LABORAL

Programa de Ginástica Laboral

Fase Preparatória

- 1 – Com palma da mão virada para a frente, rodar ombros para a frente 12x e para trás 12 x (círculos grandes).
- 2 – Com os cotovelos na parede a altura do ombro, aproximar o peito a parede, juntando as omoplatas (sem deixar ombros aproximarem as orelhas) 12x
- 3 – Encostar as costas e cotovelos a parede junto ao corpo, e aproximar lentamente as mãos a parede e ao centro 12 vezes.
- 4 – Encostada a parede, deslizar as mãos pelo corpo na direção dos pés e voltar a deslizar para cima encostando a coluna na parede vertebra por vertebra. 12x
- 5 – Com um joelho no chão e o outro pé a frente (ambas as pernas a 90 graus), colocar as mãos no chão ao lado do pé da frente, levar o braço (do lado da perna da frente) para cima e para baixo 12x, mantendo o olhar para a mão. Realizar para o lado contrário 12x
- 6 – Em posição de saudação ao sol, levar um braço por baixo do outro durante 6 seg. e trocar de lado 12x.
- 7 – Deitar de barriga para cima e agarrar joelhos ao peito durante 30 seg.
- 8 – De barriga para cima, cruzar uma perna e elevar a bacia lentamente e baixar 12x, descruza e cruza com outra perna e repete.

Fase Compensatória

1. Cruzar braço e pressionar úmero contra o peito, 20seg (direito e esquerdo).
- 2-Com um joelho no chão e o outro pé a frente (ambas as pernas a 90 graus), rodar tronco para o lado da perna da frente segurando com as mãos na parte externa da perna.
- 3-Posição de caixa (em quatro apoios), realizar curvaturas lombares/dorsais. 12x
- 4-Saudação ao sol 30seg.

Fase de Relaxamento

- 1-Posição de bebe feliz. 30 seg.
- 2-Saudação ao sol joelhos afastados.
- 3-Mãos sobrepostas atras das costas e levar cotovelos para a frente e para trás. 12x
- 4-Sentada de pernas fletidas, deixar cair os joelhos para um lado e para o outro 12x
- 5-Sentada com pernas estendidas, tentar chegar aos calcanhares e agarrar a perna por 30 seg.

APÊNDICE 6 – FORMAÇÃO PARA CUIDADORES “COMO CUIDAR DO SEU FAMILIAR DEPENDENTE: POSICIONAMENTOS/MOBILIZAÇÕES”

The grid consists of 30 numbered slides:

- Slide 1:** "Como Cuidar do meu Familiar Dependente? Posicionamentos/Mobilizações".
- Slide 2:** "Objetivos da Sessão".
- Slide 3:** "Lesões músculo-esqueléticas do iniciador - O que são?".
- Slide 4:** "Lesões músculo-esqueléticas do cuidador - O que são?".
- Slide 5:** "Lesões músculo-esqueléticas do iniciador - Fases de Risco".
- Slide 6:** "Lesões músculo-esqueléticas do iniciador - Lesões mais frequentes".
- Slide 7:** "Lesões músculo-esqueléticas do iniciador - Transferências de dorso".
- Slide 8:** "Múltiplas transferências - Ayuda Técnica".
- Slide 9:** "Higiene Pessoal".
- Slide 10:** A video player showing a person.
- Slide 11:** "GRUPPO LABORAL".
- Slide 12:** "Gestão Lateral".
- Slide 13:** "Fase Preparatória".
- Slide 14:** "Fase Compensatória".
- Slide 15:** "Fase de Relaxamento".
- Slide 16:** "Como Cuidar do meu Familiar Dependente? Fundamentação/Histórias".
- Slide 17:** "Como Cuidar do meu Familiar Dependente? Fundamentação/Histórias".
- Slide 18:** "Como Cuidar do meu Familiar Dependente? Fundamentação/Histórias".
- Slide 19:** "Como Cuidar do meu Familiar Dependente? Fundamentação/Histórias".
- Slide 20:** "Como Cuidar do meu Familiar Dependente? Fundamentação/Histórias".
- Slide 21:** "Como Cuidar do meu Familiar Dependente? Fundamentação/Histórias".
- Slide 22:** "Como Cuidar do meu Familiar Dependente? Fundamentação/Histórias".
- Slide 23:** "Como Cuidar do meu Familiar Dependente? Fundamentação/Histórias".
- Slide 24:** "Como Cuidar do meu Familiar Dependente? Fundamentação/Histórias".
- Slide 25:**
- Slide 26:** "Como Cuidar do meu Familiar Dependente? Fundamentação/Histórias".
- Slide 27:** "Como Cuidar do meu Familiar Dependente? Fundamentação/Histórias".
- Slide 28:**
- Slide 29:** "Obrigado!"
- Slide 30:** Bibliografia.

APENDICE 7- GRELHA DE AVALIAÇÃO PRÉ E PÓS FORMAÇÃO

Grelha de observação		
	Inicial	Final
	S/N	S/N
1. Providencia material para junto da pessoa dependente.		
2. Aproxima a pessoa dependente da margem do leito.		
3. Mobiliza a pessoa usando movimentos firmes e suaves para que esta se sinta segura.		
4. Executa o levante da cabeceira da cama até 90°, quando possível com cama articulada.		
5. Executa a rotação dos membros inferiores para fora da cama e ao mesmo tempo auxilia a elevação do tronco verticalizando-o.		
6. Coloca a pessoa dependente sentada na cama com os membros inferiores pendentes e a apoia-os posteriormente, aguardando a estabilidade ortostática da pessoa.		
7. Observa alterações faciais da pessoa dependente e age em conformidade.		
8. Trava sempre as rodas do equipamento utilizado, cama articulada e cadeira de rodas.		
9. Aplica a tábua de transferência ou de deslize, quando a pessoa dependente não pode assumir a posição de pé.		
10. Aplica um cinto para facilitar a transferência, quando a pessoa dependente é obesa e/ou colabora pouco.		
11. Instala a cama e cadeira de rodas no mesmo plano, quando possível.		

12. Remove o braço da cadeira de rodas do lado da cama.		
13. Remove ou afasta os pedais da cadeira de rodas, evitando assim acidentes.		
14. Posiciona-se à frente da cadeira, voltado para a pessoa, rodando-a ou ajudando-a a rodar os membros inferiores para fora da cama.		
15. Vira ou assiste a pessoa a virar-se para o lado do cuidador, de modo a que possa elevar o tronco, apoiando-se no cotovelo, se possível, para assumir a posição de sentado na cama com os pés pendentes		
16. Assiste a pessoa a deslizar no bordo da cama, segurando-o pela cintura, até apoiar os pés no chão		
17. Estabiliza os joelhos da pessoa, com os joelhos do cuidador.		
18. Vira ou assiste a pessoa a virar-se segurando-a pela cintura, até ficar enquadrado com a cadeira de rodas e com a região poplíteia encostada ao assento		
19. Assiste a pessoa a fletir o tronco e joelhos, suave e progressivamente, acompanhando com os seus joelhos, até ficar sentado.		
20. Instala os pedais da cadeira de rodas (quando aplicável) em posição de apoio, ajustando-os a pessoa dependente (flexão 90° coxo-femural e do joelho)		
21. Verifica o alinhamento corporal, segundo o eixo sagital, observando-o de frente.		
22. Executa a transferência, evitando movimentos de torção e flexão do tronco, usando a mecânica corporal, para prevenir lesões musculoesqueléticas do cuidador.		

23. Posiciona-se à frente da pessoa dependente colocando as mãos sob as axilas e os joelhos justapostos.		
24. Assiste a pessoa dependente a fletir o tronco, seguido da sua extensão e fazer carga nos pés com extensão suave e progressiva dos joelhos, acompanhando com os seus joelhos, até ficar em pé.		
25. Vira ou assiste a pessoa dependente a virar-se segurando-a pela cintura, até ficar enquadrado com a cama e com a região poplíteia encostada à cama e estabiliza os joelhos da pessoa dependente com os seus joelhos, se necessário.		
26. Assiste a pessoa dependente a elevar-se e sentar-se no bordo da cama, segurando-a pela cintura com ajuda do cinto, se necessário.		
27. Assiste a pessoa dependente a deitar-se apoiando-se no cotovelo do lado da cabeceira da cama.		
28. Posiciona ou assiste a pessoa a posicionar-se, verifica o alinhamento corporal, segundo o eixo sagital, observando-o dos pés da cama.		
29. Coloca as almofadas na posição correta para otimizar o posicionamento.		

APENDICE 8 – QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DO CUIDADOR INFORMAL

QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DO CUIDADOR INFORMAL

Este questionário é composto por um conjunto de questões, às quais solicitamos que responda com a maior precisão possível.

Lembramos-lhe que a informação aqui recolhida é confidencial e em nada o identifica. Obrigada.

Vou ler-lhe as questões, uma a uma. Caso tenha dúvidas, solicite os esclarecimentos que entender necessários.

1. Género: Masculino ☐ Feminino ☐
2. Idade: ____ anos
3. Escolaridade: Não sabe ler nem escrever ☐ Sabe ler e escrever ☒ Ensino primário ☐
Ensino preparatório ☐ Curso médio ☐ Ensino Superior ☐ Outra. Qual? _____
4. Qual a sua profissão? _____
5. Qual é a sua situação atual perante o trabalho? Empregado(a) ☐ Desempregado(a) ☐
Doméstica(o) ☐ Reformado(a) ☐ De baixa médica ☐
Se sim, há quanto tempo? _____
Outra situação. Qual? _____
6. Estado civil: Solteiro(a) ☐ Casado(a) ☐ Viúvo(a) ☐
Divorciado(a)/Separado(a) ☐ União de facto ☐
7. Há quanto tempo é cuidador Informal? _____
8. É primeira vez que desempenha esta função? Não ☐ sim ☐
9. Gosta da sua função de Cuidador? Não ☐ Sim ☐
10. Esta função foi-lhe imposta? Não ☐ Sim ☐ Se Sim, por quê?
Tinha de ser ☐ Não tive oportunidade/ conhecimentos para outra de escolha ☐
Não tenho rendimentos para outra escolha ☐ Imposição da família/sociedade ☐
11. Teve alguma formação para cuidar de pessoas dependentes no domicílio? Não ☐ Sim ☐
12. Gostaria de frequentar ações de formação para cuidadores informais? Não ☐ Sim ☐
13. Tem tempo para realizar outras atividades além de ser cuidador? Não ☐ Sim ☐
14. Gostaria de realizar atividades lúdicas para além das atividades de cuidador?

Não ☐ Sim ☐

Se sim, diga quais as atividades que gostaria de

desenvolver: _____

_____.

15. O seu dependente possui dispositivos médicos? Não ☐ Sim ☐ Se sim, quais:

VNI ☐ VI ☐ Cough assist ☐ Traqueostomia ☐ Outro _____

16. O seu dependente tem mobilidade alterada? Não ☐ Sim ☐

17. O seu dependente consegue transferir-se sozinho: NÃO ☐ SIM ☐

18. O seu dependente consegue andar sozinho: NÃO ☐ SIM ☐

19. O seu dependente consegue tomar banho sozinho: NÃO ☐ SIM ☐

20. Qual o número de refeições que lhe faz por dia: 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ Outro ☐

21. Duração do período de levante da pessoa dependente: 15min ☐ 30min ☐ 60min ☐

22. O seu dependente já caiu: NÃO ☐ SIM ☐ Se SIM: Número de quedas: 1 ☐ 2 ☐

mais de 3 ☐

23. Já levou o seu dependente á urgência por: Falta de ar: NÃO ☐ SIM ☐

Engasgamentos: NÃO ☐ SIM ☐ Infecções respiratórias: NÃO ☐ SIM ☐

Úlceras de Pressão: NÃO ☐ SIM ☐

Muito obrigada pela sua colaboração!

APÊNDICE 9 – QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO DA PESSOA DEPENDENTE NO DOMICÍLIO

QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO DA PESSOA DEPENDENTE NO DOMICÍLIO

Este questionário é composto por um conjunto de questões, às quais solicitamos que responda com a maior precisão possível. Lembramos-lhe que a informação aqui recolhida é confidencial e em nada o identifica.

Obrigada.

Vou ler-lhe as questões, uma a uma. Caso tenha dúvidas, solicite os esclarecimentos que entender necessários.

1. Género: Masculino ☐ Feminino ☐
2. Idade: ____ anos
3. Escolaridade:
- Não sabe ler nem escrever ☐
 - Sabe ler e escrever ☐
 - Ensino primário ☐
 - Ensino preparatório ☐
 - Curso médio ☐
 - Ensino Superior ☐
 - Outra. Qual? _____
4. Qual a sua profissão? _____
5. Qual é a sua situação atual perante o trabalho?
- Empregado(a) ☐
 - Desempregado(a) ☐
 - Doméstica(o) ☐
 - Reformado(a) ☐
 - De baixa médica ☐
- Se sim, há quanto tempo? _____
- Outra situação. Qual? _____



6. Estado civil: Solteiro(a) ☐ Casado(a) ☐ Viúvo(a) ☐
 Divorciado(a)/Separado(a) ☐ União de facto ☐
7. Quem lhe dá apoio/presta cuidados? _____
8. Quando lhe foi feito o diagnóstico? _____
9. Dispositivos médicos: VNI ☐ VI ☐ Cough assist ☐ Traqueostomia ☐
 Outro _____
10. Mobilidade alterada: Sim ☐ Não ☐
12. Consegue transferir-se sozinho: SIM ☐ NÃO ☐
13. Consegue andar sozinho: SIM ☐ NÃO ☐
- Consegue tomar banho sozinho: SIM ☐ NÃO ☐
13. Número de refeições que faz por dia ☐ ☐ ☐ 5 ☐ 6 ☐ outro ☐
14. Duração do período de levante: 15min ☐ 30min ☐ 60min ☐
15. Já caiu : Sim ☐ Não ☐
- Se SIM : Número de quedas: 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ mais quantos ☐
16. Idas á urgência por:
- Falta de ar: Não ☐ Sim ☐ Engasgamentos: Não ☐ Sim ☐
- Infeções respiratórias: Não ☐ ☐ úlceras de pressão: Não ☐ Sim ☐

Muito obrigada pela sua colaboração

APENDICE 10 – GUIÃO DA ENTREVISTA COM O CUIDADOR INFORMAL.

Guião da Entrevista

1. Já alguma vez teve formação para saber como proceder para a realização do levante da cama para o cadeirão ? _____
 - 1.1. Se sim, quem lhe deu formação? _____
 - 1.2. Descreva como o faz? _____
 - 1.3. Sente-se confortável ao mobilizar o seu dependente? _____
 - 1.4. Sente-se capaz de transferir o seu dependente sozinho? _____
 - 1.5. Sabe quais são as complicações que podem advir da imobilidade? _____
 - 1.6. Se sim, quais são ? _____
 - 1.7. O que faz ao detetar alguma dessas complicações? _____
2. Como se sente do ponto de vista da sua saúde? _____

 - 2.1. Sente que desde que ficou como cuidador, perdeu qualidade de vida? _____
 - 2.2. Sente dores nas costas? _____
 - 2.3. Tem insónias? _____
3. Acha que deveria ter mais apoio no cuidado ao seu dependente? _____
 - 3.1. Acha importante os cuidados especializados de Enfermagem de Reabilitação? _____
 - 3.2. O que mudou na sua vida e do seu dependente depois do ingresso na ECCI? _____
 - 3.3. Acha que seria importante ter formação específica para auxiliar no cuidado do seu dependente? _____
 - 3.4. Se sim, quais os pontos de interesse para essa formação? _____

Obrigado pela sua disponibilidade e colaboração.

**APENDICE 11- TABELA III: AÇÕES DE FORMAÇÃO INFORMAIS:
POSICIONAMENTOS DA PESSOA DEPENDENTE**

		POSICIONAMENTOS DA PESSOA DEPENDENTE							
DATA		11/11	15/11	16/11	03/12	06/12	03/01	18/01	04/02
CUIDADOR INFORMAL	1	X			X		X	X	
	2		X	X		X			X
	3		X	X	X			X	
	4	X				X	X		X
	5	X		X		X	X		
	6		X		X			X	X
	7		X		X		X		X
	8	X		X			X	X	
	9			X		X	X	X	
	10	X	X		X	X			

**APENDICE 12 - TABELA IV: AÇÕES DE FORMAÇÃO INFORMAIS:
POSICIONAMENTOS DO CUIDADOR**

		POSICIONAMENTOS DO CUIDADOR							
DATA		11/11	15/11	16/11	03/12	06/12	03/01	18/01	04/02
CUIDADOR INFORMAL	1	X			X		X	X	
	2		X	X		X			X
	3		X	X	X			X	
	4	X				X	X		X
	5	X		X		X	X		
	6		X		X			X	X
	7		X		X		X		X
	8	X		X			X	X	
	9			X		X	X	X	
	10	X	X		X	X			

**APENDICE 13 - TABELA V: AÇÕES DE FORMAÇÃO INFORMAIS:
SEGURANÇA DA PESSOA DEPENDENTE**

		SEGURANÇA DA PESSOA DEPENDENTE							
DATA		19/11	23/11	25/11	10/12	15/12	20/12	21/01	08/02
CUIDADOR INFORMAL	1	X			X		X	X	
	2		X	X		X			X
	3		X	X	X			X	
	4	X				X	X		X
	5	X		X		X	X		
	6		X		X			X	X
	7		X		X		X		X
	8	X		X			X	X	
	9			X		X	X	X	
	10	X	X		X	X			

**APENDICE 14 - TABELA VI: AÇÕES DE FORMAÇÃO INFORMAIS:
SEGURANÇA DO MATERIAL UTILIZADO**

		SEGURANÇA DO MATERIAL UTILIZADO							
DATA		29/11	30/11	13/12	28/12	30/12	05/01	24/01	10/02
CUIDADOR INFORMAL	1	X			X		X	X	
	2		X	X		X			X
	3		X	X	X			X	
	4	X				X	X		X
	5	X		X		X	X		
	6		X		X			X	X
	7		X		X		X		X
	8	X		X			X	X	
	9			X		X	X	X	
	10	X	X		X	X			