



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

O Papel do Enfermeiro de Reabilitação na Capacitação do Cuidador Informal do Idoso Dependente por AVC no Domicílio

Ana Sofia Maciel dos Santos



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Ana Sofia Maciel dos Santos

Relatório Final de Estágio de Natureza Profissional

**O Papel do Enfermeiro de Reabilitação na
Capacitação do Cuidador Informal do Idoso Dependente
por AVC no Domicílio**

VI Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Trabalho efetuado sob a orientação de:
Professora Doutora Maria José Fonseca
Mestre Jacinta Maria Pisco Alves Gomes

Junho de 2022

RESUMO

O atual envelhecimento e aumento populacional, associado ao progresso científico e tecnológico, proporcionou a existência de maior cronicidade e incapacidade na saúde. Os cuidados de saúde primários são, neste âmbito, um dos contextos privilegiados de intervenção. O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma das maiores causas de incapacidade crónica dos idosos, e o cuidador informal (CI) é um dos pilares da assistência necessária, podendo o seu papel influenciar várias dimensões da saúde. A literatura releva que os CI se deparam com dificuldades no regresso ao domicílio, com necessidade de mais e melhor informação e suporte na aquisição de competências que os capacitem para o seu desempenho. A intervenção na área da capacitação do CI no autocuidado do idoso dependente por AVC no domicílio, espera-se enriquecedora para os cuidados de saúde.

O Enfermeiro Especialista em Reabilitação (EEER) tem um papel fundamental na construção de respostas dos sistemas de saúde aos desafios sociais. No desenvolvimento profissional especializado é fundamental uma prática sustentada pela evidência, adequada às necessidades da população e orientada para resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação.

Nesta ótica, foi realizado um Estágio de Natureza Profissional com o objetivo geral de desenvolver competências no âmbito da Enfermagem de Reabilitação na Comunidade. O Relatório Final apresentado constitui um relato fundamentado e reflexivo das atividades realizadas, que permitiram o desenvolvimento de competências profissionais específicas do EEER, junto com o perfil das competências comuns. No nortear deste percurso foram tidos como modelos teóricos estruturantes as *Teoria do Défice de Autocuidado* de Orem e *Teoria das Transições* de Meleis.

A componente de investigação desenvolvida baseou-se numa metodologia quantitativa (estudo pré-experimental de grupo único), com os objetivos de: identificar características sociodemográficas e clínicas dos CI de idosos dependentes por AVC no domicílio, e conhecer os efeitos de um programa de enfermagem de reabilitação na capacitação destes CI para o autocuidado: cuidar da higiene pessoal, transferir, posicionar, providenciar ajudas técnicas, usar o sanitário, alimentar/hidratar e vestir/despir. Foram utilizados como instrumentos de recolha de dados: *Formulário de Caracterização do CI* e *Escala de Capacidades do Prestador Informal de Cuidados a Idosos Dependentes por AVC* (Araújo [et al.], 2016). A amostra foi constituída por 15 CI de uma Unidade de Cuidados na Comunidade da região Norte de Portugal, cujo programa de intervenção, baseado no ensino e treino de capacidades, contemplou seis contactos: cinco presenciais e um

telefónico, com sessões individuais no domicílio e uma em grupo. Os resultados do estudo permitiram concluir que o programa de enfermagem de reabilitação influenciou favoravelmente a capacitação do CI para o autocuidado do idoso dependente por AVC no domicílio, comprovando-se as hipóteses estatísticas relativas às áreas do autocuidado referidas, corroborando a importância da intervenção nesta área. A compreensão e análise desta problemática ajudará os profissionais, como o EEER, a melhor apoiar esta população.

O presente e futuro patenteiam novos desafios e oportunidades para tornar mais forte o corpo de conhecimentos da enfermagem na área da reabilitação.

Palavras-Chave: cuidadores, AVC, idoso, autocuidado, empoderamento, enfermagem em reabilitação.

ABSTRACT

The current aging and population increase, associated with scientific and technological progress, has provided the existence of a bigger chronicity and disability on health. Primary health care is, in this area, one of the privileged contexts of intervention. Stroke is one of the major causes of chronic disability in the elderly, and the informal caregivers are one of the pillars of their assistance, whose role can influence several dimensions of health. The literature reveals that informal caregivers faces difficulties on returning home, needing more and better information and support in acquiring skills that enable them to perform their role. The intervention in the area of informal caregiver empowerment with regard to self-care of the elderly dependent for stroke, at home, is expected to be enriching for health care.

The rehabilitation specialist nurse has a role key in building health systems responses to societal challenges. In a specialized professional development, the practice supported by evidence is essential, also adequate to the needs of the population and oriented towards sensitive results to rehabilitation nursing care.

A Professional Internship was carried out with the general objective of developing competences of rehabilitation nursing in the community. The Final Report presented constitutes a reasoned and reflective account of the performed activities, which allowed the development of specific professional competences of the rehabilitation specialist nurse, together with the common competences. In order to guide this path, Orem's *Self-Care Deficit Theory* and Meleis's *Transition Theory* were taken as structuring theoretical models.

The developed study was based on a quantitative methodology (pre-experimental study with a single group). The objectives were: identifying sociodemographic and clinical characteristics of informal caregivers of elderly people dependent for stroke, at home, and knowing the effects of a nursing rehabilitation training program on the empowerment of this informal caregivers, with regard to self-care in the areas of: personal hygiene, transferring, positioning, providing technical assistance, using the toilet, feeding/hydrating and dressing/undressing. The data collection tools used were: *The Informal Caregiver Characterization Form* and *The Skills Scale of Informal Caregivers of Dependent Older People Post-Stroke* (Araújo [et al.], 2016). The participants were 15 informal caregivers from a Community Care Unit in the North region of Portugal, whose intervention program, based on teaching and training skills, included six contacts: five in person and one by telephone, with individual sessions at home and one in a group. The results of the study allowed us to conclude that the nursing rehabilitation training program favorably influenced the empowerment of informal caregiver with regard to self-care of the elderly dependent for

stroke, at home, proving the statistical hypotheses related to the aforementioned areas of self-care, corroborating the importance of intervention in this area. The understanding and analysis of this matter will help health professionals, such as the rehabilitation specialist nurse, to better support this population.

The present and the future reveals new challenges that will constitute opportunities to strengthen the nursing body of knowledge, in the area of rehabilitation.

Keywords: caregivers, stroke, elderly, self-care, empowerment, rehabilitation nursing.

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Maria José Fonseca pela orientação, partilha, apoio rigoroso, incentivo, disponibilidade e dedicação no acompanhamento.

À Enfermeira Jacinta Gomes pelo estímulo constante, pelas sugestões exímias e aprendizagens partilhadas.

A todos os Professores e Enfermeiros de Reabilitação que cruzaram o meu caminho ao longo deste percurso de aprendizagem, por me levarem a ser mais e melhor. Particularmente, à Professora Doutora Maria Salete Soares pela generosa partilha de conhecimentos.

A todas as pessoas, cuidadores informais e familiares que aceitaram ser alvo dos meus cuidados no âmbito da enfermagem de reabilitação, no almejo de proporcionar cuidados de saúde de excelência.

À minha família por ser porto seguro, em particular, aos meus pais, modelos de coragem e apoio incondicional, e ao meu marido por todos os momentos de ausência que fez diminuir.

À minha amiga Carla por ser companheira de todas as horas e fonte de motivação.

Aos meus filhos, Benedita, Lourenço e Inês, por serem a minha maior concretização e me levarem a ser o melhor de mim, todos os dias.

“Sobre a ponte insegura é que é passar!”

Miguel Torga

SUMÁRIO

RESUMO.....	II
ABSTRACT.....	IV
AGRADECIMENTOS.....	VI
PENSAMENTO.....	VII
ÍNDICE DE FIGURAS, QUADROS E GRÁFICOS.....	XI
ABREVIATURAS.....	XII
ACRÓNIMOS.....	XIII
SIGLAS.....	XIV
INTRODUÇÃO	16
CAPÍTULO I. ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO: A SUA RELEVÂNCIA NA COMUNIDADE	20
1.1. A ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO.....	21
1.2. A ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NO CONTEXTO COMUNITÁRIO.....	23
1.3. MODELOS TEÓRICOS ESTRUTURANTES DA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA COMUNIDADE	27
1.4. A CAPACITAÇÃO DO CUIDADOR INFORMAL COMO ÁREA RELEVANTE DE INVESTIGAÇÃO E INTERVENÇÃO PELA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA COMUNIDADE.....	30
1.4.1. O Cuidado Informal e o Papel da Enfermagem de Reabilitação.....	30
1.4.2. A Capacitação do Cuidador Informal do Idoso Dependente por AVC no Domicílio	34
CAPÍTULO II. CARATERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO	43
CAPÍTULO III. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM REABILITAÇÃO	49
3.1. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA DE REABILITAÇÃO	51
3.2. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	60

CAPÍTULO IV. ESTUDO EMPÍRICO – A CAPACITAÇÃO DO CUIDADOR INFORMAL DO IDOSO DEPENDENTE POR AVC NO DOMICÍLIO	65
4.1. METODOLOGIA.....	66
4.1.1. Tipo de Estudo, Objetivos e Hipóteses	66
4.1.2. População e Amostra.....	67
4.1.3. Instrumentos de Recolha de Dados	68
4.1.4. Procedimentos de Recolha de Dados e Programa de Intervenção	69
4.1.5. Procedimentos de Tratamento de Dados.....	72
4.1.6. Procedimentos Éticos	73
4.2. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	73
4.2.1. Caraterização da Amostra	74
4.2.2. Capacidade do Cuidador Informal para o Autocuidado do Idoso Dependente por AVC	79
4.2.3. Testes de Hipóteses	83
4.3. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	85
4.4. CONCLUSÕES DO ESTUDO, LIMITAÇÕES E SUGESTÕES.....	92
CONCLUSÃO.....	96
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	99
ANEXOS	112
ANEXO A. ECPICID – AVC.....	113
ANEXO B. PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO ECPICID-AVC	115
APÊNDICES.....	118
APÊNDICE A. CRONOGRAMA DO ENP	119
APÊNDICE B. PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO: “MECÂNICA CORPORAL NA MOBILIZAÇÃO DA PESSOA DEPENDENTE – PARA O CUIDADOR INFORMAL” ...	121
APÊNDICE C. APRESENTAÇÃO POWERPOINT DA SESSÃO DE FORMAÇÃO: “MECÂNICA CORPORAL NA MOBILIZAÇÃO DA PESSOA DEPENDENTE – PARA O CUIDADOR INFORMAL”	123

APÊNDICE D. INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO: “MECÂNICA CORPORAL NA MOBILIZAÇÃO DA PESSOA DEPENDENTE – PARA O CUIDADOR INFORMAL”	135
APÊNDICE E. RESULTADOS DA APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO	137
APÊNDICE F. FORMULÁRIO DE CARATERIZAÇÃO DO CUIDADOR INFORMAL ..	139
APÊNDICE G. PLANO DO PROGRAMA DE INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO PARA CAPACITAÇÃO DO CUIDADOR INFORMAL DO IDOSO DEPENDENTE POR AVC NO DOMICÍLIO	142
APÊNDICE H. CONSENTIMENTO INFORMADO.....	144

ÍNDICE DE FIGURAS, QUADROS E GRÁFICOS

FIGURAS

Figura 1. Área geográfica de abrangência da UCC de Barroselas.....	45
--	----

QUADROS

Quadro 1. Distribuição da amostra quanto a variáveis sociodemográficas.....	74
Quadro 2. Distribuição da amostra quanto a requerimento do Estatuto de Cuidador Informal, à quantidade de pessoas sob cuidado informal e aos ensinamentos recebidos antes da alta para domicílio	77
Quadro 3. Distribuição da amostra quanto a variáveis clínicas.....	78
Quadro 4. Capacidade do CI para o autocuidado do idoso dependente por AVC antes e após aplicação do programa de intervenção de acordo com os itens da ECPICID-AVC.....	80
Quadro 5. Capacidade do CI para o autocuidado do idoso dependente por AVC antes e após aplicação do programa de intervenção de acordo com os fatores da ECPICID-AVC.....	83
Quadro 6. Teste de Shapiro-Wilk à normalidade de distribuição dos itens da ECPICID-AVC de acordo com os fatores que a compõem.....	84
Quadro 7. Teste de Wilcoxon à variável capacitação do CI para o autocuidado do idoso dependente por AVC	84

GRÁFICOS

Gráfico 1. Pirâmide etária dos utentes abrangidos pela UCC Barroselas.....	46
Gráfico 2. Distribuição da amostra por grupo etário.....	74
Gráfico 3. Distribuição da amostra pelo tempo despendido a cuidar do idoso em h/dia.....	76
Gráfico 4. Distribuição da amostra pelo tempo como CI do Idoso em anos.....	77

ABREVIATURAS

Edição – ed.

et alii (e outros) – et al.

Horas – h

Limitada – Lda.

Nível de significância – sig. ou *p-value*

Número – nº

Página – p.

ACRÓNIMOS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

CES – Comissão de Ética para a Saúde

CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

COVID-19 – *Corona Virus Disease* 2019

DeCS – Descritores em Ciências da Saúde

ESO – *European Stroke Organisation*

Eurocarers – *European Association Working for Carers*

INE – Instituto Nacional de Estatística

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

PIB – Produto Interno Bruto

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

SAFE – *Stroke Alliance For Europe*

ULSAM – Unidade Local de Saúde do Alto Minho

SIGLAS

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

ANAVC – Associação Nacional de Acidente Vascular Cerebral

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividades de Vida Diária

BI CSP – Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários

CCI – Cuidados Continuados Integrados

CI – Cuidador Informal

DGS – Direção Geral da Saúde

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

DR – Diário da República

EC CI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ECL – Equipa Coordenadora Local

EC PICID-AVC – Escala de Capacidades do Prestador Informal de Cuidados a Idosos Dependentes por AVC

ECSCP – Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos

ECTS – *European Credit Transfer and Accumulation System*

EEER – Enfermeiro Especialista Em Reabilitação

EIHSCP – Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos

ENP – Estágio de Natureza Profissional

E.P.E. – Entidade Pública Empresarial

ESS – Escola Superior de Saúde

fi – frequência relativa

H – hipótese estatística

ICC – Coeficiente de Correlação Intraclasse

IPVC – Instituto Politécnico de Viana do Castelo

n – amostra

ni – frequência absoluta

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

RBC – Reabilitação de Base Comunitária

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPSS – *Statistical Package for Social Sciences*

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCCI – Unidade de Cuidados Continuados Integrados

UE – União Europeia

WHO – *World Health Organisation*

INTRODUÇÃO

No âmbito da unidade curricular *Estágio de Natureza Profissional* (ENP) do VI Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Saúde (ESS) do Instituto Politécnico de Viana do Castelo (IPVC), surge este Relatório Final. O ENP decorreu de 11 de outubro de 2021 a 31 de março de 2022, na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) de Barroelas, num total de 30 ECTS (*European Credit Transfer and Accumulation System*), sob orientação da Professora Doutora Maria José Fonseca e da Mestre Jacinta Maria Pisco Alves Gomes.

O ENP visa assegurar a aquisição de competências profissionais – competências comuns do enfermeiro especialista (Regulamento n.º 140/2019) e competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) (Regulamento n.º 392/2019) – incluindo uma componente de investigação, realçando ainda os domínios de prestação de cuidados, governação clínica e formação (IPVC, 2021). Desta forma, este Relatório Final pretende consistir-se num relato fundamentado e reflexivo das atividades desenvolvidas.

O envelhecimento e aumento da população, associado ao progresso da ciência e das tecnologias, conduziu à existência de maior cronicidade e incapacidade em termos de saúde/doença. Esta realidade associa-se ao facto de estarmos a assistir a uma transição do paradigma intra-hospitalar para um paradigma comunitário (Hoeman, 2011; Meleis, 2007). Os cuidados de saúde primários são, sem dúvida, um dos contextos privilegiados para a intervenção do EEER, pois, sendo a (re)adaptação à condição de saúde um dos aspetos fulcrais da enfermagem de reabilitação, os cuidados de reabilitação terão a sua expressão máxima quando exercidos diretamente no domicílio, na família e na comunidade da pessoa que deles necessita (Oliveira, Couto e Silva, 2021). Neste sentido, é invocada a relevância da enfermagem de reabilitação na comunidade, justificando a pertinência de realização deste ENP neste contexto.

Na Europa, 80% dos cuidados de longa duração são prestados por cuidadores informais (*European Association Working for Carers* (Eurocarers), 2020), e o seu papel pode influenciar várias dimensões da saúde, quer individuais (do próprio cuidador e da pessoa cuidada), quer sociais, influenciando até o estado de saúde das populações e inclusive dos custos em saúde (Freitas [et al.], 2010). Desta forma, a participação da família e a reintegração social e comunitária tornam-se uma prioridade, sobretudo numa perspetiva de envolvimento e preparação do cuidador informal (CI), tendo a enfermagem de reabilitação, nesta, uma área nobre de intervenção.

Os idosos constituem a uma grande fatia da população e a eles está associada uma elevada ocorrência de compromissos funcionais, bem como dificuldade em aceder aos

recursos na comunidade. Concretamente, são relevantes os dados quanto à afeção e incapacidade associada a esta população por uma das patologias com maior prevalência mundial: o AVC (Organização Mundial da Saúde (OMS), 2017). Estes aspetos levam a considerar os idosos e os seus CI como foco de atenção. Aliás, Araújo (2016), à luz da revisão da literatura, destaca que o AVC constitui a maior causa de incapacidade crónica nos idosos, produzindo nas famílias instabilidade na saúde e sobrecarga apenas comparável com situação de demência.

Os estudos têm revelado que, no âmbito da intervenção junto do CI, a par do apoio emocional, o ensino e treino de competências com ênfase no autocuidado são parte fundamental (Santos [et al.], 2020; Petronilho [et al.], 2017; kriegler, Feron e Dorant, 2016; Pierce [et al.], 2015; Ribeiro, Pinto e Regadas, 2014). Além disso, o CI vê-se frequentemente menosprezado no centro dos cuidados e depara-se com dificuldades no regresso ao domicílio, com necessidade de mais e melhor informação e suporte na aquisição de competências que os capacitem para o seu desempenho (Sequeira, 2018). Ao mesmo tempo, a evidência científica demonstra que os programas de intervenção baseados na aquisição de capacidades dirigidos ao CI do dependente por AVC, através de intervenções educativas, têm mostrado contribuir para a melhoria de vários indicadores de saúde, do ponto de vista de todos os intervenientes (Araújo [et al.], 2015, 2020; Smith [et al.], 2019; Zhang, Zhang e Sun, 2019; Day [et al.], 2018; Wang [et al.], 2015; Rocha Júnior [et al.], 2011).

Se são múltiplos os estudos internacionais que demonstram a pertinência e conteúdos deste tipo de programas, em Portugal são mais escassos, sobretudo aqueles que avaliam com recurso a instrumentos de medida da capacitação. Além disso, carecem aqueles cujos programas são realizados por enfermeiros no âmbito da reabilitação, e sobretudo parece uma prática consensual, implementada, destes programas. Ao mesmo tempo, o tema do uso dos princípios da mecânica corporal a nível dos programas de capacitação do CI ainda é muito escasso. Neste sentido é conhecido o trabalho de Araújo [et al.] (2015, 2016, 2020), sendo a Escala de Capacidades do Prestador Informal de Cuidados a Idosos Dependentes por AVC (ECPICID-AVC) um inovador instrumento de avaliação concebido neste âmbito específico. A sua utilização e divulgação, na prática diária, para conhecimento das necessidades e avaliação do impacto na capacitação dos CI torna-se premente. Para além disso, no âmbito de um ENP, a intervenção real, com medição dos resultados e validação da pertinência da atuação do enfermeiro de reabilitação nesta área crucial, espera-se enriquecedora para os cuidados de saúde às populações.

Nesta ótica, foi realizado um ENP com o objetivo geral de desenvolver competências no âmbito da Enfermagem de Reabilitação, em contexto comunitário, perspetivando a finalidade maior de contribuir para a melhoria dos cuidados de saúde às populações.

Particularizando, a componente de investigação, aqui desencadeada, baseia-se numa metodologia quantitativa (estudo pré-experimental de grupo único) e visa responder à questão: “Qual o efeito de um programa de enfermagem de reabilitação na capacitação do CI para o autocuidado do idoso dependente por AVC, no domicílio?”.

Para a realização do ENP e elaboração do presente relatório, foi realizada pesquisa através da Plataforma *EBSCO*, nas bases de dados científicas eletrónicas: *CINAHL Complete*, *Cochrane Collection Plus*, *MEDLINE Complete*, *MedicLatina* e *Scielo*. A pesquisa definiu-se ainda em função dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) em inglês: *Caregivers*, *stroke*, *rehabilitation*; e português: cuidadores, AVC, reabilitação. Foi ainda realizada pesquisa bibliográfica no Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal, em livros, em artigos de revistas científicas e bibliografia cinzenta.

O Relatório do ENP aqui apresentado inicia-se com o enquadramento teórico, que contempla o suporte científico e o conjunto de conceitos e princípios que fundamentaram a atuação ao longo do ENP, incluindo a componente de investigação. Segue-se uma integração ao contexto de prática clínica. Os capítulos seguintes reportam-se à apresentação e reflexão sobre as atividades desenvolvidas: numa primeira parte é apresentada uma análise e reflexão sobre as competências profissionais desenvolvidas no âmbito da enfermagem de reabilitação (específicas e comuns) ao longo do ENP e numa segunda parte apresenta-se o trabalho de investigação desenvolvido. Termina com as conclusões, que este percurso permitiu traçar.

CAPÍTULO I

ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO: A SUA RELEVÂNCIA NA COMUNIDADE

A Enfermagem é conhecida como a arte e a ciência do cuidar. Ao mesmo tempo, a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) define *Enfermeiro* como “prestador de cuidados” (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2016, p.101). No entanto, este *Cuidar*, que se fala no âmbito da enfermagem, diz respeito a um cuidado de base científica e de cariz rigoroso e regulamentado, que, ao longo da história desta profissão, os enfermeiros procuraram explicitar.

Assim, no âmbito de um exercício profissional, a enfermagem, em Portugal, vê reguladas e clarificadas as suas competências através da legislação, sendo basilar o *Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro* (REPE) (Decreto-Lei nº161/96) e o *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros* (Lei nº156/2015). São, também, documentos de quadro de referência: o *Código Deontológico do Enfermeiro* (Nunes, Amaral e Gonçalves, 2005), os *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem* (OE, 2001), e entrando no âmbito da enfermagem especializada, em particular na vertente da reabilitação, o Regulamento n.º 140/2019 (competências comuns dos enfermeiros especialistas), o Regulamento n.º 392/2019 (competências específicas do EEER), bem como, os *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação* (OE, 2018^b). Este último documento visa explicitar a natureza e os aspetos do mandato social da profissão, pretendendo-se que se constitua um instrumento que clarifique o papel do EEER junto da população. Precisamente no sentido da produção de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação, surgem os *Bilhetes de Identidade dos Indicadores que Integram o Core de Indicadores por Categorias de Enunciados Descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação* (OE, 2018^a).

1.1. A ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

A história da enfermagem de reabilitação inscreve-se na história da enfermagem e os cuidados desenvolvidos pelos enfermeiros de reabilitação têm evoluído muito desde os ensinamentos da Enfermeira Sales Luís e suas companheiras, perante a forte preocupação das sequelas deixadas pelas lesões da guerra na década de 60 (Martins, 2018). Este percurso histórico é resultado do avanço científico e da formação em enfermagem de reabilitação (Marques, Ribeiro e Costa, 2021).

A enfermagem de reabilitação tem, então, crescido e consolidado o seu campo de ação nos cuidados de saúde, sendo fundamental entender que a reabilitação é uma especialidade multidisciplinar que 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 (Regulamento nº392/2019).

Estão descritas como competências específicas do EEER: “cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados”, “capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania” e “maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa” (*ibidem*, p.13566). O EEER tem como área de intervenção aquela que “previne, recupera e habilita de novo, as pessoas vítimas de doença súbita ou descompensação de processo crónico, que provoque *deficit* funcional ao nível cognitivo, motor, sensorial, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade” (OE, 2018^b, p.5).

Assim, de acordo com a mesma legislação que regulamenta as suas competências específicas, o EEER utiliza técnicas e tecnologias específicas de reabilitação, de forma a prevenir complicações e manter ou recuperar a funcionalidade. Este concebe, implementa e avalia programas de treino de reeducação funcional, nomeadamente motor, cardíaco, respiratório e de Atividades de Vida Diária (AVD), que se reformulam em função dos resultados, projeto de saúde e especificidades da pessoa como um todo. Desta forma, intervém na educação das pessoas e seus familiares, avaliando e diagnosticando limitações da atividade, em todas as fases do ciclo de vida e em todos os contextos da prática de cuidados, desde o agudo, e regresso a casa, a continuidade de cuidados e a reintegração na comunidade. A sua intervenção visa, portanto, a qualidade de vida, a reintegração e a participação da pessoa/família na sociedade.

Importa ter em conta que a regulamentação da enfermagem de reabilitação encerra em si mesma o que de mais profundo na profissão existe, sendo premente o seu conhecimento e interpretação para demonstrar o papel do EEER em todos os contextos, promovendo o seu reconhecimento na sociedade (Gaspar, Loureiro e Novo, 2021).

Assim, os enfermeiros de reabilitação acompanharam a evolução do mundo e estão preparados para intervir, aos vários níveis da reabilitação, nos diferentes contextos: nos hospitais e nos centros de saúde, desde unidades de grande complexidade, como os cuidados intensivos, até aos domicílios das pessoas (Martins, 2018). Para que tal se mantenha, o EEER deve acompanhar o conhecimento, rever e melhorar as suas práticas clínicas, para tornar a sua ação junto da pessoa/família mais eficaz e, ao mesmo tempo, consolidar e atualizar o conhecimento, incluindo novos saberes, abordagens e perspetivas, sempre com o desígnio de restaurar a autonomia e acrescentar qualidade de vida (Gaspar, Loureiro e Novo, 2021).

Neste sentido, é igualmente importante, do ponto de vista do desenvolvimento profissional especializado do EEER, conhecer e fazer valer as competências comuns, isto é, as que são partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, demonstradas através dos domínios: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento n.º 140/2019). Estas competências, para além de garantirem a legitimidade na conceção, gestão e supervisão de cuidados, suportam o efetivo exercício profissional especializado nos âmbitos da formação, investigação e assessoria.

No registo evolutivo da especialidade deve-se realçar o elevado papel desempenhado pela formação académica, destacando-se a realização dos cursos de mestrado e doutoramento, bem como o envolvimento em projetos de investigação científica, pois estes traduzem uma prática reflexiva – a prática baseada na evidência e a evidência baseada na prática (Marques, Ribeiro e Costa, 2021; Gaspar, Loureiro e Novo, 2021). Ora, estas constituem-se pilares da enfermagem de reabilitação, tal como descrito no próprio regulamento que explicita as competências do EEER, e que enquadra da melhor forma este ENP e o seu âmbito.

Assim, a relação entre a teoria, a investigação e a prática clínica é necessária para a continuidade do desenvolvimento da enfermagem como profissão e como ciência. Cada vez mais, urge valorizarmos quem somos e ao que vimos. Só assim obtemos resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, que são fundamentais para clarificar os ganhos em saúde para as populações, nomeadamente com a presença do EEER nas diversas circunstâncias e contextos.

1.2. A ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NO CONTEXTO COMUNITÁRIO

De acordo com Hoeman (2011), o EEER tem o dever fundamental de providenciar educação de qualidade à pessoa e família, sendo que a reabilitação não faz sentido senão numa perspetiva do seu envolvimento e preparação, em particular no contexto domiciliar, até porque, estes regressam à comunidade, vindos de serviços de cuidados agudos e de reabilitação, com necessidades de aprendizagem por satisfazer. Na perspetiva desta autora, esta situação deve-se aos internamentos hospitalares cada vez mais curtos, que fazem com que mais pessoas deixem os hospitais com necessidades de saúde complexas e, ao mesmo tempo, ao facto da pessoa e família poderem demonstrar compreensão da informação e efetuar, com sucesso, as competências associadas no cenário de prestação de cuidados, mas não transferir os novos comportamentos para a comunidade. Assim é na comunidade que esta díade (pessoa/CI) estará mais desprotegida.

Neste sentido, o EEER assume-se uma figura imprescindível, pois sendo a adaptação à condição de saúde um dos aspetos fulcrais da enfermagem de reabilitação, os cuidados de reabilitação terão a sua expressão máxima quando exercidos diretamente no domicílio, na família e na comunidade da pessoa que deles necessita, sendo uma via segura para maximizar os ganhos em função do real potencial de recuperação/reabilitação (Oliveira, Couto e Silva, 2021).

Hoeman (2011), baseada na conceptualização da Reabilitação de Base Comunitária (RBC) da OMS, salienta os princípios fundamentais da enfermagem de reabilitação na comunidade: prevenção e cultivo de atitudes e comportamentos positivos; capacitação/*empowerment* das pessoas e comunidade; eliminação de barreiras à incapacidade; transferência de conhecimentos e perícias sobre incapacidades para as pessoas, família e comunidade (autorresponsabilização); e envolvimento da comunidade através de uma abordagem multidisciplinar e multissetorial. Assim, a enfermagem de reabilitação na comunidade atua numa diversidade de papéis, seja atuando na prevenção de incapacidades, ajudando os doentes na sua reintegração comunitária, formando parcerias com doentes e comunidade, identificando recursos que maximizem a independência dos doentes, prevenindo reinternamentos e participando em investigação.

Esta visão, orienta-nos não só para a importância da articulação com os diferentes atores da equipa multidisciplinar, mas também com áreas complementares à saúde no âmbito comunitário, como sendo os diferentes sistemas: igreja, lares, creches, centros de dia, bem como a junta de freguesia, câmara municipal e outras forças políticas.

Deste modo, o enfermeiro de reabilitação deve conhecer o conceito de reabilitação com base na comunidade, aderindo à avaliação de todos os subsistemas que influenciam cada sistema comunitário, o que vai muito além da prestação de cuidados diretos.

A importância da atuação de enfermagem no campo comunitário é também realçada no *Código Deontológico de Enfermeiro*, no seu artigo 101º, ao reservar um artigo exclusivamente dedicado ao tema “Do dever para com a comunidade”, e que nos diz que:

“o enfermeiro, sendo responsável para com a comunidade na promoção da saúde e na resposta adequada às necessidades em cuidados de enfermagem, assume o dever de: a) Conhecer as necessidades da população e da comunidade em que está profissionalmente inserido; b) Participar na orientação da comunidade na busca de soluções para os problemas de saúde detetados; c) Colaborar com outros profissionais em programas que respondam às necessidades da comunidade” (OE, 2015^a, p.81)

Na atuação do EEER na comunidade, facilmente, identificamos que existem alguns grupos particulares das populações que estão mais em risco, como por exemplo os CI e os idosos. Por um lado, o desgaste físico e emocional associado ao esforço de cuidar de alguém, por

si só, reforça a importância de ter os CI como público-alvo da intervenção do EEER. Ao mesmo tempo, os idosos constituem, na verdade, a maioria da população na comunidade, e a elevada incidência de compromissos funcionais, a incapacidade de aceder a recursos, entre outros aspetos, levam a considerar esta população um foco vital da intervenção da enfermagem de reabilitação na comunidade.

Acrescentando a tudo isto, a evidência sugere que a reabilitação ativa reduz a dependência e os custos dos cuidados e aumenta a qualidade de vida. Tal como já sugerido por Hoeman (2011), os políticos e financiadoras de cuidados de saúde começam a reconhecer que a reabilitação na comunidade tem potencial para conter e reduzir as despesas de saúde. Aliás, o primeiro relatório sobre a situação da enfermagem no mundo reafirma que cada cêntimo gasto com a enfermagem tem retorno social e económico (OMS, 2020^a), o que fornece e reitera a evidência necessária aos decisores políticos para investir na participação dos enfermeiros.

Assim, se os legisladores e consumidores exigem aos prestadores eficiência, eficácia e responsabilidade, a prática baseada na evidência torna-se fundamental. Deste modo, há ainda um longo trabalho a fazer, através da investigação, na medição de resultados na prática e no desenvolvimento de modelos e programas de intervenção para as populações e grupos específicos. O EEER encontra na comunidade uma fonte muito rica de questões e inquietações para a prática e a investigação, de forma a contribuir, por um lado, para cuidados de excelência das populações e, por outro, para o desenvolvimento e valorização da disciplina de enfermagem.

Neste seguimento importa orientar, agora, este enquadramento para a realidade concreta da enfermagem de reabilitação na comunidade, em Portugal, isto é, nos cuidados de saúde primários.

O desenvolvimento e a integração da enfermagem de reabilitação nos cuidados de saúde primários surgem em simultâneo com a reforma dos mesmos. Desta reforma emerge a criação dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES). Estes são constituídos por diferentes unidades funcionais, entre as quais as UCC: unidades com autonomia funcional e organizativa, que têm como objetivo uma maior proximidade com o cidadão e maior qualidade do serviço prestado, referindo-se essencialmente a uma prestação de cuidados especializados, onde a enfermagem de reabilitação tem um papel preponderante (Portugal, 2007). De acordo com o Decreto-Lei nº 28/2008, que regulamenta a estrutura orgânica dos ACES, a UCC é uma unidade funcional que:

“presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis (...), e atua ainda na educação para a saúde, na

integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção” (p.1184).

Segundo o referido Decreto-Lei, a UCC tem como missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde e concorrendo, assim, de um modo direto, para o cumprimento da missão do ACES que integra. Estas unidades são constituídas por equipas multidisciplinares que integram enfermeiros, assistentes sociais, médicos, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas da fala e outros profissionais, consoante as necessidades e a disponibilidade de recursos. Ao mesmo tempo, articulam, de forma muito próxima, com diferentes infraestruturas da comunidade, tais como Agrupamentos de Escolas, Núcleo Local de Inserção, Comissão de Proteção de Crianças e Jovens, Intervenção Precoce na Infância, autarquias, associações comunitárias, entre outras.

A UCC integra o processo de contratualização interna, com a elaboração do seu plano de ação e definição de metas que se propõe atingir, incidindo estas sobre as necessidades em saúde identificadas, das prioridades definidas e de acordo com os recursos disponíveis (Oliveira, Couto e Silva, 2021). Este processo é operacionalizado por uma matriz multidimensional da atividade da unidade, através da ferramenta de gestão no Portal Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI CSP), fazendo parte do desempenho assistencial as seguintes subáreas: acesso, gestão da saúde, gestão da doença e intervenção comunitária; em todas, os cuidados de enfermagem de reabilitação têm impacto, no entanto, a dimensão “gestão da doença” concentra a maior expressão de intervenção do EEER, nomeadamente nas subdimensões: reabilitação, doença crónica e Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) (Portugal, 2020^a).

A avaliação de desempenho da UCC é obtida através do cálculo de indicadores associados a cada dimensão da matriz, existindo indicadores particularmente sensíveis à enfermagem de reabilitação: proporção de utentes com melhorias funcionais; proporção de utentes com asma/doença pulmonar obstrutiva crónica com intervenção da UCC; proporção de utentes com melhoria na dependência no autocuidado; taxa de resolução da ineficácia/compromisso da gestão do regime terapêutico; proporção de utentes com alta da ECCI com objetivos atingidos (Oliveira, Couto e Silva, 2021).

É através da UCC que o ACES participa na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), pois é à UCC que compete a constituição da ECCI (Decreto-Lei nº 28/2008). A RNCCI, criada em Portugal, em 2006, pelo Decreto-Lei nº 101/2006, mais tarde alterado pelo Decreto-Lei n.º 136/2015, constituiu um marco decisivo na história da saúde nacional, nomeadamente no âmbito da reabilitação. Este foi um passo importante para o paradigma da continuidade de cuidados, da reabilitação e reintegração social, com

aproximação da pessoa à sua comunidade, potenciando a corresponsabilização e participação do CI/família. Desta forma, no contexto da UCC, a intervenção do EEER está muito ligada a atividades desempenhadas no âmbito da ECCI.

A ECCI é uma equipa multidisciplinar para a prestação de serviços domiciliários a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento, mas que não podem deslocar-se de forma autónoma. Inclui cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social, ou outros, decorrentes de uma avaliação integral, assegurando: cuidados domiciliários de natureza preventiva, curativa, reabilitadora e ações paliativas; apoio psicossocial e ocupacional envolvendo os familiares e outros prestadores de cuidados; educação para a saúde aos doentes, familiares e cuidadores; apoio na satisfação das necessidades e atividades básicas e instrumentais da vida diária; coordenação e gestão de casos com outros recursos de saúde e sociais (Decreto-Lei n.º 136/2015).

Tendo em conta os objetivos e áreas de intervenção da ECCI, esta revela-se um palco de eleição para a prática de cuidados de enfermagem de reabilitação, uma vez que a necessidade de cuidados se prende com a promoção da autonomia das pessoas, diminuição da dependência, reabilitação das capacidades funcionais e readaptação/reintegração no contexto domiciliar, familiar e social, sendo estes princípios basilares dos cuidados de enfermagem de reabilitação (Oliveira, Couto e Silva, 2021).

Assim, tal como nos diz Verde (2015), tendo em consideração a filosofia das ECCI, o desafio profissional dos EEER prende-se com a inclusão da pessoa e do CI no processo de decisão clínica, num sistema de partilha, parceria e responsabilização. Deste modo, os cuidados prestados pelo EEER no âmbito da ECCI devem ir sempre de encontro à individualidade de cada pessoa/família/CI, na sequência da adaptação às mudanças ocorridas ao longo do ciclo de vida, satisfazendo as necessidades humanas, sendo o domicílio um local privilegiado para se efetuar um diagnóstico de necessidades adaptado à realidade do dia a dia.

1.3. MODELOS TEÓRICOS ESTRUTURANTES DA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA COMUNIDADE

Tal como nos diz o documento *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*, “na orientação da prática de cuidados de Enfermagem de Reabilitação, os modelos de autocuidado e das transições revelam-se estruturantes e de excelência para a otimização da qualidade e do exercício profissional” (OE, 2018^b, p.6). A Teoria de Orem (2001) sobre o Autocuidado dá conta da intervenção dos enfermeiros na

compensação ou na ajuda prestada às pessoas e famílias com necessidades no autocuidado. Por sua vez, na perspetiva de Meleis (2009), os enfermeiros, como facilitadores de transições, estão numa posição privilegiada para ajudar a vivenciar este processo. Ora, o mesmo aconteceu no trabalho desenvolvido ao longo deste ENP.

De facto, o desafio do EEER é entender os processos de transição e desenvolver estratégias que ajudem a pessoa/CI/família a ficar capacitada para fazer face à continuidade da sua vida, que se desenrola num conjunto de tarefas do quotidiano que necessitam de conhecimento e treino, tais como as AVD. Aqui, o EEER encontra o seu cerne.

A *Teoria do Défice de Autocuidado* de Orem (2001) compreende três teorias inter-relacionadas: Autocuidado; Défice de Autocuidado; Sistemas de Enfermagem. Esta Teoria sintetiza o conhecimento acerca do autocuidado, das atividades de autocuidado, das necessidades de autocuidado terapêutico, do défice de autocuidado e da ação de enfermagem (Queirós, Vidinha e Filho, 2014). O autocuidado é o conceito central e a autora define-o como sendo uma função humana reguladora do funcionamento e desenvolvimento da pessoa ou de um seu dependente, deliberadamente executada, para manter a vida e promover a saúde; isto inclui, quando indicado, procurar e participar na assistência clínica nas várias modalidades (Orem, 2001).

Na primeira componente desta teoria (Teoria do Autocuidado), é enfatizado que nas situações em que as exigências do autocuidado superam a sua capacidade de o realizar, é necessário suporte, quer das pessoas que aceitam a responsabilidade pelos cuidados da pessoa dependente (CI, família, amigos), quer dos profissionais de saúde (enfermeiro) (Petronilho e Machado, 2017). A segunda componente (Teoria do Défice de Autocuidado) exprime e desenvolve a razão pela qual as pessoas necessitam de enfermagem, devendo o enfermeiro seleccionar o método mais adequado para minimizar os seus efeitos deste défice: agir ou fazer pela pessoa; guiar e orientar; proporcionar apoio físico e psicológico; proporcionar ambiente de apoio; ensinar (*idem*). A terceira componente (Teoria dos Sistemas de Enfermagem) articula as propriedades do enfermeiro com as propriedades da pessoa, pelo que os cuidados de enfermagem são exigidos aquilo que a pessoa pode realizar e o que necessita ser realizado para manter o funcionamento desejado, seja por Sistema: Totalmente Compensatório; Parcialmente Compensatório; de Apoio/Educação (*idem*). Assim, numa perspetiva de funcionalidade e promoção da autonomia, é fundamental revestirmo-nos de modelos de intervenção que traduzam respostas adequadas às necessidades de autocuidado das pessoas/CI/famílias. Segundo Orem (2001), é esperado que o ser humano tenha a capacidade para dar resposta aos requisitos universais e básicos do autocuidado, sendo, no entanto, também uma resposta aprendida

face aos processos de transição saúde/doença, integrando esquemas terapêuticos com os profissionais de saúde.

Assim, o processo de saúde/doença, incluindo no regresso a casa da pessoa/CI/família, requer uma intervenção nos diferentes estádios e pontos críticos para garantir a manutenção do bem-estar durante estas transições, tal como nos aponta Meleis (2009), através da sua *Teoria das Transições*. Esta autora postula que ajudar as pessoas a gerir as transições de vida é uma função chave da enfermagem. De acordo com a mesma, uma transição é uma passagem de uma fase da vida para outra, de uma condição ou de um status a outro, constituindo um conceito múltiplo que integra elementos de processo, intervalos de tempo, e percepção. Este conceito é particularmente relevante para a enfermagem de reabilitação já que, ao consistir na facilitação dos processos de transição, é uma ciência que se centra no processo e nas experiências do ser humano, nos quais a saúde e o bem-estar são o resultado. A transição da pessoa da autonomia para a dependência, bem como a transição do CI para um novo papel implica mudanças no estado de saúde, dos papéis pessoais, familiares, laborais e sociais. Ora, confrontada com a mudança, a pessoa tem de aprender estratégias para regressar a casa, lidar com a nova situação e aceitar a alteração dos vários papéis – seja o próprio doente, seja o seu cuidador. Esta transição é de particular enfoque para o EEER.

De acordo com esta teoria, os tipos de transição que podem ocorrer são: *desenvolvimento* (fases do ciclo de vida), de *saúde-doença* (doença ou evento gerador de dependência – da própria pessoa), *situacional* (transição de papéis, como por exemplo, para o papel de CI após um evento crítico gerador de dependência) e a *organizacional* (mudança profissional) (Meleis, 2009). A mesma autora (2007) refere que as atuais políticas de saúde relacionadas com a hospitalização e a alta, regressos precoces e recuperações no domicílio, tantas e repetidas vezes inadequadamente preparadas, tornam mais complexas as diferentes transições vividas e requerem mais atenção por parte dos enfermeiros.

Assim, as exigências associadas ao autocuidado, da mesma maneira que a vivência das transições de forma positiva, apresentam-se como focos centrais no processo de cuidados dos enfermeiros de reabilitação. Os EEER são profissionais que, pelas suas competências especializadas, estão aptos a integrar todas as dimensões dos cuidados, e na metodologia do processo de enfermagem de reabilitação, estes modelos teóricos são estruturantes, na medida em que sustentam e orientam a prática, ao mesmo tempo que promovem melhores cuidados às populações e apoiam o desenvolvimento da enfermagem como ciência.

1.4. A CAPACITAÇÃO DO CUIDADOR INFORMAL COMO ÁREA RELEVANTE DE INVESTIGAÇÃO E INTERVENÇÃO PELA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA COMUNIDADE

Sabemos, pelo que já tem vindo a ser referido, que os padrões de máxima qualidade atualmente estabelecidos enquadram-se na prática baseada na evidência e a evidência baseada na prática. Assim, é fundamental, antes de mais, perceber a importância de determinada área de atuação, o nível de conhecimento atual e os contributos que possam advir para a disciplina, neste caso a Enfermagem, na particular vertente da Reabilitação. Depois, através de um processo rigoroso e sistemático, serão produzidos e/ou validados conhecimentos. Aliás, como nos diz Fortin (2009), conceber um processo de investigação implica ter em conta a significação reconhecida para esta e para as suas bases.

1.4.1. O Cuidado Informal e o Papel da Enfermagem de Reabilitação

O enfermeiro, munido de competências científicas, técnicas e humanas, presta cuidados de enfermagem ao indivíduo, família, grupos e comunidade (Decreto-Lei nº161/96). Assim, é no cuidar e nos cuidados que a enfermagem encontra o seu âmago de intervenção. No entanto este é um cuidado dito formal, pelo enquadramento que já tem vindo a ser referido ao longo deste trabalho. E o cuidado informal? E aqueles que cuidam dos seus pais, filhos, tios, avós, dos seus familiares dependentes? Quem cuida de quem cuida? Ora, por definição o processo de enfermagem inclui a abordagem à família e grupos no seu âmbito de intervenção. No entanto, será que está a ser feito tudo o que é necessário? E qual será o papel do EEER neste âmbito?

No contexto atual de envelhecimento populacional e de vivências de situações crónicas e incapacitantes no processo de saúde/doença, é fundamental dar atenção à família e ao cuidado informal: é papel do EEER trabalhar junto com o cliente e pessoas significativas de forma a encontrar uma maneira de viver com sentido para elas e compatível com a sua situação, intervindo no regresso a casa e reintegração no seio da comunidade (OE, 2018^b). Assim, o EEER assume-se uma figura imprescindível, pois “facilita o processo adaptativo de quem cuida e de quem é cuidado, garantindo a manutenção e a maximização dos ganhos” e as suas intervenções “traduzem-se em ganhos na capacidade funcional, no desempenho nas AVD e melhoria na perceção da qualidade de vida” (Vigia, Ferreira e Sousa, 2017, p.360), construindo-se, assim, transições positivas.

A pertinência atribuída à intervenção do EEER junto da família/CI é reforçada também no *Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Reabilitação* (OE, 2015^b). Este documento é um instrumento que agrega um conjunto de fatores

preponderantes para a prática da especialidade de reabilitação e centra-se em dimensões a partir das quais se vão fazer diagnósticos e determinar intervenções no âmbito geral e específico do EEER. É precisamente da sua análise que se constata que em cada uma das áreas de intervenção existem focos e intervenções direcionadas ao CI, que neste documento está identificado como prestador de cuidados (familiar ou outro). Ao EEER cabe o ensino, instrução e treino que habilita a pessoa e CI, de acordo com os seus conhecimentos, capacidades e respetivo potencial, nomeadamente para as técnicas de adaptação no autocuidado e uso de produtos de apoio – os “produtos de apoio (anteriormente designados de ajudas técnicas) são qualquer produto, instrumento, equipamento ou sistema técnico usado por uma pessoa com deficiência, especialmente produzido ou disponível que previne, compensa, atenua” (Decreto-Lei nº 93/2009, p.3).

Segundo a CIPE, este “familiar cuidador” é o “responsável pela prevenção e tratamento da doença ou incapacidade de um membro da família” (OE, 2016, p.143). Não obstante, o cuidado informal é também muitas vezes assumido por um amigo ou vizinho. Neste sentido a definição de CI dada pela *European Association Working for Carers* é mais abrangente e significativa no contexto em questão: uma pessoa que fornece cuidados não remunerados a alguém com doença crónica, incapacidade ou outra necessidade de saúde ou cuidado de longa duração, fora de um quadro profissional ou formal (*Eurocarers*, 2020). Importa esclarecer que neste trabalho opta-se pelo termo CI, porque, ainda que na documentação específica da enfermagem e enfermagem de reabilitação não seja o termo escolhido, no contexto da legislação é o termo utilizado. Além disso, também o é a nível da investigação e da população em geral.

Na Europa, 80% dos cuidados a longo prazo são fornecidos por CI e as estimativas do valor económico desse cuidado não remunerado, em percentagem do custo global da prestação formal de cuidados de longo prazo na UE (União Europeia), variam de 50 a 90%; ao mesmo tempo, o impacto orçamental projetado para uma mudança da assistência informal para formal até 2070 implicaria um aumento do PIB (Produto Interno Bruto) em 130% em média para a UE (*Eurocarers*, 2020). Mas o valor da assistência informal não é apenas uma questão económica, como também moral, político e social. O desgaste físico e emocional associado ao cuidar de alguém reforça a importância de ter os CI como público-alvo da intervenção do EEER.

Os CI são peças essenciais do cuidado, e apesar de nos últimos tempos estarem em destaque, muitos continuam invisíveis e a necessitar de apoio. Aliás, não existem dados oficiais quanto ao número de CI em Portugal, mas a estimativa atual é de 1,1 milhão (*Eurocarers*, 2020).

De acordo com o relatório do projecto *Eurofamcare* (Sousa e Figueiredo, 2004), os CI em Portugal são maioritariamente familiares da pessoa de quem cuidam (nomeadamente esposas ou filhas/noras); têm idades entre os 45 e os 55 anos (no caso de filhas/noras), ou 65 anos ou mais (no caso de esposas); residem com a pessoa de quem cuidam; apresentam baixa escolaridade; prestam cuidados durante quatro ou mais horas (h); auferem, potencialmente, baixos rendimentos. Estes dados, à exceção do nível de escolaridade que parece ter vindo a ser superior, são corroborados por números mais recentes, fornecidos pelo “Movimento Cuidar dos Cuidadores Informais”, que foi criado em Portugal, em outubro de 2020, no seguimento de um projeto corporativo global “*Embracing Carers*” (Portugal, 2020^b). Este Movimento conta com dezenas de associações portuguesas que concretizam projetos capazes de ajudar, na prática, os CI e uma das suas missões passa, precisamente, pela caracterização e identificação, atual, dos CI em Portugal. Os dados do inquérito nacional que realizaram revelaram também que os CI classificaram em média, numa escala de 0 a 10, o seu desgaste físico em 7,96 e o seu desgaste emocional em 8,44; para além disso, 41,2% dos CI tem necessidade de receber formação específica em algum aspeto do processo de cuidar (*idem*).

Ainda no contexto nacional, importa referir a existência da Associação Nacional de Cuidadores Informais que presta, neste âmbito, também um apoio importante.

No contexto recente de pandemia, por *Corona Virus Disease 2019* (COVID-19), a situação dos CI poderá ter agravado, nomeadamente pela dificuldade no acesso aos cuidados de saúde (que inclui o envolvimento na alta hospitalar, bem como depois no acompanhamento na comunidade) e o acesso a apoio de âmbito social. Aliás, também neste aspeto, o inquérito realizado pelo “Movimento Cuidar dos Cuidadores Informais” demonstrou impacto negativo da COVID-19 no papel de CI sobretudo na sobrecarga emocional e qualidade de vida e bem-estar (Portugal, 2020^b).

Ao mesmo tempo, pela importância que os CI têm e pelas contingências dos tempos atuais, a OMS definiu o ano 2021 como o *Ano Internacional dos Trabalhadores da Saúde e Cuidadores*, como forma de reconhecimento do seu esforço e dedicação (OE, 2021).

Em Portugal, foi particularmente reconhecida a importância do papel do CI com a Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro, que aprova o *Estatuto do Cuidador Informal*, regulando “os direitos e os deveres do cuidador e da pessoa cuidada, estabelecendo as respetivas medidas de apoio” (p.3). O referido estatuto, nos seus termos, procede à definição de CI, dividindo-o, para isso, em *Cuidador Informal Principal* e *Cuidador Informal Não Principal*. Assim, *CI Principal* é definido como “o cônjuge ou unido de facto, parente ou afim até ao 4.º grau da linha reta ou da linha colateral da pessoa cuidada, que acompanha e cuida

desta de forma permanente, que com ela vive em comunhão de habitação e que não auferir qualquer remuneração de atividade profissional ou pelos cuidados que presta à pessoa cuidada” (Lei n.º 100/2019, p.4). O *CI Não Principal* é definido de forma semelhante, mas ao contrário do *Principal* o respetivo cuidado é prestado “de forma regular, mas não permanente, podendo auferir ou não remuneração de atividade profissional ou pelos cuidados que presta à pessoa cuidada” (*idem*). De mencionar que apenas o primeiro tem direito ao subsídio de apoio à condição de cuidador, e nesta definição não ficam contemplados os CI que não têm ligação familiar à pessoa cuidada. Importa referir que há ainda um longo caminho a percorrer, pois apesar da aprovação do estatuto, há que o conseguir implementar na realidade do dia-a-dia. Dados recentes revelam que a maioria dos CI inquiridos (59,1%) não conhece o estatuto (Portugal, 2020^b). Não obstante, a criação do estatuto de CI foi um importante passo dado pelo nosso país no apoio a este grupo específico da população, que tão importante papel tem na sociedade.

A criação e existência desta lei visa, assim, apoiar aqueles que prestam informalmente cuidados a pessoas em situação de dependência. Entre outras medidas, nela fica definido em relação aos cuidadores: um subsídio de apoio, como já referido; o direito ao descanso; medidas específicas relativamente à sua carreira contributiva; aconselhamento e acompanhamento social e de saúde; capacitação e formação para o desenvolvimento de competências em cuidados específicos para a pessoa cuidada; e particularmente a identificação de um profissional de saúde como contacto de referência, de acordo com as necessidades em cuidados de saúde da pessoa cuidada (Lei nº100/2019). Ora, é precisamente nestes dois últimos aspetos que o EEER pode e deve fazer a diferença. Além da informação em relação à existência deste estatuto, bem como as respetivas medidas de apoio e direitos, o EEER encontra nas suas competências, as necessárias para se constituir como profissional de saúde de referência ao cuidador de acordo com as necessidades de saúde das pessoas cuidadas. Também neste ponto, o trabalho aqui apresentado encontra fundamentação e objetividade.

É de salientar que foi também criada, como medida de apoio, no portal “ePortugal”, uma área destinada aos cuidadores e pessoa cuidada, que divulga informação útil, evidenciando os seus direitos e benefícios, medidas de apoio e serviços, bem como respostas a vários níveis (Portugal, 2019^c). Destaca-se, ainda, que existem vários projetos a nível nacional de âmbito comunitário com foco no CI. É exemplo, em Barcelos, o projeto “ProCuidador”, financiado pelo NORTE 2020, onde se juntam várias entidades à Casa de Saúde de S. João de Deus de Barcelos, num programa de intervenção em cuidadores, no âmbito do AVC e Demências (Província Portuguesa da Ordem Hospitaleira de S. João de Deus, 2020). São, assim, vários os exemplos de atenção dada aos CI, o que lhe confere a devida

relevância, mas este continua a ser um foco fundamental de intervenção: mantêm-se um grupo frágil da população, faltando cumprir uma intervenção estruturada e integrada nos serviços de saúde, sobretudo com ênfase no pertinente papel do EEER.

1.4.2. A Capacitação do Cuidador Informal do Idoso Dependente por AVC no Domicílio

Pelo que tem vindo a ser explicitado ao longo deste enquadramento, a atuação do EEER na comunidade reveste-se de relevante importância, sendo o domicílio – “a residência particular, o estabelecimento ou a instituição onde habitualmente reside a pessoa em situação de dependência” (Decreto-Lei n.º 136/2015, p.3) – um palco de ação nobre pela aproximação à realidade da pessoa e família.

Na comunidade, como já tem vindo a ser referido, facilmente identificamos a existência de grupos particulares e pertinentes, como os CI. Ao mesmo tempo, os idosos constituem a maioria da população na comunidade, e a elevada incidência de compromissos funcionais, a incapacidade de aceder a recursos, entre outros aspetos, levam a considerar também esta população um foco vital da intervenção do EEER na comunidade. A população mundial está a envelhecer rapidamente, e segundo a OMS, o número de pessoas com 60 anos ou mais aumentará de 900 milhões para 2 bilhões entre 2015 e 2050, passando de 12% para 22% da população global total (OMS, 2017). Localmente, o Alto Minho é uma sub-região muito afetada pelo fenómeno demográfico negativo, pois é caracterizada por níveis de fecundidade baixos, uma população envelhecida, parca imigração e uma crescente emigração, tendo como corolário lógico uma descida continuada da população e o consequente despovoamento (Portugal, 2021^a). Neste sentido é também a OMS que alerta que uma ação abrangente de saúde pública exigirá mudanças fundamentais na forma como pensamos o envelhecimento e a saúde (OMS, 2017). Assim, cuidar dos idosos e cuidar de quem cuida dos idosos constitui-se prioridade.

De acordo com a OMS (2017), os maiores assassinos das pessoas mais velhas são as doenças cardíacas, o AVC e a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC). A mesma fonte (2020^b) alerta que as doenças e condições de saúde que causam mais mortes são também as responsáveis pelo maior número de anos de vida perdidos; de facto, as pessoas estão a viver mais, mas com mais incapacidade: em 2019, as pessoas viveram 6 anos a mais do que em 2000, mas, em média, apenas 5 desses anos adicionais foram vividos em boa saúde.

Ser idoso é um dos principais fatores de risco (definitivos e não modificáveis) para a ocorrência de uma das patologias com maior prevalência a nível mundial – o AVC

(Marques-Vieira, Sousa e Braga, 2017). São relevantes os dados que a literatura nos diz sobre a incidência, prevalência e limitação funcional associadas a esta patologia, o que o torna foco importante de atuação por parte do EEER na comunidade.

Segundo a OMS, o AVC define-se como um “comprometimento neurológico focal (ou às vezes global), de ocorrência súbita e duração de mais de 24h (ou que causa morte) e provável origem vascular” (2006, p.7). Pode ainda ser definido como um défice neurológico súbito, que se prolonga por mais de 24h, motivado por isquemia (AVC isquémico – o mais frequente) ou hemorragia (AVC hemorrágico – designado consoante a localização: subaracnoídeo ou intracerebral) (Phipps, Sands e Marek, 2003; Portugal, 2019^b).

Segundo a Direção Geral da Saúde (DGS) e de acordo com dados do Instituto Nacional de Estatística (INE), o AVC é uma das principais causas de morte em Portugal (Portugal, 2017); tal como no mundo (OMS, 2020^b). Dados do Serviço Nacional de Saúde (SNS), dizem que a cada hora três portugueses sofrem um AVC, e em 2019 foram registados, até ao dia 27 de outubro, 3.456 casos de AVC encaminhados para a Via Verde do AVC: uma média de 11 casos por dia (Portugal, 2019^b). Segundo a mesma fonte, estatísticas do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), indicam que, em 2019, vários hospitais do norte do país receberam uma parte muito significativa dos casos encaminhados pela Via Verde AVC. Dados recolhidos pela Rede Médico-Sentinela (Portugal, 2012^b) concluíram que, em ambos os sexos, a taxa de incidência de AVC atingiu o seu valor máximo aos 75 e mais anos, com maior ocorrência no sexo masculino; o que está de acordo com as estatísticas internacionais (Phipps, Sands e Marek, 2003).

O AVC está, convenientemente, nas agendas atuais de intervenção dos decisores na área da saúde. Exemplo disso é o “*Action Plan For Stroke in Europe 2018-2030*”, elaborado pela *European Stroke Organisation* (ESO), em cooperação com a *Stroke Alliance for Europe* (SAFE), e estabelece objetivos e metas para proporcionar melhores cuidados aos doentes com AVC na Europa, a partir da intervenção em quatro áreas de atuação estruturais (prevenção primária, fase aguda, reabilitação e vida pós-AVC) (Novrning [et al.], 2018).

A gravidade das manifestações clínicas e das sequelas varia consoante o tipo, grau e local da lesão, bem como do tempo de atuação; no entanto, de forma genérica estas incluem défices motores, da linguagem, perceto-sensoriais, cognitivo-emocionais (Phipps, Sands e Marek, 2003). A Associação Nacional AVC (ANAVC) afirma que 40% dos sobreviventes de AVC apresentam incapacidade moderada a grave, necessitando de acompanhamento específico (Portugal, 2022^a).

Assim, os sobreviventes de AVC podem apresentar diferentes tipos de incapacidades que condicionam as AVD – “conjunto de atividades ou tarefas comuns que as pessoas

desempenham de forma autónoma e rotineira no seu dia-a-dia” (OE, 2011, p.1). Desta forma, o autocuidado – “atividade executada pelo próprio: tratar do que é necessário para se manter; manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades da vida diária” (OE, 2016, p.42), será um foco primordial de atuação pelo EEER, quer diretamente no cuidado à pessoa, quer na capacitação do CI para assistência ao mesmo.

Os maiores desafios, quer para o doente, quer para a família, colocam-se depois do período inicial agudo, do AVC, pelo que o CI necessita de apoio na tomada de decisão quanto às fases subsequentes dos cuidados a prestar (Phipps, Sands e Marek, 2003). A literatura diz-nos que, frequentemente, o CI vê-se menosprezado nos centros dos cuidados e depara-se com dificuldades no regresso ao domicílio, com necessidade de mais e melhor informação e suporte na aquisição de competências que os capacitem para o seu desempenho. No que respeita ao AVC, Araújo (2016) refere que são diversos os estudos cujos resultados são reveladores ao expressarem que muitos CI manifestam insatisfação com a quantidade e a qualidade da informação e do suporte recebido, potenciando efeitos negativos, como a perda de qualidade de vida ou a sobrecarga. Também Krieger, Feron e Dorant (2016), Roy [et al.] (2015) e Danzl [et al.] (2016) demonstram falhas na preparação do CI. Freitas [et al.] (2010), no seu estudo, confirmam a necessidade de investir mais na preparação da alta da pessoa e na organização familiar da mesma. É, assim, necessário aumentar as parcerias entre os cuidadores formais e informais, através de ações concertadas (Sequeira, 2018). Deste modo, o EEER além de providenciar um cuidado adequado às limitações funcionais da pessoa dependente, potenciando as suas capacidades, deve capacitar o CI na assistência às necessidades do familiar dependente, com particular ênfase no autocuidado, diminuindo também ao máximo a sobrecarga que o papel de CI acarreta.

Atualmente, a maioria das pessoas vítima de AVC sobrevive, ainda que com diferentes graus de incapacidade, mas o AVC tem um profundo impacto socioeconómico para o próprio, sua família e comunidade podendo alterar significativamente a rede de relações (Freitas [et al.], 2010; Phipps, Sands e Marek, 2003). Num estudo realizado em Portugal, concluiu-se que tanto o paciente como o CI têm pior qualidade de vida aos 2 meses após o AVC (Silva [et al.], 2016).

Segundo Freitas [et al.] (2010, p.294) “ser cuidador provoca uma sobrecarga física, psicológica e social muito elevada”. A sobrecarga física terá, naquilo que é o papel do EEER, um destaque merecido. Monis [et al.] (2005) remetem-nos para o facto do CI poder sofrer vários problemas físicos, sendo os mais comuns as lombalgias, tendinites e cefaleias, podendo muitas vezes estes sintomas físicos serem negligenciados em relação

aos emocionais. Também Saikai [et al.] (2020) concluíram que a maioria dos CI, associado ao desgaste emocional, apresenta dores osteoarticulares, sendo a coluna lombar o segmento corporal mais afetado. Desta forma, no ensino/treino aos CI, o EEER não pode deixar de ter em conta, nos autocuidados relacionados com a mobilização da pessoa, os princípios da mecânica corporal. Aliás, num programa educacional direcionado para a capacitação no autocuidado, o EEER deve abordar também os princípios básicos de mecânica corporal, bem como a execução regular de programas de exercícios que interrompam as cadeias de tensões acumuladas no quotidiano, não esquecendo o aconselhamento sobre produtos de apoio, atendendo aos recursos disponíveis e ao ambiente em que os destinatários estão inseridos (OE, 2013). No entanto, a questão da mecânica corporal e prevenção de lesões associadas à sobrecarga física em particular nos CI é uma área ainda pouco explorada, apesar da sua pertinência. Neste âmbito o documento *Guia Orientador de Boas Práticas: Cuidados a Pessoa com Alterações da Mobilidade – Posicionamentos, Transferências e Treino de Deambulação* (OE, 2013) e o documento ISO/TR 12296:2012 (International Organisation for Standardization, 2012) constituem-se de referência para planeamento de intervenção.

O Programa Nacional de Educação para a Saúde, Literacia e Autocuidados (Despacho n.º 3618-A/2016) aposta na literacia em saúde nas áreas do Envelhecimento, Autocuidados e Cuidadores Informais, pelo que também importa ter em conta neste trabalho. Também o parecer da OE (2006) sobre a investigação em enfermagem vem reforçar a importância do tema da capacitação do CI da pessoa com AVC ao considerar a “adequação dos cuidados de enfermagem gerais e especializados às necessidades do cidadão” (p.3) e a “Educação para a Saúde na aprendizagem de capacidades” (p.4) como eixos prioritários de investigação. Aliás, a educação em cuidados de saúde primários é uma das medidas privilegiadas para os cidadãos prevenirem e controlarem a sua saúde há mais de 40 anos (OMS, 1978).

No âmbito deste trabalho, convém explicitar que a capacidade, de acordo com a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), é um qualificador que corresponde ao nível máximo de funcionalidade que uma pessoa pode atingir (OMS; DGS, 2004). Por sua vez, a capacitação é um processo multidimensional que envolve conhecimento, decisão e ação (Reis e Bule, 2017). Os processos de capacitação são adaptações que podem ocorrer de forma progressiva (em associação com as alterações que ocorrem ao longo da vida) ou bruscamente (causadas por intercorrências vivenciais) (*idem*). Os mesmos autores consideram que o próprio conceito de capacitação está intimamente ligado ao próprio conceito de AVD. Aliás, Orem (2001) dá o seu contributo neste âmbito, como apontado em capítulo anterior, ao abordar a capacitação numa

perspetiva sistemática e meritório de intervenção por parte dos enfermeiros num sistema compensatório de vários níveis.

Assim, o termo capacitação pressupõe as atividades de ensino, instrução, treino e apoio, tal como contemplado na intervenção do EEER e perspectivado neste trabalho. Importa referir, aliás, que, de acordo com o regulamento das competências específicas do EEER (Regulamento nº392/2019), a capacitação, a par da autonomia e qualidade de vida, é um indicador sensível aos cuidados de enfermagem de reabilitação que deve ser utilizado, no âmbito das suas competências, a nível pessoal, familiar e social. Ao EEER cabe a partilha de conhecimentos e a instrução e o treino do CI, de forma a capacitá-lo para a prestação de cuidados e motivá-lo a responder aos desafios de saúde (Oliveira, Couto, Silva, 2021). Acrescenta-se que o conceito de capacitação está ligado ao termo inglês *empowerment*, que corresponde ao "processo de aumento da capacidade de indivíduos ou grupos em fazer escolhas e de transformar estas escolhas em ações desejadas (...)" (Bireme, 2017).

A vivência de um AVC, tal como já referimos, é gerador de dependência (em diferentes graus), e nessa medida constitui-se uma transição quer para os sobreviventes do mesmo (saúde-doença), quer para o CI (situacional). Ao mesmo tempo, as exigências no domínio do autocuidado decorrentes do AVC, e em particular no idoso, levam a que seja um importante foco de atenção. Assim, justifica-se, mais uma vez, como enquadramento deste trabalho a *Teoria do Défice de Autocuidado* de Orem e a *Teoria das Transições* de Meleis.

Por tudo o que tem vindo a ser explanado, o papel do CI é imprescindível na pessoa com AVC, em particular no idoso, e importa tomá-lo como foco dos cuidados de enfermagem e dos programas de reabilitação, especialmente no regresso à comunidade. Assim, o EEER encontrará na intervenção junto do CI dos idosos dependentes por AVC, no domicílio, um espaço frutífero, pois o investimento na capacitação do CI é um recurso muito vantajoso para as famílias, para a comunidade e sociedade em geral.

E de que forma a evidência científica tem demonstrado isto mesmo?

Os estudos revelam que os programas de intervenção baseados na aquisição de capacidades dirigidos ao CI do dependente por AVC, através de intervenções educativas, contribuem para diminuir o comprometimento cognitivo, ansiedade e depressão do sobrevivente de AVC (Zhang, Zhang e Sun, 2019), para a sua melhoria funcional (Wang [et al.], 2015; Rocha Júnior [et al.], 2011), bem como redução da sobrecarga do CI (Smith [et al.], 2019; Day [et al.], 2018; Araújo [et al.], 2015, 2020; Rocha Júnior [et al.], 2011), melhoria da qualidade de vida do CI (Day [et al.], 2018) e do sobrevivente de AVC (Ferreira, 2014), e ainda diminuição de readmissões ou idas ao serviço de urgência da pessoa afetada (Day [et al.], 2018, Abdulkarim [et al.], 2016).

Sequeira (2018) dá um contributo a este tema, na linha dos estudos anteriores, afirmando que a ação dos profissionais de saúde é fundamental para dotar os CI, sugerindo a elaboração de programas formais que privilegiem numa primeira fase a informação (doença, dependência, tipo de cuidados); numa segunda fase o apoio instrumental (orientar, instruir, treinar sobre a prestação de cuidados) e numa terceira fase a disponibilização de apoio em termos de suporte emocional e psicológico.

Um ensaio clínico desenvolvido por Day [et al.] (2018), no Brasil, oferece informações para a realização de intervenções educativas em CI de sobreviventes de AVC, reforçando que os enfermeiros são uma figura primordial nesse âmbito. O programa educacional desenvolvido neste estudo, com duração de 1 mês e 3 visitas domiciliares, contempla: orientação no uso de serviços de saúde; ensino aos cuidadores sobre AVD, medicação e outros dispositivos consoante o necessário; orientação relacionada com causas e consequências do AVC, bem como prevenção de novo episódio e quais os recursos a utilizar se necessário; apoio emocional ao CI e aos sobreviventes de AVC; disponibilização de material educacional. Além disso, recomenda-se que os profissionais devem considerar o conhecimento prévio do CI, experiências e recursos financeiros, e incentivar a pensar reflexivamente sobre como o cuidado está a ser desenvolvido. Este estudo conclui que a preparação adequada dos CI influencia positivamente a sua sobrecarga e a qualidade de vida, além de evitar readmissões hospitalares e uso inadequado dos serviços de saúde.

No estudo desenvolvido por Krieger, Feron e Dorant (2016), na Alemanha, através de uma análise mista, foi desenvolvido um programa abrangente de apoio aos CI de sobreviventes de AVC, adaptado ao contexto, composto por cinco “Blocos de Construção Conceituais”, que se traduzem conceitos orientadores da intervenção educativa: conteúdo, recursos humanos, abordagem personalizada, tempo e configuração. Analisando o teor destes conceitos fica realçada a importância do conteúdo da mensagem ser adaptada às necessidades individuais, pois o que é importante para uns pode não o ser para outros, bem como a relevância do aconselhamento psicossocial, estratégias de resolução de problemas e ativação de recursos; a importância de um suporte profissional com experiência nos serviços sociais e de saúde; suporte a longo prazo, isto é, em toda a trajetória de reabilitação do AVC, flutuando de acordo com as necessidades que emergem ao longo do tempo necessário; e serviços flexíveis oferecidos em local de conveniência. No mesmo estudo é realçada a importância de o programa ser feito por um profissional especializado e treinado na área, o que nos remete para a importância do EEER.

Para percebermos quais as efetivas intervenções de enfermagem de reabilitação na capacitação dos cuidadores da pessoa com AVC é fundamental identificar quais as suas necessidades. Foi precisamente isto que o estudo desenvolvido por Roy [et al.] (2015), na

Nova Zelândia, procurou responder, junto dos CI de pessoas com AVC e profissionais de saúde. É descrito que numa fase inicial, de choque, os cuidadores poderão não estar tão despertados para aspetos do cuidar, sendo a intervenção domiciliar muito importante. Os vários participantes deste estudo dão enfoque às boas capacidades de comunicação e aos cuidados individualizados (ensinos certos nos tempos certos), bem como reconhecem a necessidade de se remodelar a forma como é feita atualmente esta educação aos cuidadores. Poucos foram os CI que se conseguiram lembrar de informações que se focavam especificamente neles como membros da família, e os profissionais apesar de compreenderem e reforçarem teoricamente a importância de envolver e capacitar o CI, identificaram barreiras (comunicação, tempo, recursos) a uma intervenção adequada junto destes e demonstraram lacunas na sua prática real. Na mesma linha vai o estudo desenvolvido por Danzl [et al.] (2016), cujos resultados aferiram que apesar da educação do paciente e do CI ser reconhecida como um fator importante para facilitar resultados ideais após AVC, é necessário melhorar essa educação e o acesso à mesma. Existe, portanto, um caminho a percorrer nesta área e os estudos devem ser desenvolvidos para conhecer a problemática e colmatar as lacunas e melhorar os cuidados prestados.

O estudo de Pierce [et al.] (2015), nos EUA, dedica-se a um programa educacional domiciliar através da internet, o que pode dar contributos, sobretudo em tempos de vivência de uma pandemia, como atualmente. Cinco temas surgiram da análise de conteúdo efetuada sobre as áreas de conhecimento mais requisitadas pelos familiares da pessoa com AVC para intervenção: conhecer a situação, validar emoções, promover autocuidado, auxiliar na adaptação de papéis, e fornecer informações sobre saúde. Ora, estas são, portanto, áreas a ter em conta num programa de reabilitação de capacitação dos CI da pessoa com AVC, no domicílio.

Em Portugal, de forma inovadora, foi desenvolvido o estudo de Araújo [et al.] (2015, 2016, 2020), onde se pretendeu avaliar a eficácia do programa (*Incare*) de capacitação dos CI de pessoas idosas após um AVC – no ACES da Região do Cávado. Os resultados deste estudo forjam a relevância da intervenção precoce e estruturada baseada na informação, no treino e na capacitação dos CI de sobreviventes de AVC, como forma de diminuir a sobrecarga e promover a saúde física, psicológica, o bem-estar social e a satisfação com os cuidados, sendo os enfermeiros figura de referência para tal. Os mesmos autores desenvolveram uma escala, ECPICID-AVC (2016), que revelou ser uma ferramenta fiável de apoio à avaliação das capacidades dos CI para o autocuidado de pessoas idosas dependentes após um AVC, para ser usada em programas de intervenção estruturada aplicados por equipas de saúde. A escala em questão contempla itens muito importantes na atuação do EEER neste âmbito: para além do autocuidado básico contempla o uso de

princípios de mecânica corporal e de produtos de apoio. Além disso, ao mesmo tempo que permite avaliar a capacitação do CI, permite igualmente a identificação das necessidades de intervenção pelo profissional de saúde.

Esta escala ganhou já dimensões internacionais, tendo sido recentemente adaptada e validada para a população brasileira (Dal Pizzol [et al], 2020), e ainda aplicada à sua população, como no estudo de Predebon [et al] (2021), realizado a 190 CI de idosos dependentes por AVC. Este último demonstrou que a transferência e posicionamento foram as atividades que os CI apresentaram maior dificuldade, devido à falta de orientação quanto à postura adequada para realizar essas atividades, concluindo que a avaliação dos enfermeiros quanto às atividades e dificuldades dos cuidadores é uma importante estratégia para intervir em todos os níveis de saúde.

Assim, se são múltiplos os estudos internacionais que demonstram a pertinência e conteúdos deste tipo de programas (capacitação do CI), em Portugal são mais escassos, sobretudo aqueles que avaliam com recurso a instrumentos de medida da capacitação. Além disso, carecem aqueles cujos programas são realizados por enfermeiros no âmbito da reabilitação, e sobretudo parece uma prática consensual, implementada, destes programas. Ao mesmo tempo, se por um lado, o enfâse no autocuidado como tema fulcral de intervenção ser ponto assente, por outro, o tema do uso dos princípios da mecânica corporal a nível dos programas de capacitação do CI ainda é muito escasso, como contemplado na escala ECPICID-AVC, o que a torna um valioso e único instrumento de avaliação conhecido neste âmbito específico. A sua utilização e divulgação, na prática diária, para conhecimento das necessidades e avaliação do impacto da intervenção (nomeadamente de um programa de Enfermagem de Reabilitação) junto dos CI torna-se premente. Para além disso, no âmbito de um ENP, a intervenção real, com medição dos resultados e validação da pertinência da atuação do EEER nesta área crucial, espera-se enriquecedora para os cuidados de saúde.

A evidência remete-nos para o EEER como figura de referência e agente promotor de estratégias adaptativas à situação de limitação funcional, em particular dos sobreviventes de AVC e dos seus CI, devendo privilegiar a intervenção precoce e estruturada com enfoque na capacitação (informação e treino). Este deve, de igual modo, participar na produção de evidências e nas tomadas de decisão sobre saúde e políticas de saúde, que visem a adoção efetiva de programas educacionais para a capacitação dos cuidadores de pessoas com AVC, e, claro, dos ganhos em saúde que daí advêm. A implementação de programas de capacitação do cuidador da pessoa com AVC é uma meta a atingir para uma prática de excelência em enfermagem de reabilitação e uma linha de ação para as políticas promotoras de ganhos em saúde. Importa investigar e investir nesta área.

Foram, portanto, estes os âmagos com que partimos para a realização do ENP e é neste sentido que surge este Relatório Final.

CAPÍTULO II

CARATERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO

O ENP decorreu na UCC de Barroselas. A UCC de Barroselas é uma unidade funcional do SNS e está sediada no Centro de Saúde de Barroselas, pertencente ao ACES do Alto Minho, da Unidade Local de Saúde do Alto Minho (ULSAM), Entidade Pública Empresarial (E.P.E.).

A ULSAM, E.P.E., criada pelo Decreto-Lei 183/2008 de 04 de setembro, retificado pelo Decreto-Lei 12/2009, de 12 de janeiro, é constituída por duas unidades hospitalares (Hospital de Santa Luzia em Viana do Castelo e Hospital Conde de Bertiandos em Ponte de Lima) e pelo ACES do Alto Minho, sendo a sua área de influência o distrito de Viana do Castelo (Portugal, 2021^a).

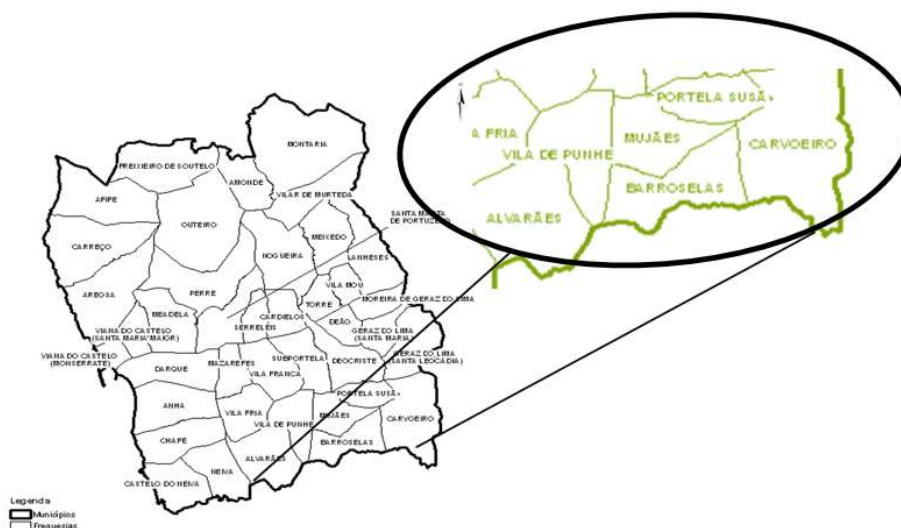
A área de influência da ULSAM, E.P.E. cobre a totalidade do distrito de Viana do Castelo, abrangendo uma população residente de 231.293 (INE, 2021). Destes, 11,3% apresentam idade inferior a 15 anos e 25,2% apresentam idade igual ou superior a 65 anos, sendo uma região muito afetada pelo fenómeno demográfico negativo, com baixos níveis de fecundidade e população envelhecida (Portugal, 2021^a). Esta sub-região apresenta uma densidade populacional de 104 indivíduos/km², representando à volta de 2,2% da população de Portugal e, aproximadamente, 6,4% da população da Região Norte (*idem*).

Nesta região, a prestação de cuidados de saúde primários à população é garantida pelo ACES do Alto Minho, formado por 12 centros de saúde (Arcos de Valdevez, Barroselas, Caminha, Darque, Melgaço, Monção, Paredes de Coura, Ponte da Barca, Ponte de Lima, Valença, Viana do Castelo e Vila Nova de Cerveira), num total de 38 Unidades funcionais: 4 Unidades de Saúde Familiares Modelo B, 10 Unidades de Saúde Familiares Modelo A, 11 Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados, 12 UCC e 1 Unidade de Saúde Pública (*idem*).

Uma dessas unidades funcionais é a UCC de Barroselas, que foi criada a 28 de março de 2013 e iniciou atividade a 1 de janeiro de 2015, funcionando das 8h às 20h de segunda a sexta-feira e das 9h às 16h aos sábados, domingos e feriados (Portugal, 2020^c). Esta UCC é constituída por uma equipa multidisciplinar que integra 5 enfermeiros (um enfermeiro especialista em Saúde Comunitária (coordenador), duas enfermeiras especialistas em Reabilitação, uma enfermeira especialista em Saúde Materna e Obstetrícia e uma enfermeira com pós-graduação em Cuidados Paliativos), uma médica, uma assistente social, uma fisioterapeuta e uma nutricionista.

A UCC de Barroselas tem uma área de influência que coincide com cinco freguesias (figura 1): Alvarães, Mujães, União de freguesias de Barroselas e Carvoeiro, União de freguesias de Subportela, Deocriste e Portela Susã (sendo Subportela e Deocriste áreas de intervenção da UCC de Darque) e ainda Vila de Punhe (Portugal, 2020^c).

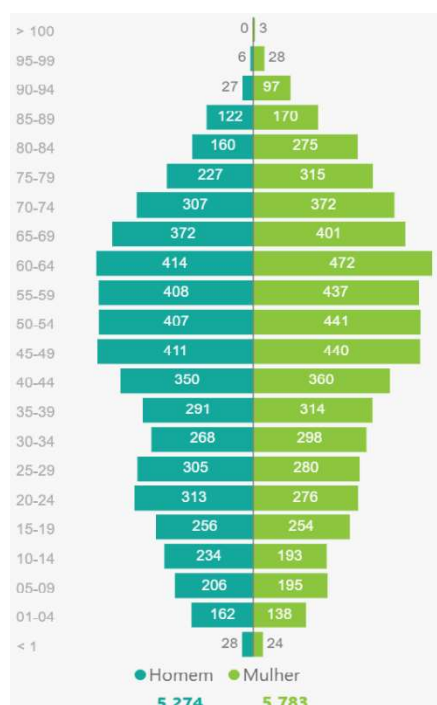
Figura 1. Área geográfica de abrangência da UCC de Barroselas (Fonte: Portugal, 2020^c)



No conjunto, estas freguesias apresentam uma população residente de 12 889 habitantes (INE, 2021). Tendo esta área de influência uma superfície com um total de 43,6 Km², apresenta uma densidade populacional superior à da região em que se insere, isto é, do Alto Minho (Portugal, 2020^c). De acordo com os censos 2021, em todas estas freguesias, a população infantojuvenil e adulta diminuiu em relação a 2011, tendo, por outro lado, a população idosa aumentado (INE, 2021). Estes dados vão de encontro aos números encontrados para a região Norte de uma forma geral, de acordo com a mesma fonte, sendo revelador do envelhecimento populacional.

A UCC de Barroselas, de acordo com os dados do Registo Nacional de Utente (RNU), tem, atualmente, 11 057 utentes inscritos, sendo que a faixa etária com maior representação diz respeito aos 60-64 anos e o género feminino está em maioria (Portugal, 2022^b), tal como se pode observar pela análise da pirâmide etária por utentes abrangidos por esta UCC (figura 2). A mesma fonte revela que o índice de dependência de jovens (nº de jovens por 100 pessoas em idade ativa), atual, na população abrangida pela UCC de Barroselas é de 16,87% e o índice de dependência de idosos (nº de idosos por 100 pessoas em idade ativa) é de 41,2% (Portugal, 2022^b). Estes são valores que vão de encontro aos dados nacionais e do Alto Minho de 2019, revelando um crescente número de idosos e diminuto número de jovens por população ativa (Portugal, 2021^a).

Gráfico 1. Pirâmide etária dos utentes abrangidos pela UCC Barroselas (Fonte: Portugal, 2022^b)



Assim, estes dados são reveladores do envelhecimento populacional desta região.

De acordo com o seu Regulamento Interno, a UCC de Barroselas tem como missão “atender, em tempo útil, com eficiência e qualidade, a população da sua área geográfica de influência, garantindo a acessibilidade, a globalidade e a continuidade dos cuidados” (Portugal, 2020^c, p.6). A sua visão passa por “fazer da UCC uma unidade de qualidade em Cuidados de Saúde Primários em termos de satisfação dos cidadãos e dos profissionais, disponíveis para inovar e responder às necessidades da população” e os valores são os seguintes: “Co-responsabilidade”, “Acessibilidade”, “Satisfação”, “Qualidade” e “Competência” (*idem*).

Esta UCC contratualiza com o ACES a sua Carta de Compromisso e Plano de Ação, com efeitos para cada ano civil, nas suas diferentes áreas e subáreas de assistência, e é compromisso da UCC de Barroselas o desenvolvimento da qualidade através da avaliação do seu desempenho em todas as áreas de prestação de cuidados, pelo menos semestralmente, identificando assim possíveis lacunas no que diz respeito ao atingimento de metas definidas no plano de ação (*idem*).

A carteira básica de serviços da UCC Barroselas compreende a execução dos seguintes programas: Programa de saúde infantil e juvenil; Programa Nacional de Saúde Escolar; Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral; Programa de Planeamento Familiar; Programa de Saúde Materna; Programa Nacional de Vacinação; Núcleo de Apoio a

Crianças e Jovens em Risco; Rede Social/Comissões Sociais Interfreguesias; Programa de Reabilitação e Programa de Ação Paliativa (*idem*). Estes dois últimos ganharam destaque com a constituição da ECCI desta UCC em 2018. A ECCI constituiu, no âmbito deste ENP, o âmago de atuação a nível de prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação.

A ECCI da UCC de Barroselas é coordenada localmente pela Equipa Coordenadora Local (ECL) do Vale do Lima e Coura (uma das duas ECL constituídas no distrito de Viana do Castelo) (Portugal, 2021^a). Esta tem capacidade instalada para vinte utentes da RNCCI, residentes na sua área de influência e que se incluem nos critérios descritos no capítulo anterior. É constituída por dois EEER, uma enfermeira com pós-graduação em cuidados paliativos, uma médica, uma assistente social, uma fisioterapeuta e uma nutricionista. Durante o tempo de realização do ENP, os diagnósticos principais da pessoa referenciada mais frequentemente encontrados foram: doenças respiratórias crónicas, Demência, Parkinson, AVC e outras doenças neurológicas degenerativas. A ECCI tem a *Gestcare CCI* como plataforma de registos da RNCCI.

No sentido de perceber a articulação de cuidados que pode ser feita neste contexto, importa ainda acrescentar que a ULSAM, E.P.E., para além de dispor de uma Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) que presta apoio e consultoria a todos os serviços de internamento hospitalares da área de influência, dispõe de uma Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP), que concede apoio e suporte, de modo direto, aos Serviços Hospitalares, às ECCI, às Equipas de Saúde Familiar e às Unidades de Internamento da RNCCI na área de abrangência da ULSAM. Desta forma, é possível perceber que o contexto prático de realização deste ENP constituiu-se um solo fértil no que respeita a oportunidades de desenvolvimento de competências no âmbito da enfermagem de reabilitação.

A integração ao mesmo decorreu de forma gradual, sendo que, para dar resposta à concretização deste ENP, decorreu, na primeira semana do mesmo, um momento de introdução à unidade curricular em contexto escolar com a coordenação de curso e orientadoras, no sentido de compreendermos as competências a desenvolver e objetivos a atingir de acordo, de acordo com o protocolo desta unidade curricular. Só depois se seguiu a chegada ao local de estágio – a UCC de Barroselas. Aqui foi necessário conhecer a realidade em questão e tomar decisões. Para isso contribuiu a primeira semana de estágio onde decorreu reunião/entrevista informal com o enfermeiro coordenador da UCC, enfermeira tutora e restante equipa da UCC, bem como, observação participada. Ao mesmo tempo, com a constante revisão bibliográfica, foi permitido um enquadramento teórico e contextual, que fomos descrevendo até aqui neste trabalho, e que nos possibilitou

decidir os objetivos do ENP e traçar um plano de ação para o mesmo. Este processo foi, então, desenhado em cronograma (apêndice A), com base nas fases do próprio processo de enfermagem e da investigação em si, e contempla o planejamento das atividades ao longo do ENP.

Foi nesta base que dividimos os capítulos seguintes deste relatório, relativos à apresentação e análise das atividades desenvolvidas, em dois grandes capítulos: um relativo ao desenvolvimento de competências profissionais do EEER e outro relativo ao estudo empírico realizado.

CAPÍTULO III

DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM REABILITAÇÃO

No dia 11 de outubro de 2021 iniciou-se mais uma trajetória pessoal e profissionalizante: a partida para o desafio final do curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação – o ENP, no caso concreto, em contexto comunitário. No domínio da regulamentação da enfermagem de reabilitação é premente o conhecimento e interpretação das competências do EEER, quer para intervir aos vários níveis da reabilitação e nos diferentes contextos, como para demonstrar o seu papel e reconhecimento na sociedade.

De facto, tal como foi vivenciado ao longo destas semanas, o contexto de prática clínica reveste-se, dentro daquilo que é um processo formativo, de uma importância vital, sobretudo tendo em conta os princípios da prática baseada na evidência e da evidência baseada na prática, sendo a comunidade um palco de ação muito peculiar.

No âmbito do desenvolvimento de competências profissionais do enfermeiro de reabilitação, de acordo com a legislação que as regulamenta (Regulamento nº 140/2019 e Regulamento n.º 392/2019), bem como o documento orientador do ENP (IPVC, 2021), foram definidos como objetivos específicos para o ENP:

- Conceber programas de enfermagem de reabilitação à pessoa/CI/família com necessidade de cuidados de enfermagem de reabilitação, em contexto comunitário, de acordo com as necessidades identificadas na avaliação inicial/funcional, com enfoque particular: na reeducação funcional motora, reeducação funcional respiratória/limpeza das vias aéreas e treino de AVD.
- Implementar programas de enfermagem de reabilitação à pessoa/CI/família com necessidade de cuidados de enfermagem de reabilitação, em contexto comunitário, interferindo positivamente no processo de transição saúde/doença, com vista à maximização da autonomia, capacitação, qualidade de vida e integração social.
- Avaliar ganhos em saúde e da funcionalidade da pessoa/CI/família com necessidade de cuidados de enfermagem de reabilitação, em contexto comunitário, com implementação de programa de enfermagem de reabilitação.
- Refletir, do ponto de vista ético e legal, sobre a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa/CI/família em contexto comunitário.
- Desenvolver competências especializadas no exercício profissional da enfermagem nos domínios da melhoria contínua, da gestão de cuidados, da investigação, da formação e assessoria.

Em momento de síntese e reflexão da aprendizagem são numerosos os momentos que vêm ao pensamento. Todos os dias houve aquisição de conhecimento e competências, às quais estão acopladas reflexões, que aqui será transmitido.

3.1. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA DE REABILITAÇÃO

De acordo com o regulamento das competências específicas do EEER (Regulamento nº 392/2019), este concebe, implementa e monitoriza planos diferenciados de enfermagem de reabilitação, com os objetivos de melhorar a função e promover a independência e a máxima satisfação da pessoa/família, nomeadamente ao nível das funções neurológica, respiratória, cardíaca, ortopédica e outras deficiências e incapacidades. O mesmo regulamento assevera que o EEER: “cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida”; “capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania”; e “maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa” (p.13566). Depois, dentro destas três grandes áreas, estão descritas unidades de competência e critérios de avaliação que serviram de base para o desenvolvimento desta reflexão e para a definição dos objetivos para o ENP.

Ao longo deste percurso foi possível desenvolver conhecimentos e competências científicas, técnicas e relacionais na área da enfermagem de reabilitação comunitária com enfoque particular: na reeducação funcional motora, reeducação funcional respiratória/limpeza das vias aéreas e treino de AVD, promovendo a maximização da autonomia, capacitação, qualidade de vida e integração social da pessoa/cuidador/família. Estas foram, de facto, áreas que pude desenvolver ao longo deste processo formativo, pois o contexto, orientação e tempo de estágio traduziram-se numa rica oportunidade de desenvolvimento.

Foi necessário a identificação, conceção, implementação e avaliação de cuidados de enfermagem de reabilitação em contexto comunitário, à pessoa/CI/família com necessidades específicas ao nível da função motora, sensorial, cognitiva, cardíaca, respiratória, da alimentação, da eliminação e da sexualidade, utilizando dinâmicas de intervenção individualizadas e integradas para assegurar cuidados de excelência.

Deste modo, a avaliação inicial foi fundamental, quer através da colheita de dados e exame físico junto do utente como também a consulta prévia do processo e dos conhecimentos que as EEER da ECCI já tinham sobre aquela pessoa/CI/família. Só através da identificação das necessidades foi possível planear e implementar planos de reabilitação adequados, bem como acompanhar a evolução. Aliás, sem uma avaliação correta é impossível desenvolver um plano terapêutico adequado, pelo que este foi um princípio intrínseco à atuação e o primeiro passo a implementar. Neste âmbito, tal como especificado nas competências específicas do EEER, foi necessária a recolha desta informação através

de instrumentos sistematizados. A utilização destes instrumentos de avaliação foi, pois, fundamental para o diagnóstico, bem como, acompanhamento e adaptação à evolução/fase do processo, e, ao mesmo tempo, para avaliar os ganhos em saúde e da funcionalidade de forma a produzir resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação. Importa referir que algumas das escalas específicas utilizadas durante o ENP foram: escala de Barthel, escala *Lawton & Brody*, *Medical Research Council Muscle Scale* (MRCMS), *Modified Ashworth Scale*, escala numérica da dor ou escala visual analógica, escala de Tinetti, escala Gugging Swallowing Screen (Guss), *Modified Medical Research Council Dyspnea Questionnaire* (MMRCDQ), Escala de Borg Modificada, Teste de Sentar e Levantar em 1 minuto, Prova de Marcha de 6 minutos, escala *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS), escala de qualidade de vida *EuroQol Group*, escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit e genograma familiar.

Não obstante, ainda que o recurso a estes instrumentos seja basilar, o olhar atento e individualizado da pessoa é fundamental, onde, por vezes, a descrição dos achados é de bom senso. Na prática, a avaliação inicial não é algo tão linear como fazer uma *check-list*, antes sim uma avaliação que deve ser adequada no tempo e à pessoa, tendo sido a enfermeira tutora um recurso importante e facilitador de recolha destes dados, dado o seu conhecimento prévio sobre a pessoa/CI/família. Este aspeto vem reforçar a ideia que a ligação que o EEER estabelece na comunidade com a pessoa/CI/família tem um carácter especial. Aliás, foi possível constatar que é estabelecida uma relação tão próxima, provavelmente potenciada pelo “entrar” naquilo que é o local mais íntimo da nossa existência – a nossa casa, o nosso lar – que, por vezes, mesmo quando já têm (pessoa/CI/família) objetivos de referenciação cumpridos, estando aptos na sua autonomia para ter alta da ECCL, não é fácil fazer o “desmame” e aceitar essa independência. Aliás, o papel do EEER vai muito além da técnica em si, onde muitas vezes a presença e a escuta ativa são, em si mesmo, uma terapia, quer para a pessoa, quer para o CI, onde a gestão do tempo é um desafio a ser ultrapassado.

Após a avaliação inicial, foi possível e necessário fazer um diagnóstico de necessidades, isto é, identificar o risco ou presença de alteração da funcionalidade a nível motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade, que são os âmbitos fundamentais da atuação do EEER descritos nas suas competências. Só a partir daqui foram concebidos os diferentes programas de enfermagem reabilitação, hierarquizando as prioridades de acordo com o projeto de saúde da pessoa, incluindo a avaliação psicossocial, com o objetivo de otimizar e reeducar as funções que estavam limitadas, tendo sempre em conta a maximização da autonomia e qualidade de vida. Importa reforçar, mais uma vez, que no âmbito da implementação dos programas de

reabilitação, ainda que o leque de situações clínicas não fosse enormemente diversificado, já os programas o foram. De facto, cada pessoa constituiu-se um desafio particular, em que os objetivos foram traçados para a sua individualidade, e os recursos e estratégias adaptativas e a progressão ao longo do tempo foi elucidativa disso mesmo. Além disso, a realidade de cada um é subjetiva, e o que é melhor para cada indivíduo não o é para outro que esteja em condição semelhante. Assim, a ação do EEER assenta no pilar essencial de capacitar para, recorrendo à discussão do que são as expectativas de cada pessoa/CI/família.

Desta forma tive oportunidade de realizar programas que contemplaram o treino de força, treino de equilíbrio, treino de marcha, reeducação funcional respiratória/limpeza das vias aéreas, treino de AVD, com a respetiva componente educacional que lhes é inerente, sendo que todos eles estão interligados de forma muito conexa.

O treino de força é utilizado para melhorar o desempenho muscular, quer no âmbito da promoção, quer da prevenção (Coelho, Barros e Sousa, 2017). No âmbito da enfermagem de reabilitação em contexto comunitário assume as duas vertentes, tal como vivenciado, seja no sentido de melhorar a força muscular, seja no sentido de conservar/prevenir complicações inerentes à imobilidade. O treino de força deve incluir o período de tempo necessário para adaptação musculoesquelética e aprendizagem da técnica de execução dos exercícios, de modo a reduzir a probabilidade de lesões e desconforto muscular exagerado (idem). Assim, houve oportunidade de executar, de acordo com as necessidades encontradas nas diferentes pessoas, mobilizações terapêuticas passivas e ativas. No que diz respeito às mobilizações passivas, ainda que estas não estejam incluídas no treino de força propriamente ditas são a ação de primeira linha nas estruturas afetadas, na medida em que promovem, segundo Coelho, Barros e Sousa (2017): manutenção da integridade óssea, nutrição da cartilagem, proteção de superfícies articulares, extensibilidade e contractilidade do tecido muscular, retorno venoso e o estiramento das fibras musculares como preparação para o treino de força. Em relação às mobilizações ativas, foi possível aplicar os diversos tipos: ativas assistidas, ativas livres e ativas resistidas, que foram aplicados de acordo com a evolução e tolerância da pessoa, a situação clínica, a idade, a condição prévia, bem como, as suas necessidades, para que fosse assegurada funcionalidade, independência nas AVD e qualidade de vida daquela pessoa/CI/família. Os tipos de contrações, nos diferentes programas instituídos, de acordo com a pessoa e objetivos em questão, foram: contrações isotónicas (concêntricas e excêntricas), isométricas e isocinéticas, que podiam ser de cadeia cinética aberta e fechada. Assim, as oportunidades de experiências neste âmbito foram ricas, pois ainda que a variância de diagnósticos clínicos não fosse enorme, tal como já referido, na verdade

os programas foram variados, pois cada pessoa e a sua circunstância são únicas. Assim, os objetivos devem ser sempre traçados de forma individualizada. Importa ainda acrescentar que nas pessoas com alterações ao nível da função sensorial, esta também foi trabalhada de forma muito interligada com a função motora, visto que existe uma interligação mútua destes dois sistemas, pois a reeducação da função sensoriomotora não pode ser descurada.

Quanto ao treino de equilíbrio, esteve também presente durante a implementação dos diferentes programas e muito associado a exercícios de força muscular assim como treino de marcha e de AVD. O treino de equilíbrio pode ser feito sentado e em pé (ortostático) e inclui treino estático e dinâmico (Coelho, Barros e Sousa, 2017). A manutenção do equilíbrio é uma tarefa complexa. Foram vários os exercícios implementados neste âmbito tendo a progressão sido feita de acordo com a evolução da pessoa: sentado com oscilação do tronco e membros superiores nas diferentes direções; deslizar até à superfície onde se está sentado; sentar e levantar; exercícios em pé junto à base da cama; transferência de peso nos membros inferiores; o próprio treino de marcha. Foi uma experiência rica em que cada pessoa apresentou necessidades diferentes, progressão diferente e beneficiou de estratégias, também elas, diferentes.

No que concerne ao treino de marcha, importa referir que o andar é também uma habilidade física e uma resposta humana com elevado interesse para o EEER, cuja intervenção carece de conhecimentos teóricos e habilidades práticas especializadas. Foi interessante perceber que para algumas pessoas aquele momento do programa de reabilitação é visto como algo positivo, em que vão, por exemplo, espreitar o quintal, ver à janela e demonstram a sua capacidade. Para outros pode ser visto como algo difícil certificando a sua incapacidade e receios em relação à sua recuperação. Isto é demonstrativo da ambiguidade de situações com que temos que lidar, e representativo daquilo que Meleis nos diz sobre o papel que o EEER tem na aceitação e encontro de estratégias para lidar com o processo de transição saúde/doença. De facto, os objetivos vão sendo traçados no dia-a-dia e que o que resulta com cada pessoa é único. Isto obriga-nos a uma reflexão diária e discussão com a pessoa em questão procurando conhecer a sua singularidade. Ainda no âmbito do treino de marcha, em contexto domiciliário, é momento e local de ouro para a questão da prevenção de quedas, sobretudo dos idosos. É no local que nos apercebemos dos riscos reais, que a literatura nos alerta: os tapetes, os móveis e outros obstáculos, o calçado, os locais pouco iluminados. Aliás, a questão da quedas dos idosos é uma questão de saúde pública, como revelam os dados epidemiológicos: o panorama europeu aponta para 36000 mortes por queda/ano em indivíduos com mais de 65 anos, com todos os prejuízos humanos e financeiros inerentes, e prevê-se uma tendência

crescente, a acompanhar o perfil demográfico do envelhecimento europeu (Turner, Kisser e Rogmans, 2015); e os idosos com mais de 80 anos têm uma taxa de mortalidade devido a quedas superior (cerca de 6 vezes mais) aos idosos entre os 65 e os 79 anos, porque caem mais vezes e são mais vulneráveis (Portugal, 2012^a). Assim, tal como referem Perell [et al.] (2001), é importante implementar programas de intervenção que envolvam a avaliação do risco de queda de forma sistemática, privilegiando intervenções focadas nos fatores de risco. A OMS (2007) no seu Modelo de Prevenção da Queda no Idoso, sublinha a importância da sensibilização da população – particularmente idosos, família/CI e profissionais de saúde – para a necessidade de, além das intervenções ambientais, promover a atividade física no idoso; esta última não se deve esgotar no treino da força, sendo essencial trabalhar o equilíbrio e a funcionalidade. Na comunidade a efetividade destes programas assenta numa avaliação dos fatores de risco ambientais e de saúde, com intervenções dirigidas aos problemas identificados e suscetíveis de modificação, em indivíduos cognitivamente capazes. Ora, foi precisamente com estas premissas que a atuação ao longo do estágio foi regida, pois o EEER tem aqui um papel fundamental.

No que concerne à reabilitação cardiorrespiratória, tive oportunidade de conceber, implementar e avaliar programas que contemplaram reeducação funcional respiratória (RFR), limpeza das vias aéreas e técnicas de gestão de energia.

A RFR consiste num conjunto de técnicas, baseadas no controlo da respiração, posicionamento e movimento, que visam melhorar as trocas gasosas e os sintomas resultantes das alterações fisiopatológicas do processo de doença, ou seja, atua sobre os fenómenos mecânicos da ventilação, melhorando a ventilação alveolar (Cordeiro e Menoita, 2012; Gomes e Ferreira, 2017). Ora, foi com base nestes pressupostos que se partiu para cada avaliação/intervenção. Apesar da literatura nos dar conta de uma série de técnicas utilizadas no âmbito da RFR, com enfoque na fase inspiratória ou expiratória, consoante se trate de patologia do foro restritivo ou obstrutivo, cabe ao EEER, após uma avaliação inicial rigorosa, definindo os défices/focos de intervenção e objetivos do programa, decidir e evoluir na implementação das intervenções de forma individualizada. Foi muito interessante constatar, mais uma vez, a individualidade de cada pessoa. Algumas técnicas da RFR, que à partida são dadas como mais simples, nomeadamente o posicionamento com correção postural, técnicas de descanso e relaxamento, e o controlo e dissociação dos tempos respiratórios, para algumas pessoas, em particular o idoso com patologia crónica, são um desafio bastante complexo. Estas são técnicas que são basilares/comuns em quase todos os casos de reabilitação respiratória, e é, fundamentalmente, por esta etapa que começamos. No entanto, em alguns casos, numa sessão de intervenção inteira podemos ter que estabelecer como meta apenas o ensino

de uma delas, e caso o consigamos já é algo muito razoável para aquela pessoa. Neste aspeto, facilitava, tal como apreendido com a enfermeira tutora, a conjugação de técnicas que promoviam simultaneamente a estimulação visual. Outras foram os casos em que as pessoas evoluíram de forma bastante considerável em apenas uma sessão e foi possível estabelecer metas mais ambiciosas. Todos estes aspetos são fundamentais na prática do EEER. Para além das técnicas de RFR que já referi, tive oportunidade de implementar, de acordo com as necessidades identificadas, também: a técnica de expiração com os lábios semicerrados (que habitualmente está associada às outras, mas que para muitos utentes são um desafio de conseguir atingir); a técnica de respiração diafragmática (com ou sem resistência, consoante a tolerância e objetivo para aquela pessoa, onde, em contexto domiciliar se recorreu a material que a pessoa tem em casa, como o simples pacote de arroz); a técnica de reeducação diafragmática (nas suas diferentes porções e hemicúpulas, consoante as patologias de base); a reeducação costal (global e seletiva, onde recorremos, em contexto domiciliário ao uso do cabo da vassoura, um pau ou bengala como bastão, e toalha como faixa). Em relação a esta última, a prática mostrou-me que, muitas vezes esta técnica ajudava a pessoa a fazer a dissociação dos tempos respiratórios. Ou seja, enquanto que para alguns utentes o progredir de uma técnica de controlo e dissociação de tempos respiratórios para uma de reeducação costal com bastão, com correção postural, era um desafio complexo, para outras esta reeducação era uma boa forma de cimentar a aprendizagem do controlo e dissociação de tempos respiratórios. Mais uma vez, a individualidade da pessoa e da sua resposta.

No âmbito da limpeza das vias áreas foi possível implementar, de acordo com as necessidades identificadas, manobras de limpeza das vias aéreas como o ensino da tosse (assistida e dirigida consoante os casos); ainda, o *Huffing* e técnica de expiração forçada, sendo que estas duas, tal como descrito em alguma literatura, revelaram-se ser mais eficazes, tendo um maior potencial de mobilização das secreções e minimizando o colapso das vias aéreas; e ainda as manobras acessórias (percussão, vibração e compressão). Na habilidade para aplicação destas técnicas contribuiu a experiência da enfermeira tutora, facilitando o processo de aprendizagem. O posicionamento terapêutico foi sempre uma constante presente, quer pelo relaxamento e redução da tensão psíquica e muscular, quer pelo efeito terapêutico, por permitir ora a drenagem, ora corrigir efeitos posturais e impedir formação de aderências pleurais, ora reeducar o diafragma ou grade costal de forma localizada consoante a patologia/défice/necessidade. Foi muito interessante o elaborar deste raciocínio.

Importa ainda referir que a UCC de Barroselas tem definido, em plano de ação, uma atividade que contempla o acompanhamento da pessoa com DPOC, telemonitorizado pelo

serviço de pneumologia da ULSAM. Assim, esta foi uma oportunidade para conhecer, na prática, a importância que este tipo de intervenção tem na comunidade, e o papel relevante que o EEER tem nos Programas de Reabilitação Respiratória nos Cuidados de Saúde Primários, tal como contemplado na orientação da DGS (Portugal, 2019^a). Do mesmo modo, foi enriquecedor estar apto para intervir junto da pessoa/CI/família em diferentes estádios quer da doença, quer da adaptação à doença, e, consequentemente, da intervenção individualizada. Mais uma vez, se reconhece o papel que o EEER tem na vivência de transições positivas na adaptação à doença e novos papéis que esta acarreta, bem como na promoção da autonomia no autocuidado, sempre numa lógica de capacitação.

No sentido de reeducar ao esforço, outra das áreas trabalhadas durante este estágio foi o uso de técnicas de gestão de energia. Aliás, este princípio de conservação de energia está sempre adjacente a qualquer técnica, sendo sempre, por nós, incentivado, nomeadamente no treino de força. Também o treino de AVD com recurso às técnicas de gestão de energia foram aspetos que os utentes valorizavam.

O treino de AVD é uma área primordial da intervenção do EEER, e está intimamente ligada aos aspetos anteriores que tenho vindo a referir, na medida em que o aumento da força muscular e da amplitude de movimento articular, leva por sua vez à melhoria do equilíbrio e consequentemente da capacidade de marcha, conduzindo naturalmente à independência no autocuidado. Não obstante, o treino de AVD implica intervenções específicas e individualizadas. As pessoas referenciadas para a ECCI, com as quais tivemos oportunidade de trabalhar, apresentavam diferentes tipos de incapacidades, que condicionavam as AVD, pelo que esta área foi um foco de atenção, nomeadamente no estudo empírico realizado e que mais à frente será apresentado. Algo que é tão dado como adquirido antes da patologia ou da incapacidade funcional em questão, é agora uma batalha a travar. Que privilégio e desafio o nosso que poderemos contribuir para este caminho no sentido da autonomia! O EEER surge, assim, como figura de referência e agente promotor de estratégias adaptativas à situação de limitação funcional nas AVD, pelo que foi possível privilegiar uma intervenção com enfoque na capacitação. A intervenção a este nível passou pela observação das condições habitacionais e tomada de conhecimento das rotinas daquela pessoa/CI/família no âmbito das diferentes AVD. Depois procedeu-se ao respetivo ensino, instrução, treino, supervisão e incentivo, de acordo com as necessidades encontradas, que incluía capacitar a pessoa/CI/família através das estratégias adaptativas e produtos de apoio adequados, bem como, adaptação do ambiente domiciliar, eliminação de barreiras arquitetónicas, até aconselhamento de literatura. Estas foram, portanto, competências específicas desenvolvidas como EEER. No

decorrer deste ENP o treino de AVD, para além do programa de intervenção relacionado com a componente de investigação, incluiu uma variedade de intervenções, mas é bom relembrar um pormenor que ficou gravado em memória: a satisfação de uma senhora ao recordar que graças à intervenção da ECCL tinha conseguido, finalmente, desde que tinha tido o AVC, comer uma batata que ela própria tinha descascado numa sessão de intervenção. De facto, a reabilitação é feita de pormenores, ou noutra perspetiva, as conquistas não têm tamanho para serem medidas. De facto, a maximização da capacidade funcional como competência do EEER esteve aqui bem patente.

Destaca-se, como área do autocuidado, a alimentação no que concerne à importância da avaliação da capacidade de deglutição/risco de disfagia. Deparamo-nos com o desconhecimento da pessoa/CI em relação a este aspeto e da sua parca preparação mesmo após alta hospitalar sobre os sinais de disfagia a estar atento e dos riscos a ela associada. Mais uma vez, o EEER tem, neste contexto, um papel privilegiado e elementar, e, tal como refere Hoeman (2011), a intervenção da enfermagem de reabilitação na área da deglutição, envolve uma revisão da história clínica, uma avaliação estrutural e funcional da deglutição, a aplicação de um teste de triagem de disfagia e por fim, a elaboração e execução de um plano de intervenção específico.

Da mesma maneira, não podemos deixar de referir a intervenção em relação à função eliminação. Esta não pode ser descurada pois é parte integrante da atuação do EEER à pessoa, e também aqui houve oportunidade de intervir, sendo muitas vezes uma preocupação, por diversos motivos, para alguns utentes e CI, onde indicações tão simples podiam fazer diferenças tão grandes, como por exemplo em relação à gestão de terapêutica laxante.

Gostaria ainda de acrescentar que, tendo em conta o âmbito de intervenção definido em legislação para o EEER, considero que a área da sexualidade em reabilitação requer também atenção, pois assume-se muitas vezes como um assunto tabu. Ainda que não tenha surgido ao longo do estágio nenhuma necessidade de intervenção neste âmbito, tive sempre presente a importância de abordar esta área caso fizesse sentido, não a deixando negligenciada em relação às outras que ocupam as nossas competências. Neste âmbito, os estudos mostram que os profissionais de saúde devem iniciar a conversa de uma forma natural, pondo questões de resposta aberta (Marques, 2017).

Um outro espaço da reabilitação que merece reflexão é a reabilitação cognitiva. Varanda e Rodrigues (2017) referem-se, no seu trabalho, à reeducação cognitiva em enfermagem de reabilitação como o “recuperar o bailado da mente”. Nunca uma expressão caiu tão bem. Esta esteve sempre presente, mesmo que de forma subtil. Sempre que estamos a

intervir, estamos a estimular. Corpo e Mente. Sobretudo numa população que está envelhecida e com processos de co-morbilidades que afetam as capacidades cognitivas. Trata-se realmente de procurar compreender a dança dos processos da mente. A presença, por diversos motivos, de défice de atenção e concentração, confusão, desorientação e compromisso de funções executivas, exigiram trabalhar a orientação para iniciar, organizar e sequenciar uma tarefa e a orientação para a realidade. Uma importante constatação nesta área, e que vai de acordo com a literatura, é que os aspetos do dia-a-dia significativos para a pessoa eram fundamentais para uma adesão à intervenção, constituindo muitas vezes o fator motivacional que faltava. A mente é de facto fascinante.

Ao longo do estágio percebemos que a presença do EEER na ECCI, e por isso, no domicílio, se reveste de uma significativa importância, pois a necessidade de cuidados de reabilitação é basilar naquilo que é a essência das ECCI. Os focos de atenção e necessidades das pessoas, família e comunidade são variados e, ao mesmo tempo, as competências necessárias e os papéis desempenhados pelo EEER são múltiplos. De facto, a intervenção do EEER no âmbito comunitário é potenciadora da saúde das populações pois a comunidade constituiu-se um palco de ação muito particular, na medida em que oferece uma perspetiva diferente daquela que é realizada em contexto de internamento. Aqui, a pessoa está no seu ambiente natural, e os programas de prevenção/reabilitação têm peculiar interesse e pertinência, pois o domicílio constituiu-se um local privilegiado na medida em que a reabilitação não faz sentido senão numa perspetiva de envolvimento e preparação da pessoa/CI/família. A participação da família e a reintegração social e comunitária tornam-se uma prioridade.

De facto, a vivência de uma patologia seja do foro neurológico, respiratório, ortotraumatológico ou outra que reivindique cuidados de enfermagem de reabilitação, em contexto comunitário, é um acontecimento de vida que pode ser particularmente impactante, e durante o ENP foi assumido e refletido sempre sobre a tão grande responsabilidade do EEER na condução e partilha do processo de aceitação ao acontecimento, bem como reabilitação e reintegração comunitária. Foi fundamental apoiar e encorajar, sempre com objetivos e metas realistas, adaptados ao evoluir de cada dia, e adaptados à realidade daquela pessoa. É fundamental respeitar sempre esta premissa. Nesta medida, o EEER assume-se uma figura imprescindível, pois facilita o processo adaptativo/transições e as suas intervenções traduzem-se em ganhos na capacidade funcional/autocuidado. Mais uma vez, as Teorias do Autocuidado de Orem (2001) e das Transições de Meleis (2009), constituíram-se referência.

Outra importante reflexão prendeu-se com o valor do holismo na reabilitação, de resto como na enfermagem. No caso da reabilitação é impossível dissociar a área da reabilitação

neurológica, respiratória e ortopédica, e no contexto comunitário esta questão torna-se ainda mais gritante.

Outra especificidade das competências do EEER na comunidade prende-se com a intervenção junto do CI e família. Foram muitas as vezes que refletíamos sobre determinadas visitas domiciliárias terem sido mais impactantes para os CI/famíliares do que propriamente para a pessoa cuidada. De facto, o contexto domiciliar/comunitário é privilegiado na identificação de necessidades pois só aqui contactamos com a realidade da pessoa e sua família, que é tão singular como a unicidade de cada ser humano. É, portanto, fundamental dar atenção ao CI e à família, pois é papel do EEER trabalhar junto deles de forma a encontrar uma maneira de viver com sentido e compatível com os próprios. Assim foi feita sempre esta envolvimento e a intervenção junto de cada CI foi uma experiência enriquecedora. Termina com a certeza que, com um simples ensino, contribuímos para a facilitação do processo de transição daquela família, através de estratégias adaptativas que tornam o difícil em simples. O EEER estabelece esta relação de confiança de uma forma que se constituiu gestor de caso servindo de ponte de ligação entre a pessoa, o seu CI e diferentes elementos da equipa e até de recursos comunitários. Esta envolvimento na comunidade pode tornar, inclusive, difícil o “desligar” das situações de vida com que nos deparamos. A importância do papel do CI está particularmente espelhada no capítulo seguinte, referente ao estudo empírico.

A cada dia que passou, foi um desafio estabelecer objetivos e ultrapassar metas, mas no caminho da autonomia, além do ganho funcional, foi perceptível a implicação positiva na qualidade de vida. Pequenos pormenores através das estratégias adaptativas, incluindo aconselhamento sobre produtos de apoio adequados às necessidades das pessoas, são enormes conquistas. Foi procurada sempre a abordagem numa perspetiva de reintegração e capacitação, onde a componente educacional assume uma vital importância, competências estas do EEER que tive oportunidade de aprimorar.

Todos os casos onde foi possível intervir, no seio desta equipa, fizeram com que levasse na bagagem de vida e de construção profissional conhecimentos, habilidades e reflexões que se pretende guardar como profundamente enriquecedoras, e que se prendem com o papel e o impacto das competências específicas do EEER.

3.2. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

As competências comuns são as partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da área, demonstradas através da capacidade de conceção, gestão e

supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria. Os domínios destas competências são os seguintes: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; Gestão dos cuidados; e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento n.º 140/2019).

No âmbito do desenvolvimento de uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, respeitando os direitos humanos e responsabilidades profissionais, podemos afirmar que foram, ininterruptamente, princípios basilares da atuação ao longo do ENP. O refletir ético no agir, e a atenção a qualquer dilema que pudesse surgir, estiveram presentes em cada passo deste caminhar. Os enfermeiros devem ser conhecedores do esqueleto deontológico e legislativo da profissão, para permitir a investigação e prática de cuidados de enfermagem de qualidade.

Em Portugal, é já vasta a documentação que visa orientar os comportamentos éticos esperados pelos enfermeiros, que são também documentos orientadores neste trabalho inicialmente referidos no enquadramento teórico. Seja como for, onde for e com quem for, o uso e conhecimento dos princípios éticos e da documentação deontológica que orientam a nossa prática de cuidados e de desenvolvimento da profissão são fundamentais. Esta conduta deve ser sempre suportada pelos valores e direitos fundamentais do ser humano como sejam o respeito soberano pela vida humana em todas as suas dimensões e pela dignidade que lhe está inerente. Só assim suportamos e asseguramos uma tomada de decisão de pleno rigor e qualidade. Destaco a constante preocupação com o respeito pela confidencialidade e privacidade das pessoas cujos cuidados me foram entregues, bem como a análise crítica e reflexiva dos cuidados de enfermagem de reabilitação prestados à pessoa/CI/família em contexto comunitário, em forma de notas escritas, sobre as aprendizagens e reflexões de cada dia, o que inclusive facilitou agora este processo de transpor para relatório as aprendizagens e reflexões deste percurso. No que se refere às questões de ordem ética na componente de investigação realizada neste ENP, em capítulo próprio foram tidas as devidas considerações.

Do ponto de vista do desenvolvimento de competências no domínio da melhoria contínua, importa referir que também nesta área houve oportunidades, nomeadamente através do suporte de iniciativas estratégicas na área da governação clínica. A governação clínica pode ser definida como um sistema de conhecimentos e práticas vincadamente participativo e orientado para a melhoria contínua da qualidade da prática clínica (Rodrigues e Felício, 2017). Assim, a governação clínica é fomentar a qualidade e centra-se em aspetos como os resultados/ganhos em saúde, inovação e desenvolvimento, orientação para a pessoa, recursos humanos, adequação dos cuidados, melhoria contínua,

investigação-ação, segurança/gestão de risco clínico (*idem*). Concretamente, nesta área, para além das práticas de qualidade, foi possível participar com as EEER da ECCI na definição de metas para a melhoria dos cuidados a nível organizacional, nomeadamente nas subáreas inerentes à reabilitação, através da avaliação, discussão e ajuste ao nível das áreas de desempenho organizacional da matriz multidimensional das atividades da UCC. Também a utilização de indicadores e instrumentos adequados para avaliação das práticas clínicas, tal como já foi sendo referido ao longo deste relatório, bem como, a participação na avaliação trimestral da ECL, como um processo de auditoria ao funcionamento da ECCI e de oportunidades de melhoria, permitiu o fortalecer de competências na área da melhoria contínua e, por isso, governação clínica. Acresce ainda, como unidade de competência presente neste ENP dentro deste domínio, a promoção de um ambiente terapêutico e seguro. Esta foi uma preocupação inerente a todo o percurso, acrescentando de uma forma concreta, a realização de uma sessão de formação sobre mecânica corporal na mobilização da pessoa dependente, dirigida a cuidadores informais, no âmbito da investigação realizada neste ENP, e que mais à frente me referirei com mais pormenor. Não obstante, incluiu a fomentação da prática de ergonomia nos pares, na medida em que foi incentivada a participação, no momento formativo, de alunos do curso de licenciatura em enfermagem que estavam a realizar ensino clínico no centro de saúde e ainda dos colegas da UCC, tendo sido uma intersecção de conhecimentos e um crescimento multidimensional positivo para todos os intervenientes.

No domínio da gestão de cuidados, importa aqui referir que pude perceber que o EEER assume um papel de gestor de caso. Segundo Guterres [et al.] (2013, p. 41), o gestor de casos “procura encontrar o equilíbrio entre as necessidades do paciente e as do sistema, minimizando a fragmentação, a descontinuidade e a duplicação da assistência prestada”. Ora, foi precisamente este papel que reconheci no EEER, pois este é visto, no seio da equipa multidisciplinar, como uma figura de referência, quer para os elementos que a compõem, quer para os próprios utentes, os CI e as suas famílias, sendo um elemento agregador do processo assistencial, servindo de ponte de articulação dos diferentes intervenientes. Não obstante, na ECCI de Barroselas, de resto como na UCC, o trabalho em equipa é realizado de forma multi e interdisciplinar, importando ressaltar que o modelo interdisciplinar é considerado como *gold standart* em reabilitação (Branco, 2017). Criam-se sinergias, o que só pode ser benéfico pois, sendo os cuidados de reabilitação de carácter integrado e continuado, é vantajoso para todas as partes, sobretudo para a pessoa/CI/família com necessidade de cuidados, que este modelo funcione. Aliás, é de ressaltar a interligação entre áreas da especialidade de enfermagem que este ENP permitiu, como crescimento profissional, seja na interligação com a colega de Saúde

Materna e Obstetrícia, na medida em que pude vivenciar a aplicação de um programa de reabilitação na mulher no pós-parto pela minha colega de estágio e da articulação valiosa entre áreas do saber, como através da interação do enfermeiro coordenador da UCC como colega da especialidade de Saúde Comunitária. De facto, os saberes e estas coligações criam sinergias valiosas para a pessoa, família e comunidade.

Assim, tive oportunidade de colaborar e apoiar nas decisões da equipa, dado o papel de assessoria reconhecido ao enfermeiro especialista, e ainda participar na gestão de recursos materiais e humanos, este último concretizado por exemplo, através da colaboração na elaboração dos horários semanais da ECCI.

Também o domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais foi concretizado, nomeadamente através do autoconhecimento, assertividade e prática especializada baseada na evidência científica. Procurei absorver tudo aquilo que se constituía oportunidade de crescimento no sentido de aprender com as orientações, e, por isso, foi notório em mim a evolução na capacidade de avaliar e tomar decisões. Para isto foi muito importante também a pesquisa e revisão bibliográfica sobre cuidados de enfermagem de reabilitação em contexto comunitário. Procurei assegurar uma preparação que oferecesse segurança na prestação de cuidados especializados de reabilitação, no entanto, é no contexto de prática clínica que nos deparamos com as dúvidas reais e concretas, pelo que esta busca e pesquisa foram uma constante, sempre com base na mais recente evidência científica devidamente suportada. Ao mesmo tempo, ainda neste domínio e como já referido anteriormente, tive oportunidade de atuar como formadora no contexto de estágio. A identificação desta necessidade formativa surgiu no âmbito do processo de investigação levado a cabo ao longo deste ENP, corroborada pela literatura, como ilustrado no enquadramento teórico. Assim, foi levada a cabo uma sessão de formação com o tema: Mecânica Corporal na Mobilização da Pessoa Dependente, destinada a cuidadores informais que integraram o estudo “O papel do enfermeiro de reabilitação na capacitação do cuidador informal do idoso dependente por AVC no domicílio” do ENP. O objetivo da sessão de formação foi capacitar os CI no autocuidado do idoso dependente por AVC no domicílio, no âmbito do uso da mecânica corporal na mobilização da pessoa dependente. O plano de ação da sessão de formação encontra-se em apêndice (apêndice B), bem como a apresentação em PowerPoint que lhe serviu de apoio (apêndice C). Tal como está previsto nas competências enquanto formador, foi avaliado o impacto da sessão de formação através da aplicação do instrumento de avaliação da sessão de formação (apêndice D), cujos resultados demonstram que se atingiu o objetivo proposto para a sessão e proporcionaram melhorias para intervenções futuras (apêndice E).

Finalmente, no âmbito da prática baseada na evidência, foi desenvolvido um estudo de investigação durante o ENP, como já referido, com a finalidade maior de contribuir para a melhoria dos cuidados de saúde às populações através da aplicação de um programa de capacitação de CI para o autocuidado do idoso dependente por AVC no domicílio, e que será apresentado e discutido no capítulo seguinte.

No final deste percurso, é difícil encontrar palavras para descrever a descoberta e o prazer da enfermagem especializada, neste caso, de reabilitação, no contexto comunitário. Na minha vida profissional, a reabilitação tem me sempre acompanhado, mas o olhar novo que agora tenho, e não mais perderei, independentemente dos caminhos profissionais, leva-me num trilho que considero o correto e encantador para mim. Cada dia foi uma conquista, e em reabilitação um “pequeno” ganho não existe, pois todos os ganhos são enormes, e o nível de especialidade, no âmbito das suas competências, acarreta consigo mais responsabilidades. Como trazer para palavras o que sentimos quando somos intervenientes privilegiados deste processo!

Assim, foram atingidos os objetivos específicos enumerados para este ENP, através das diversas estratégias/atividades e recursos utilizados, tal como descrito ao longo deste capítulo. Deste modo, a intervenção como enfermeira especialista, neste caso EEER, está hoje mais clara e mais perto.

CAPÍTULO IV

ESTUDO EMPÍRICO – A CAPACITAÇÃO DO CUIDADOR INFORMAL DO IDOSO DEPENDENTE POR AVC NO DOMICÍLIO

A intervenção na capacitação do CI para o autocuidado do idoso dependente por AVC no domicílio, espera-se enriquecedora para os cuidados de saúde, pois a evidência sugere que estes necessitam de mais e melhor apoio na aprendizagem de competências para o seu papel, nomeadamente na área do autocuidado. Ao mesmo tempo, os dados estatísticos apontam para a premência da intervenção dirigida à população idosa, particularmente afetada pelo AVC, sendo o contexto domiciliar e comunitário privilegiado. O papel do EEER, dado o âmbito das suas competências, atende-se como de elevada pertinência. Aliás, o enquadramento teórico que procuramos produzir através da revisão da literatura e da definição dos principais conceitos mobilizados na componente de investigação, apresentado anteriormente, é revelador da pertinência desta problemática.

Assim, foi desenvolvido um estudo que visa responder à questão: “Qual o efeito de um programa de enfermagem de reabilitação na capacitação do CI para o autocuidado do idoso dependente por AVC, no domicílio?”. Importa, agora, conhecer as opções metodológicas tomadas.

4.1. METODOLOGIA

O enquadramento metodológico consiste na apresentação do desenho do estudo e na descrição da planificação e condução do trabalho desenvolvido, sendo que os métodos de investigação científica harmonizam-se com os diferentes fundamentos que suportam as preocupações e as orientações de uma investigação (Fortin, 2009). Este trabalho assenta numa metodologia quantitativa, que pode ser descrita como um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis, assentando, assim, numa lógica sequencial e dedutiva, sendo características inerentes a esta abordagem: a objetividade, a predição, o controlo e a generalização (Fortin, 2009; Hernández Sampieri, Hernández Collado e Baptista Lucio, 2013).

4.1.1. Tipo de Estudo, Objetivos e Hipóteses

Trata-se de um estudo pré-experimental de grupo único, pois foi manipulada uma variável independente para observar o seu efeito numa variável dependente envolvendo apenas o grupo experimental, em que o fenómeno de interesse é medido antes e depois do estímulo ou intervenção (Hernández Sampieri, Hernández Collado e Baptista Lucio, 2013).

Os objetivos do estudo são: (1) identificar características sociodemográficas e clínicas dos CI de idosos dependentes por AVC no domicílio; 2) conhecer os efeitos de um programa de enfermagem de reabilitação na capacitação do CI para o autocuidado do idoso

dependente por AVC no domicílio, no que respeita a: cuidar da higiene pessoal, transferir, posicionar, providenciar ajudas técnicas, usar o sanitário, alimentar/hidratar e vestir/despir.

Tendo em conta estes objetivos, foram formuladas as seguintes hipóteses estatísticas (H):

H1: O programa de enfermagem de reabilitação influencia a capacitação do CI para assistir na higiene pessoal do idoso dependente por AVC, no domicílio;

H2: O programa de enfermagem de reabilitação influencia a capacitação do CI para assistir na transferência do idoso dependente por AVC, no domicílio;

H3: O programa de enfermagem de reabilitação influencia a capacitação do CI para assistir no posicionamento do idoso dependente por AVC, no domicílio;

H4: O programa de enfermagem de reabilitação influencia a capacitação do CI para providenciar ajudas técnicas ao idoso dependente por AVC, no domicílio;

H5: O programa de enfermagem de reabilitação influencia a capacitação do CI para assistir no uso do sanitário o idoso dependente por AVC, no domicílio;

H6: O programa de enfermagem de reabilitação influencia a capacitação do CI para alimentar/hidratar o idoso dependente por AVC, no domicílio;

H7: O programa de enfermagem de reabilitação influencia a capacitação do CI para providenciar ajudas técnicas para vestir/despir o idoso dependente por AVC, no domicílio.

É de referir que a terminologia adotada na definição dos objetivos e das hipóteses foi estabelecida de acordo com o instrumento utilizado para avaliação da capacitação dos CI, como à frente, iremos apresentar.

Deste modo, surge como variável independente o programa de enfermagem de reabilitação e as variáveis dependentes são a capacitação do CI para o autocuidado do idoso dependente por AVC no domicílio, no que respeita a: cuidar da higiene pessoal, transferir, posicionar, providenciar ajudas técnicas, usar o sanitário, alimentar/hidratar e vestir/despir. A operacionalização das mesmas é realizada através da estatística descritiva e inferencial (testes estatísticos).

4.1.2. População e Amostra

A população, como um conjunto de indivíduos que evidenciam características comuns (Fortin, 2009), neste estudo corresponde aos CI que cuidam de idosos dependentes por AVC, em domicílio. A amostra, como sendo um subgrupo da população sobre o qual se faz o estudo (*idem*), foi selecionada por método de amostragem não probabilística, por conveniência, sendo constituída, neste caso, pelos CI que cuidam de idosos dependentes

por AVC, em domicílio, na região afeta por uma UCC do norte de Portugal, no período de dezembro 2021 e janeiro 2022, e que cumpriram os critérios de inclusão. Os critérios de inclusão, neste estudo, foram os seguintes: ser CI de pessoa com idade igual ou superior a 65 anos, dependente em pelo menos uma atividade do autocuidado após primeiro evento AVC ocorrido nos últimos 3 anos; ser maior de 18 anos; não apresentar défices cognitivos.

A amostra deste estudo foi constituída por 15 participantes (n=15). De acordo com Hernández Sampieri, Hernández Collado e Baptista Lucio (2013), baseados em autores e artigos de pesquisa especializados, o tamanho mínimo da amostra num estudo do tipo experimental é 15 por grupo.

4.1.3. Instrumentos de Recolha de Dados

Tendo em conta a questão de investigação, os objetivos do estudo e as hipóteses formuladas, foram utilizados como instrumentos de recolha de dados: Formulário de Caraterização do CI (Apêndice F) e a Escala ECPICID-AVC (Araújo [et al.], 2016) (Anexo A). Ambos são de hétero-preenchimento.

O Formulário de Caraterização do CI foi criado para o estudo e tem como finalidade recolher informação acerca de dados sociodemográficos e clínicos dos participantes. Os itens de recolha de dados deste instrumento são: a idade, o género, o estado civil, a situação profissional, as habilitações literárias dos participantes, rendimento mensal do agregado familiar, a relação com o idoso dependente por AVC, a partilha de habitação com o idoso, o tempo de cuidados despendido em h/dia, a duração do papel de CI do idoso, a existência de outro CI, o requerimento de estatuto de CI, o número de pessoas cuidadas enquanto CI, a existência de preparação no papel de CI por parte de profissionais de saúde antes da alta do idoso para domicílio e a proveniência do ensino em caso positivo, o agravamento do estado de saúde no papel de CI e a presença de dor musculoesquelética associada à prestação de cuidados por região corporal.

A ECPICID-AVC é a primeira escala existente em Portugal para avaliar a capacidade dos CI para intervir no autocuidado, e foi desenvolvida e validada por Araújo [et al.] (2016) com o intuito de avaliar as diferentes capacidades de intervenção no âmbito do autocuidado de idosos dependentes por AVC, que os CI deverão ser capazes de demonstrar. O instrumento apresenta 32 itens avaliados de 1 a 4 pontos (1=nada bem preparado; 2=razoavelmente bem preparado; 3=preparado; 4=muito bem preparado) e apresenta 8 fatores: (1) capacidade para alimentar/hidratar por sonda; (2) capacidade para assistir na higiene pessoal; (3) capacidade para assistir na transferência; (4) capacidade para assistir no posicionamento, (5) capacidade para providenciar ajudas técnicas; (6) capacidade para

assistir no uso do sanitário; (7) capacidade para alimentar/hidratar; (8) capacidade para providenciar ajudas técnicas para vestir/despir. A análise fatorial realizada pelos autores da escala determinou que, de acordo com a ordem dos itens na versão final: o fator 1 é composto pelos itens 6, 7, 8, 9, 10 e 11; o fator 2 pelos itens 12, 13, 14, 15 e 16; o fator 3 pelos itens 24, 25, 26, 27 e 28; o fator 4 pelos itens 29, 30, 31 e 32; o fator 5 pelos itens 2, 4, 20 e 21; o fator 6 pelos itens 17, 18 e 19; o fator 7 pelos itens 1, 3 e 5; e o fator 8 pelos itens 22 e 23. Segundo os autores (Araújo [et al], 2016), as propriedades psicométricas garantem a sua implementação/avaliação nos programas de enfermagem destinados a formar CI e obter, por conseguinte, ganhos para a saúde. No estudo de construção e validação deste instrumento, a validade interna, mensurada através do alfa de Cronbach, revelou valores considerados bons (0,838), permitindo a sua recomendação e aplicação na prática clínica e na investigação. De igual modo, a estabilidade temporal, determinada através do Coeficiente de Correlação Intraclasse (ICC), permitiu obter os valores considerados excelentes (ICC=0,988), garantindo com segurança a aplicabilidade do instrumento (Araújo [et al.], 2016). Assim, este instrumento representa uma mais-valia no diagnóstico e na tomada de decisão levada a cabo pelos enfermeiros que avaliam o desempenho dos CI em contexto domiciliário, sendo que aborda aspetos de particular interesse no âmbito de atuação do EEER como as questões do autocuidado aliado ao uso de produtos de apoio (designados pelos autores como ajudas técnicas) e princípios de mecânica corporal, o que lhe confere um caráter único e inovador.

Importa referir que no nosso estudo não foi abordada a área da capacidade para alimentar/hidratar por sonda (fator 1) pois a amostra em questão não contemplava CI de idosos cuja alimentação/hidratação fosse realizada por sonda.

4.1.4. Procedimentos de Recolha de Dados e Programa de Intervenção

Os participantes do estudo foram inicialmente recrutados através da obtenção de uma lista de todas as pessoas afetadas à UCC, que tinham tido diagnóstico de AVC nos últimos anos, reportado no sistema de registo clínico informático, por intermédio da enfermeira tutora do estágio. Importa referir que, no que respeita ao tempo de intervenção após evento de AVC, ainda que tenha sido procurada uma aproximação às características dos estudos de Araújo [et al.] (2015, 2016, 2020), dado o instrumento utilizado e por forma a aumentar a comparabilidade e possibilidade de criação de recomendações das evidências para a prática clínica, ao contrário destes autores cuja intervenção se reporta até 1 ano após evento de AVC, no nosso estudo este período foi alargado até 3 anos após evento de AVC, de forma a assegurar a realização do estudo. Até porque, tal como nos diz Graf [et al.]

(2017), a trajetória após evento de AVC, quer do sobrevivente, quer do seu CI/familiar, não é linear, sendo que, na perspectiva destes autores, o fator tempo não está claramente definido e a intervenção é benéfica independentemente do tempo que passou após o evento de AVC. O mesmo é corroborado por Krieger, Feront e Dorant (2016).

Após a obtenção da lista iniciou-se a seriação dos possíveis participantes através do critério de inclusão associado à idade, isto é, igual ou superior a 65 anos. Posteriormente, foram contactadas telefonicamente os familiares destas pessoas no sentido de perceber se cumpriam os restantes critérios de inclusão do estudo como CI e, se afirmativo, agendar, caso autorizada, uma visita domiciliar antevendo a apresentação e explicação da investigação.

Assim, no primeiro contacto em visita domiciliar foi realizada uma apresentação entre investigadora e intervenientes e explicado o estudo. Após esta explicação e aceitação de participação no estudo, foi obtida a assinatura formal de Consentimento Informado. Nesta mesma primeira visita foi aplicado o *Formulário de Caracterização do Cuidador Informal*, bem como, a ECPICID-AVC, através do questionamento e observação dos cuidados prestados. No final da primeira visita foi também realizada, mediante avaliação, orientação sobre o AVC e processo de reabilitação: focos de atenção e recomendações terapêuticas de acordo com processo de transição situacional e saúde-doença vivenciado pela família: implicações do AVC com enfoque no autocuidado. A segunda visita, também em contexto de visita domiciliar, decorreu na semana seguinte à primeira. Nela foi realizado o ensino, instrução e treino do CI sobre autocuidado (alimentar-se, higiene pessoal, usar sanitário, vestir-se/despir-se, transferir-se, posicionar-se) de acordo com: o grau de compromisso e o potencial para melhorar conhecimento e capacidade do CI sobre o uso de técnica de adaptação no autocuidado e dispositivo de apoio (uso das componentes da escala ECPICID-AVC como orientação). A terceira sessão decorreu também de forma individual, mas por via telefónica, novamente na semana seguinte à visita anterior. Nesta foi incentivada a partilha de dificuldades e sentimentos, consolidando, ao mesmo tempo os conteúdos abordados. Para além disso os CI foram orientados para estratégias de resolução de problemas e recursos na comunidade, quando necessário. A quarta sessão foi novamente em contexto domiciliar, uma semana após a anterior, onde se procurou a continuação/aperfeiçoamento dos conhecimentos e competências já adquiridas, através da instrução e treino sobre as diferentes áreas do autocuidado, de acordo com evolução individual. A quinta sessão foi em sessão de formação, em grupo, na UCC sobre o tema: “Mecânica Corporal na Mobilização da Pessoa Dependente: para o cuidador informal” (Plano de Sessão de Formação no Apêndice B). Nela foram abordados conceitos e princípios fundamentais da mecânica corporal no posicionamento e transferência da

pessoa dependente, bem como, a utilização de produtos de apoio e exercícios de alongamento/relaxamento como medida preventiva de lesões musculoesqueléticas, através de métodos expositivo, demonstrativo e interativo. Contudo, nem todos os CI conseguiram estar presentes neste momento em grupo, pelo que em caso de não frequência de sessão de grupo, foi realizada a sessão formativa de forma individual no domicílio. A sexta e última sessão decorreu novamente em cada domicílio, tendo sido realizada a aplicação final da ECPICID-AVC.

Deste modo, no programa de intervenção estão contemplados seis contactos: cinco presenciais e um por via telefónica. As sessões são individuais e realizadas no domicílio dos CI, à exceção da quinta sessão, que foi realizada em grupo na UCC em formato de sessão de formação. O mesmo decorreu ao longo de 6 semanas junto de cada CI, no entanto, no global decorreu ao longo de quase dois meses (dezembro 2021 a janeiro 2022), pois os timings de início de intervenção não foram exatamente iguais para cada CI. O Plano do programa de intervenção consta no apêndice G. Este foi construído a partir da revisão da literatura, tendo o programa *InCare*, desenvolvido por Araújo [et al.] (2020), tido especial relevância.

No que diz respeito à duração da intervenção, ainda que, na perspetiva de Benner (2001), as capacidades/competências práticas dos CI dependem do fator tempo, sendo necessários longos períodos até se tornarem mais habilitados e competentes para assistir os seus familiares com dependência, os estudos mais recentes no âmbito da capacitação dos CI de dependentes por AVC no domicílio, apontam programas cujo tempo de intervenção varia de 1 mês até 1 ano, com também variáveis números de sessões (Araújo [et al.], 2015, 2020; Zhang, Zhang e Sun, 2019; Day [et al.], 2018; Pierce [et al.], 2015; Cheng, Chair e Chau, 2014), pelo que, no presente estudo, foi feito um ajuste ao tempo possível de desenvolvimento do mesmo no âmbito do ENP e parecer favorável da CES em relação à componente de investigação, sempre de acordo com as necessidades das famílias com quem trabalhamos. Quanto à realização de uma sessão por via telefónica, as políticas atuais de saúde e alguns estudos remetem-nos para o interesse da inclusão da modalidade de teleassistência (Araújo [et al.], 2015, 2020; Abdulkarim [et al.], 2016; Pierce [et al.], 2015), adaptando os cuidados às condições atuais da sociedade. Em relação ao facto de estar contemplada uma sessão de formação em grupo, esta baseia-se no pressuposto dos benefícios que as intervenções grupais podem proporcionar como momentos de encontro, partilhas e ajuda mútua que são, como referido por Antônio e Toldrá (2015), sobretudo numa área, como já referido, comumente lacunar do ponto de vista da capacidade enquanto CI.

4.1.5. Procedimentos de Tratamento de Dados

Após a recolha dos dados, os mesmos foram inseridos e organizados numa base de dados, sendo posteriormente efetuada a análise estatística, com recurso ao *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 28.0. De modo a dar respostas aos objetivos e questão de investigação utilizou-se a estatística descritiva: frequências, medidas de tendência central e medidas de variabilidade; bem como estatística inferencial: testes de hipóteses (Hernández Sampieri, Hernández Collado e Baptista Lucio, 2013).

A validade interna da ECPICID-AVC neste estudo foi mensurada através do alfa de Cronbach, que revelou um valor de 0,918, o que indica elevada confiabilidade (*idem*), sendo um valor superior ao do estudo de construção e validação do instrumento (0,838).

No sentido de verificar o teste estatístico a utilizar no tratamento das hipóteses, é fundamental avaliar os pressupostos dos testes estatísticos de forma a utilizar o mais adequado, bem como definir o nível de significância (*idem*). O nível de significância (*p-value*) admitido em todas as situações, neste estudo, foi $p < 0,05$, o que significa um intervalo de confiança de 95%.

O primeiro passo para identificar o tipo de teste a ser utilizado no tratamento das hipóteses foi através da avaliação da distribuição dos dados de forma a aferir se esta é normal ou não. Se a distribuição dos dados é normal, o teste utilizado é paramétrico; se a distribuição dos dados não é normal, então a opção passa por um teste não paramétrico, existindo para tal uma grande diversidade de testes (*idem*). Neste caso, tendo em conta que se trata de comparar médias populacionais de amostras emparelhadas em relação a variáveis ordinais (dada a escala utilizada), foi utilizado o teste de *t-student* ou teste de *wilcoxon*, consoante a normalidade ou não da distribuição, respetivamente.

Importa acrescentar que, nas áreas em que se verifica normalidade de distribuição podemos partir para a aplicação de teste paramétrico, desde que assegurados todos os pressupostos para o mesmo (*idem*): variável intervalar ou de razão (que se verifica) e homogeneidade de variância (que é necessário também testar). A estatística de teste apropriada para testar a homogeneidade de variância para amostras emparelhadas, tal como sugere Maroco (2010), é teste *t-student*, sendo necessário verificar a existência de correlação significativa entre os dois momentos. A concretização destes procedimentos será apresentada no subcapítulo referente à apresentação dos resultados.

4.1.6. Procedimentos Éticos

Aliado à constante atualização e acurado saber científico, técnico, relacional e humano, advindos da evidência, os enfermeiros devem ser conhecedores do esqueleto deontológico e legislativo da profissão, pois “a enfermagem alicerça o seu conhecimento específico tendo como base a fundamentação científica da disciplina e, ainda, através da interseção de várias áreas do saber, como a ética, a moral e os textos legislativos que regulamentam a profissão” (OE, 2015^a, p.11). Só assim é possível a investigação e prática de cuidados de enfermagem de qualidade.

É vasta a documentação que visa orientar a prática profissional, ética e legal da enfermagem, que são também documentos orientadores neste trabalho, já referidos no enquadramento teórico, e que foram tidos em conta ao longo da investigação e de todas as atividades do ENP.

Atendendo ao princípio do respeito pela dignidade humana, em que “cada ser humano é um fim em si mesmo e nunca um meio ou instrumento de outra vontade” (Nunes, Amaral e Gonçalves, 2005, p.60), foi assegurado, nesta investigação, o consentimento informado e voluntário. Os intervenientes só participaram no estudo após concordância voluntária no seguimento da explicação da finalidade e procedimento do estudo, com validação da compreensão através da assinatura da Declaração de consentimento informado, livre e esclarecido (Apêndice H). Outros princípios também foram estimados, nomeadamente o princípio da beneficência, não-maleficência e autonomia, sendo que os sujeitos podiam abandonar o estudo a qualquer momento. Também o direito à confidencialidade foi tido em consideração, na medida em que os dados foram codificados e tratados de forma a que seja impossível identificar os sujeitos participantes.

Importa, ainda, referir que este estudo obteve o parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde (CES) representativa do local de realização do estudo, a ULSAM, E.P.E., através do Parecer nº 71/2021 (Portugal, 2021^b). Além disso, foi solicitada autorização de utilização da ECPICID-AVC no presente estudo, aos autores, que obteve parecer favorável (Anexo B).

4.2. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Após a sua recolha, os dados foram inseridos e organizados na base de dados, seguindo-se a análise estatística de acordo com os procedimentos já descritos. Apresentamos, neste subcapítulo, os resultados.

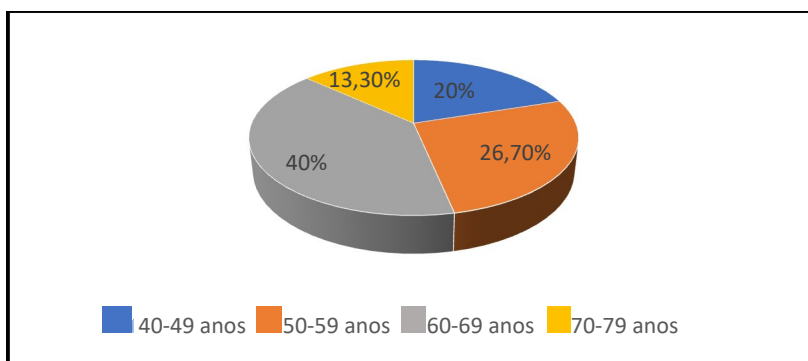
4.2.1. Caraterização da Amostra

O Formulário de Caraterização do CI, como instrumento de colheita de dados, permitiu caraterizar a amostra quanto aos dados sociodemográficos e clínicos. A ECPICID-AVC permitiu-o no que respeita à capacidade do CI para o autocuidado do idoso dependente.

Dados Sociodemográficos

No que concerne à idade dos CI, da análise efetuada, constatámos que esta varia entre os 42 e os 73 anos, apresentando uma média de 59,9 anos (desvio padrão 8,86). A mediana é de 63 anos, tratando-se de uma amostra bimodal: 58 e 65 anos. Pela heterogeneidade da distribuição das idades da amostra, procedeu-se a uma recodificação da variável em grupo etário, tal como se pode observar no gráfico 2.

Gráfico 2. Distribuição da amostra por grupo etário (n=15)



Os dados revelam que 3 (20%) dos CI têm entre 40 a 49 anos, 4 (26,7%) têm entre 50 e 59 anos, 6 (40%) têm entre 60 e 69 anos e 2 (13,3%) têm entre 70 e 79 anos.

No quadro 1 podemos observar com mais detalhe a caraterização da amostra quanto a outras variáveis sociodemográficas.

Quadro 1. Distribuição da amostra quanto a variáveis sociodemográficas (n=15)

VARIÁVEL		Frequência absoluta (ni)	Frequência relativa (fi %)
Género	Feminino	11	73,3
	Masculino	4	26,7
Estado Civil	Solteiro	1	6,7
	Casado	11	73,3
	Viúvo	2	13,3
	Divorciado/separado	1	6,7
	União de facto	0	0,0
Situação Profissional	Empregado	2	13,3
	Desempregado	2	13,3

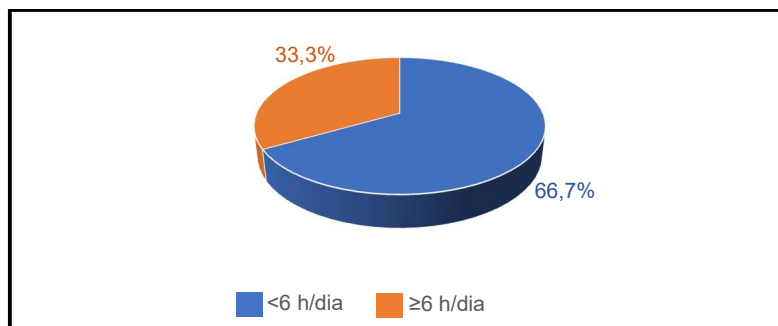
	Doméstico	2	13,3
	Pré-reforma/reforma	7	46,7
	Baixa clínica	2	13,3
Habilitações Literárias	1º ciclo	8	53,3
	2º ciclo	1	6,7
	3º ciclo	4	26,7
	Secundário	0	0,0
	Licenciatura	2	13,3
	Mestrado	0	0,0
	Doutoramento	0	0,0
	Pós-doutoramento	0	0,0
Rendimento Mensal do Agregado Familiar	<250 €	0	0,0
	250-500 €	4	26,7
	500-1000 €	8	53,3
	1000-2000 €	2	13,3
	> 2000 €	1	6,7
Comunhão de Habitação	Não	4	26,7
	Sim	11	73,3
Relação entre CI e Idoso	Cônjuge/companheiro(a)	5	33,3
	Filho(a)	7	46,7
	Genro/Nora	1	6,7
	Irmão/Irmã	0	0
	Amigo(a)	0	0
	Sobrinho(a)	2	23,3
Existência de Outro Cuidador	Não	5	33,3
	Sim	10	66,7
Quem é o Outro Cuidador	Filho/Filha	5	50,0
	Cuidadora Formal	1	10,0
	Marido	1	10,0
	Filho e Nora	1	10,0
	Cunhada e Sobrinho Neto	1	10,0
	Cuidadora Formal e Neta	1	10,0
	Total	10	100,0

A análise aos dados demonstra que, no que diz respeito ao género, a maioria dos CI (73,3%) é do feminino. No que concerne ao estado civil, a maioria (73,3%) é casada, seguindo-se a situação de viuvez (13,3%), existindo ainda 1 participante (6,7%) solteiro e divorciado/separado respetivamente. Quanto à situação profissional, a reforma/pré-reforma é a mais frequente, com 46,7% dos casos, sendo que os restantes se distribuíram de forma igual nas restantes situações profissionais. Em relação às habilitações literárias, um pouco mais de metade dos CI (53,3%) apresenta o 1º ciclo como habilitação literária,

seguindo-se aqueles que apresentam o 3º ciclo (26,7%), licenciatura (13,3%) e 2º ciclo (6,7%). Quanto ao rendimento mensal do agregado familiar, o escalão mais referido foi entre 500 a 1000€ (53,3% dos casos), seguindo-se o escalão de 250 a 500€ (26,7% dos casos), depois o escalão de 1000 a 1500€ (13,3% dos casos) e, finalmente, o escalão de >2000€ (apenas 6,7% dos casos). No que respeita à comunhão de habitação, a grande maioria dos CI (73,3%) vive com o idoso dependente. Analisando a relação entre CI e idoso dependente por AVC, importa referir que a situação mais frequente é aquela é que os CI são filhos(as) dos idosos que cuidam (46,7%), seguindo-se cônjuges/companheiros(as) (33,3%), sobrinhos(as) (23,3%) e finalmente genro/nora (6,7%). Ainda no quadro 1 podemos ver que, quanto ao facto de existir ou não outro cuidador para além do principal, a maioria – 10 casos (66,7%) – respondeu afirmativamente. Destes, metade referiu que os outros cuidadores correspondem a filhos/filhas do idoso, e a outra metade inclui casos de: cuidadora formal, marido, filho e nora, cunhada e sobrinho neto, e ainda cuidadora formal e neta.

Em relação ao tempo despendido pelo CI, em h/dia, a cuidar do idoso dependente por AVC, este é, em média, 4,9h/dia. O tempo mínimo de cuidado foi 1 h/dia e o máximo 8h/dia. Pela grande variabilidade de respostas dadas, e tendo em conta o referencial teórico, fizemos sentido recodificar esta variável em inferior a 6h/dia de tempo de cuidado e igual ou superior a 6h/dia de tempo de cuidado, tal como se pode observar no gráfico 3.

Gráfico 3. Distribuição da amostra pelo tempo despendido a cuidar do idoso em h/dia (n=15)

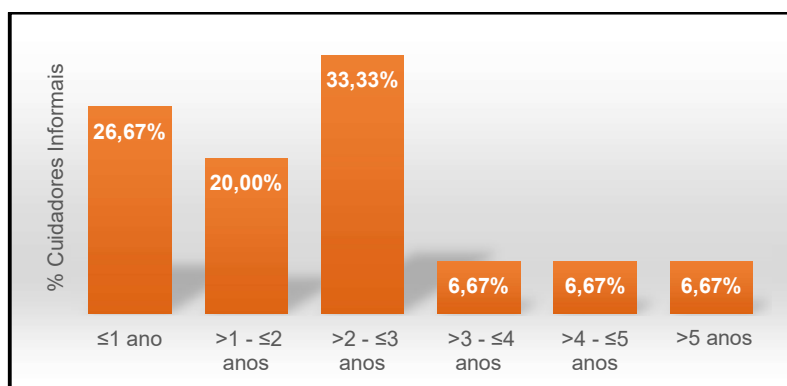


Assim, a maioria dos CI (66,7% – 10 casos) despende menos de 6 h/dia a cuidar do idoso. Os restantes (33,3% – 5 casos) despende 6 ou mais h/dia.

No que diz respeito ao tempo no papel de CI, os dados mostram-nos que, em média, os CI cuidam há 3,5 anos, sendo o tempo mínimo de 2 meses e máximo de 21 anos. Apesar de todos os casos, tal como especificado nos critérios de inclusão, se reportarem a CI de idosos que ficaram dependentes em pelo menos um autocuidado após primeiro evento de AVC há menos de 3 anos, de forma a conferir homogeneidade à amostra e permitir, ao mesmo tempo, ponte com o referencial teórico, em alguns casos os CI já cuidavam do

idoso anteriormente ao AVC, seja pela debilidade associada ao envelhecimento, seja por outras patologias associadas. Mais uma vez, uma grande variedade de respostas foi obtida, pelo que estas foram, também no que respeita a esta variável, agrupadas em intervalos, tal como representado no gráfico 4.

Gráfico 4. Distribuição da amostra pelo tempo como CI do Idoso em anos (n=15)



Desta forma, os dados revelam que 4 CI (26,7%) cuidam do idoso dependente por AVC há menos de 1 ano, 3 CI (20%) cuidam há mais de 1 ano e até 2 anos, 5 CI (33,3%) cuidam há mais de 2 anos e até 3 anos, e a partir destes está representado 1 CI (6,7%) em cada período temporal seguinte.

Importa ainda apresentar os restantes dados sociodemográficos relacionados com a condição de CI, tal como apresentados no quadro 2.

Quadro 2. Distribuição da amostra quanto a requerimento do Estatuto de Cuidador Informal, à quantidade de pessoas sob cuidado informal e aos ensinos recebidos antes da alta para domicílio (n=15)

VARIÁVEL		ni	fi (%)
Estatuto Cuidador Informal	Não	12	80,0
	Sim	3	20,0
Quantidade de Pessoas sob cuidado informal	Uma	11	73,3
	duas	4	26,7
Ensinos recebidos pelo cuidador informal antes da alta do idoso para domicílio	Não	7	46,7
	Sim	8	53,3
Local de obtenção de ensinos ao cuidador informal antes da alta do idoso para domicílio	Hospital	2	25,0
	UCCI	4	50,0
	Hospital e UCCI	1	12,5
	Familiar profissional de saúde	1	12,5
	Total	8	100,0

Da análise dos dados apresentados no quadro 2, no que diz respeito ao requerimento do Estatuto de Cuidador Informal, constata-se que a grande maioria dos CI – 12 casos (80%) – não o tinha requerido. No mesmo quadro também se verifica que, quando questionados à quantidade de pessoas a seu cargo, a maioria (73,3%) cuida apenas do idoso dependente por AVC, que os tornou alvo deste estudo. Contudo, ainda existem 4 casos (26,7%) que disseram que também são CI de duas pessoas (mais uma além do idoso dependente por AVC). Quanto ao facto de o CI já ter recebido ensino por parte de profissionais de saúde antes do idoso ter alta para domicílio, a maioria (53,3%) respondeu afirmativamente, como se observa também no quadro 2. Destes, as Unidades de Cuidados Continuados Integrados (UCCI) foram a resposta mais frequente, tendo sido referidas por 5 CI. As outras respostas incluíram ensinamentos recebidos no hospital, por um familiar que era profissional de saúde e ainda situações conjuntas.

Dados Clínicos

Partindo, agora, para a caracterização da amostra do ponto de vista clínico, foi avaliado o facto de o CI sentir ou não agravamento da sua saúde desde que começou a cuidar do idoso dependente por AVC, bem como, a presença de dor musculoesquelética por região corporal associada à prestação de cuidados, tal como se apresenta no quadro 3.

Quadro 3. Distribuição da amostra quanto a variáveis clínicas (n=15)

VARIÁVEL		ni	fi (%)	Mínimo – Máximo	Média (± Desvio Padrão)
Agravamento da situação de saúde	Não	10	66,7	-	-
	Sim	5	33,3	-	-
Dor musculoesquelética Pescoço (0-10)	Não (0)	6	40,0	-	3,80
	Sim (1-10)	9	60,0	3 - 10	(±3,74)
Dor musculoesquelética Ombros (0-10)	Não (0)	7	46,7	-	3,73
	Sim (1-10)	8	53,3	3 - 10	(±4,03)
Dor musculoesquelética Cotovelos (0-10)	Não (0)	12	80,0	-	1,67
	Sim (1-10)	3	20,0	8 - 9	(±3,46)
Dor musculoesquelética Punhos/Mãos	Não (0)	6	40,0	-	4,47
	Sim (1-10)	9	60,0	5 - 10	(±4,02)
Dor musculoesquelética Região Torácica	Não (0)	13	86,7	-	0,80
	Sim (1-10)	2	13,3	5 - 7	(±2,15)
Dor musculoesquelética Região Lombar	Não (0)	4	26,7	-	5,33
	Sim (1-10)	11	73,3	3 - 10	(±3,92)

Dor musculoesquelética Ancas/Coxas	Não (0)	9	60,0	-	2,67
	Sim (1-10)	6	40,0	6 - 8	(±3,42)
Dor musculoesquelética Joelhos	Não (0)	10	66,7	-	1,80
	Sim (1-10)	5	33,3	5 - 7	(±2,68)
Dor musculoesquelética Tornozelos/Pés	Não (0)	11	73,3	-	1,67
	Sim (1-10)	4	26,7	3 - 10	(±3,18)

Assim, a grande maioria dos CI (66,7%) não sente que a sua situação de saúde se tenha agravado desde que começou a cuidar do idoso. No entanto, analisando a variável dor musculoesquelética por região corporal associada à prestação de cuidados, os dados revelam que a maioria dos CI manifesta dor musculoesquelética na região lombar, no pescoço, nos punhos/mãos e nos ombros. Ao mesmo tempo, em média, os locais onde a dor é mais intensa, e por ordem de intensidade, é a região lombar, seguindo-se os punhos/mãos, o pescoço e ombros. Assim, a região lombar é de facto, a região mais afetada, seja pela frequência de queixas, seja pela intensidade.

Foi, desta forma, possível caracterizar a amostra quanto a variáveis sociodemográficas e clínicas. Em suma, os CI da amostra deste estudo têm em média 59,9 anos e a maioria são do género feminino, casados, reformados, têm o 1º ciclo como habilitação literária, com rendimento mensal entre 500 a 1000€, vivem com o familiar dependente e são filhos(as) dos mesmos. Estes CI despendem, em média, 4,9h/dia a cuidar do familiar dependente e cuidam do mesmo, em média, há 3,5 anos. A maioria dispõe da ajuda de outro cuidador, sendo maioritariamente, também este, filho(a) do idoso dependente; não tinham ainda requerido estatuto de cuidador informal; cuidam apenas de uma pessoa de forma informal (o idoso em questão); e receberam ensinamentos antes da alta para domicílio, sendo a UCCI o local mais vezes referido. Quando aos aspetos clínicos, a maioria não considera que o seu estado de saúde se tenha agravado, ainda que manifestem dor musculoesquelética associada à prestação de cuidados, com maior incidência na região lombar.

4.2.2. Capacidade do Cuidador Informal para o Autocuidado do Idoso Dependente por AVC

No que diz respeito à capacidade do CI para o autocuidado do idoso dependente por AVC, como já foi referido, foi feita uma avaliação antes e após intervenção através da aplicação da ECPICID-AVC. Os resultados (valores em média, desvio padrão, mínimo e máximo) da aplicação da ECPICID-AVC, quer antes, quer após o programa de capacitação, apresentam-se no quadro 4.

Quadro 4. Capacidade do CI para o autocuidado do idoso dependente por AVC antes e após aplicação do programa de intervenção de acordo com os itens da ECPCID-AVC (n=15)

FATOR	Item da ECPCID-AVC	Score na Avaliação Inicial		Score na Avaliação Final	
		Média (± Desvio Padrão)	Mínimo - Máximo	Média (± Desvio Padrão)	Mínimo - Máximo
7	Prepara a refeição de acordo com a dieta prescrita	3,60 (±0,74)	2 - 4	3,93 (±0,26)	3 - 4
5	Coloca os alimentos no prato do lado em que o idoso apresenta menor dependência	3,75 (±0,62)	2 - 4	3,92 (±0,29)	3 - 4
7	Monitoriza a ingestão de alimentos	4,0 (±0,0)	4 - 4	4,0 (±0,0)	4 - 4
5	Providencia ajudas técnicas necessárias para facilitar a alimentação	3,42 (±0,99)	1 - 4	3,92 (±0,29)	3 - 4
7	Vigia a deglutição	3,53 (±0,74)	2 - 4	3,93 (±0,26)	3 - 4
2	Providencia o material de higiene	4,0 (±0,0)	4 - 4	4,0 (±0,0)	4 - 4
2	Assiste no banho	3,87 (±0,35)	3 - 4	4,0 (±0,0)	4 - 4
2	Assiste na higiene oral	3,85 (±0,56)	2 - 4	3,92 (±0,28)	3 - 4
2	Mantém um aspeto cuidado	4,0 (±0,0)	4 - 4	4,0 (±0,0)	4 - 4
2	Providencia ajudas técnicas necessárias para facilitar a higiene pessoal	3,33 (±0,72)	2 - 4	4,0 (±0,0)	4 - 4
6	Providencia a privacidade durante o uso do sanitário	4,0 (±0,0)	4 - 4	4,0 (±0,0)	4 - 4
6	Assiste na higiene íntima após o uso do sanitário	4,0 (±0,0)	4 - 4	4,0 (±0,0)	4 - 4
6	Providencia ajudas técnicas necessárias para o uso do sanitário	4,0 (±0,0)	4 - 4	4,0 (±0,0)	4 - 4
5	Providencia ajudas técnicas necessárias para facilitar o vestir	3,0 (±1,00)	1 - 4	3,73 (±0,47)	3 - 4
5	Providencia ajudas técnicas necessárias para facilitar o despir	3,09 (±1,04)	1 - 4	3,73 (±0,47)	3 - 4
8	Assiste a pessoa a vestir-se	2,79 (±0,89)	2 - 4	3,93 (±0,27)	3 - 4
8	Assiste a pessoa a despir-se	2,79 (±0,89)	2 - 4	3,93 (±0,27)	3 - 4
3	Avalia a capacidade da pessoa para se transferir	3,60 (±0,51)	3 - 4	4,0 (±0,0)	4 - 4
3	Adota princípios de mecânica corporal durante a técnica de transferência	1,60 (±0,83)	1 - 3	3,40 (±0,51)	3 - 4
3	Explica à pessoa a técnica de transferência	2,60 (±1,12)	1 - 4	3,87 (±0,35)	3 - 4
3	Providencia ajudas técnicas de transferências	3,58 (±0,52)	3 - 4	3,75 (±0,45)	3 - 4
3	Assiste na transferência	3,67 (±0,62)	2 - 4	3,93 (±0,26)	3 - 4
4	Adota princípios de mecânica corporal durante a técnica de posicionamento	1,33 (±0,71)	1 - 3	3,22 (±0,44)	3 - 4
4	Posiciona em todos os decúbitos	2,56 (±1,24)	1 - 4	3,56 (±0,53)	3 - 4
4	Providencia ajudas técnicas de posicionamento	2,33 (±1,12)	1 - 4	3,56 (±0,73)	2 - 4
4	Avalia a necessidade de alternar o posicionamento	3,47 (±0,83)	2 - 4	3,87 (±0,35)	3 - 4

Da análise do quadro 4, os dados revelam que houve melhoria na pontuação média em todos os itens da escala após a aplicação do programa de intervenção, à exceção daqueles que já obtinham pontuação máxima logo na primeira avaliação.

Numa análise mais detalhada, em relação à capacidade do CI para assistir na higiene pessoal (fator 2 da ECPCID-AVC), verifica-se que, na avaliação inicial, o item onde, em média, os CI apresentavam maior dificuldade foi: “providencia ajudas técnicas necessárias para facilitar a higiene pessoal” (3,33±0,72), sendo por isso esta uma área trabalhada a

nível de intervenção do EEER, recorrendo com frequência a material que as famílias possuíam em casa ou a habilidades de bricolage dos mesmos ou até de vizinhos. No entanto, em relação a este autocuidado, mesmo antes da intervenção, os CI apresentavam, em média, valores elevados de capacidade de acordo com a escala. Após a intervenção verificou-se, ainda assim, melhoria em todos os itens da capacidade do CI para assistir na higiene pessoal que inicialmente não tinham pontuação máxima, salientando que se verificou um aumento mais significativo naqueles que tinham pontuação inferior.

No que respeita à capacidade do CI para assistir na transferência (fator 3 da ECPICID-AVC) verifica-se que, na avaliação inicial, o item onde, em média, os CI apresentavam maior dificuldade foi “adota princípios de mecânica corporal durante a técnica de transferência” ($1,60 \pm 0,83$), em que nenhum CI foi capaz de obter pontuação máxima. Seguiu-se o item “explica à pessoa a técnica de transferência” ($2,60 \pm 1,12$) como um dos menos pontuados. Aliás, em relação aos itens associados à capacidade dos CI para assistir neste autocuidado, antes da intervenção, os CI apresentaram, em média, dos valores mais baixos de capacidade de acordo com a escala. Após a intervenção verificou-se melhoria em todos os itens da capacidade do CI para transferir, sendo que, mais uma vez, o aumento mais significativo ocorreu naqueles que tinha pontuação inferior.

Em relação à capacidade do CI para assistir no posicionamento (fator 4 da ECPICID-AVC) verifica-se que, na avaliação inicial, o item onde, em média, os CI apresentavam maior dificuldade foi “adota princípios de mecânica corporal durante a técnica de posicionamento” ($1,33 \pm 0,71$), em que nenhum CI foi capaz de obter pontuação máxima. Seguiu-se o item “providencia ajudas técnicas de posicionamento” ($2,33 \pm 1,12$) como um dos menos pontuados e depois “posiciona em todos os decúbitos” ($2,56 \pm 1,24$). Após a intervenção verificou-se melhoria em todos os itens da capacidade do CI para posicionar, sendo que, mais uma vez, se constatou que o aumento mais significativo ocorreu naqueles que inicialmente tinham menor pontuação.

Continuando a análise de acordo com a divisão por fatores tal como sugerido pelos autores da escala, importa referir-nos à capacidade do CI para providenciar ajudas técnicas (fator 5 da ECPICID-AVC). Dentro dos itens que compõem este fator, “providencia ajudas técnicas necessárias para facilitar o vestir” ($3,0 \pm 1,00$) foi aquele que, em média, os CI apresentavam maiores dificuldades na avaliação inicial. Seguiu-se “providencia ajudas técnicas necessárias para facilitar o despir” ($3,09 \pm 1,04$) e “providencia ajudas técnicas necessárias para facilitar a alimentação” ($3,42 \pm 0,99$). Desta forma, o item melhor pontuado foi “coloca os alimentos no prato do lado em que o idoso apresenta menor dependência” ($3,75 \pm 0,62$). Após a intervenção verificou-se melhoria, no valor médio, de todos os itens da capacidade do CI para providenciar ajudas técnicas.

Na capacidade do CI para assistir no uso do sanitário (fator 6 da ECPICID-AVC) verificou-se que, na avaliação inicial, isto é, antes do programa de intervenção, em todos os casos em que se aplicava este item por dependência neste autocuidado, os CI apresentavam valores máximos de capacidade de acordo com a escala e que se mantiveram na avaliação final, pelo que, na amostra em causa não foi uma área de intervenção.

No que diz respeito aos itens relacionados com a capacidade do CI para alimentar/hidratar (fator 7 da ECPICID-AVC), verifica-se que, na avaliação inicial, os itens onde, em média, os CI apresentavam maiores dificuldades eram: “vigia a deglutição” ($3,53 \pm 0,74$) e “prepara a refeição de acordo com a dieta prescrita” ($3,60 \pm 0,74$), pelo que estas foram intervenções fulcrais na capacitação dos mesmos. Por outro lado, todos eles, mesmo antes da intervenção, apresentaram pontuação máxima no item “monitoriza a ingestão de alimentos”. Após a intervenção verificou-se melhoria em todos os itens da capacidade do CI para alimentar/hidratar, à exceção, claro, daquele já pontuado previamente no máximo, sendo o aumento mais significativo no item onde a pontuação era inicialmente mais baixa.

Quanto à capacidade do CI para providenciar ajudas técnicas no vestir/despir (fator 8 da ECPICID-AVC) constata-se que, na avaliação inicial, é também uma área do autocuidado que apresenta, em média, dos valores mais baixos de pontuação ($2,79 \pm 0,89$), tendo sido uma área bastante trabalhada, pelo desconhecimento do lado corporal em que se deve iniciar o vestir e o despir respetivamente. Após a intervenção verificou-se melhoria nos itens da capacidade do CI para vestir e despir.

Assim, se fizermos uma análise item a item, dos 32, constata-se que os dois itens pontuados com menor valor médio foram “adota princípios de mecânica corporal durante a técnica de posicionamento” ($1,33 \pm 0,71$) e “adota princípios de mecânica corporal durante a técnica de transferência” ($1,60 \pm 0,83$), o que torna a área da capacitação do CI em relação ao uso da mecânica corporal uma área primordial de intervenção. De uma forma global, pode também afirmar-se que após intervenção houve uma melhoria em todos os itens da escala em questão, à exceção, daqueles que, *a priori*, já tinham pontuação máxima.

Importa ainda apresentar uma análise do ponto de vista das pontuações médias por área de autocuidado/fator da ECPICID-AVC, isto é, os valores médios de todos os itens que compõem cada fator, tal como apresentado no quadro 5.

Quadro 5. Capacidade do CI para o autocuidado do idoso dependente por AVC antes e após aplicação do programa de intervenção de acordo com os fatores da ECPCID-AVC (n=15)

Fator da ECPCID-AVC	Score na Avaliação Inicial		Score na Avaliação Final	
	Média ($\pm$ Desvio Padrão)	Mínimo - Máximo	Média ($\pm$ Desvio Padrão)	Mínimo - Máximo
Capacidade para assistir na higiene pessoal	3,80 ($\pm 0,24$)	3,2 - 4	3,93 ($\pm 0,26$)	3,8 - 4
Capacidade para assistir na transferência	2,97 ($\pm 0,56$)	1,8 - 3,8	3,79 ($\pm 0,19$)	3,4 - 4
Capacidade para assistir no posicionamento	3,00 ($\pm 0,97$)	1,5 - 4	3,71 ($\pm 0,31$)	3 - 4
Capacidade para providenciar ajudas técnicas	3,27 ($\pm 0,71$)	2 - 4	3,79 ($\pm 0,33$)	3 - 4
Capacidade para assistir no uso do sanitário	4,00 ($\pm 0,00$)	4 - 4	4,00 ($\pm 0,00$)	4 - 4
Capacidade para alimentar/hidratar	3,71 ($\pm 0,47$)	2,7 - 4	3,95 ($\pm 0,17$)	3,3 - 4
Capacidade para providenciar ajudas técnicas no vestir/despir	2,79 ($\pm 0,89$)	2 - 4	3,93 ($\pm 0,27$)	3 - 4

Assim, verificamos que a menor pontuação média inicial de capacidade do CI diz respeito ao assistir no vestir/despir ($2,79 \pm 0,89$), seguindo-se, por ordem de menor pontuação, no transferir ($2,97 \pm 0,56$), no posicionar ($3,00 \pm 0,97$) e no providenciar ajudas técnicas ($3,27 \pm 0,71$). Estas foram, por isso, áreas com maior necessidade de intervenção. Por outro lado, as áreas dos autocuidados com valores médios superiores de capacidade do CI, antes da intervenção, foram o assistir no uso do sanitário ($4,0 \pm 0,0$) e no cuidar da higiene pessoal ($3,80 \pm 0,24$). Importa acrescentar que na capacidade para alimentar/hidratar pré intervenção constatou-se que os participantes da amostra demonstram uma boa pontuação média ($3,71 \pm 0,47$), no entanto, consideramos importante intervir nesta área dada as situações de risco encontradas, com as respetivas repercussões positivas diretamente relacionadas com a prevenção de complicações graves associadas à disfagia. Também na análise de pontuação média por fator de ECPCID-AVC se constata que as áreas dos autocuidados onde houve um aumento médio de capacidade superior foram as mesmas que inicialmente apresentaram menor pontuação.

Feita esta apresentação de resultados, importa agora partir para a estatística inferencial no sentido de validar ou não as hipóteses estatísticas levantadas inicialmente.

4.2.3. Testes de Hipóteses

As hipóteses estatísticas levantadas estão relacionadas com as áreas do autocuidado de acordo com a divisão por fatores da ECPCID-AVC, segundo os autores da mesma. Tal como foi descrito na subcapítulo anterior, as áreas de autocuidado relacionadas com a capacidade do CI para alimentar/hidratar por sonda (fator 1) e capacidade do CI para

assistir no uso do sanitário (fator 6) não foram trabalhadas pelos motivos apresentados, pelo que foram excluídas dos testes de hipóteses.

Atendendo ao tamanho da amostra deste estudo ($n < 30$), para testar a normalidade ou não da distribuição foi aplicado o teste de *shapiro-wilk*, tal como sugere Maroco (2010). Os resultados da aplicação deste teste estão apresentados no quadro 6.

Quadro 6. Teste de Shapiro-Wilk à normalidade de distribuição dos itens da ECPICID-AVC de acordo com os fatores que a compõem

FATOR ECPICID-AVC		Estatística	Graus de liberdade	Sig.
Capacidade para assistir na higiene pessoal	Pré-teste	0,812	15	0,005
	Pós-teste	0,284	15	<0,001
Capacidade para assistir na transferência	Pré-teste	0,954	15	0,583
	Pós-teste	0,879	15	0,045
Capacidade para assistir no posicionamento	Pré-teste	0,851	15	0,018
	Pós-teste	0,845	15	0,015
Capacidade para providenciar ajudas técnicas	Pré-teste	0,885	12	0,100
	Pós-teste	0,674	12	<0,001
Capacidade para alimentar/hidratar	Pré-teste	0,670	15	<0,001
	Pós-teste	0,284	15	<0,001
Capacidade para providenciar ajudas técnicas no vestir/despir	Pré-teste	0,750	14	0,001
	Pós-teste	0,297	14	<0,001

Da análise dos dados, não se verificou normalidade de distribuição da amostra no que respeita à capacidade do CI para assistir na higiene pessoal, assistir no posicionamento, providenciar ajudas técnicas, alimentar/hidratar e providenciar ajudas técnicas no vestir/despir, atendendo que todos os valores de sig. são inferiores a 0,05, pelo que se assume o recurso ao teste não paramétrico, neste caso, o teste de Wilcoxon, tal como apresentado no quadro 7.

Quadro 7. Teste de Wilcoxon à variável Capacitação do CI para o autocuidado do idoso dependente por AVC

FATOR ECPICID-AVC	t	Sig.
Capacidade para assistir na higiene pessoal	-2,536	0,011
Capacidade para assistir no posicionamento	-2,677	0,007
Capacidade para providenciar ajudas técnicas	-2,678	0,007
Capacidade para alimentar/hidratar	-2,041	0,041
Capacidade para providenciar ajudas técnicas no vestir/despir	-2,889	0,004

Em conformidade com os resultados dos testes realizados nas cinco áreas de capacitação do CI/fatores da ECPICID-AVC, apresentados no quadro 7, verifica-se que foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, uma vez que os valores de sig. são

inferiores a 0,05, permitindo constatar que o programa de reabilitação influenciou favoravelmente a capacitação do CI no autocuidado ao idoso dependente por AVC, no domicílio, no que respeita à higiene pessoal, posicionar, providenciar ajudas técnicas, alimentar/hidratar e vestir/despír. Desta forma, podemos concluir a confirmação das hipóteses de investigação formuladas, nomeadamente, referentes a estas áreas do autocuidado.

Quanto à capacidade do CI para assistir na transferência, tal como revelado no quadro 6, através do respetivo teste estatístico, considerou-se existir normalidade da amostra, atendendo que os valores de sig. são superiores ou muito próximos de 0,05, pelo que optamos pela aplicação de um teste paramétrico, tendo em conta que, adicionalmente, no teste à homogeneidade de variância para amostras emparelhadas, verificou-se a existência de correlação (-7,229) significativa (0,002) entre os dois momentos. Assim, na realização de teste paramétrico – t-student em amostras emparelhadas, verificou-se que, relativamente à capacidade do CI para assistir na transferência, o valor de sig. (<0,001) é inferior a 0,05, pelo que existe diferença estatisticamente significativa entre os dois momentos.

Desta forma, é possível confirmar que o programa de reabilitação influenciou favoravelmente para a capacitação do CI no autocuidado ao idoso dependente por AVC, no domicílio, no que respeita à transferência, confirmando-se também esta hipótese de investigação.

Em suma, podemos afirmar que foram confirmadas as hipóteses de investigação: H1, H2, H3, H4, H6 e H7. Quanto a H5 atendendo que os valores iniciais e finais se mantiveram no mesmo nível (valor máximo), não se verificou qualquer alteração com a intervenção.

4.3. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A evidência remete-nos para a importância da intervenção junto dos CI, tendo o ensino e o treino no desenvolvimento de competências, com ênfase no autocuidado, um papel fundamental. O presente estudo visou e permitiu identificar características sociodemográficas, de prestação de cuidados e clínicas dos CI de idosos dependentes por AVC no domicílio, bem como, conhecer os efeitos de um programa de enfermagem de reabilitação na capacitação dos CI para o autocuidado do idoso dependente por AVC no domicílio, no que respeita a: alimentar/hidratar por sonda, cuidar da higiene pessoal, transferir, posicionar, providenciar ajudas técnicas, usar o sanitário, alimentar/hidratar e vestir/despír. A apresentação dos dados realizada no subcapítulo anterior, possibilitou-nos passar para a análise detalhada dos mesmos.

No que respeita à caracterização dos CI deste estudo, os dados sociodemográficos, de uma forma global, vão de encontro aos dados do relatório do projeto Eurofamcare (Sousa e Figueiredo, 2004) e dos estudos de Araújo [et al.] (2015, 2020) e Matos (2017). Em todos os casos, a maioria dos CI são mulheres, com médias de idade na casa dos 50 anos, casadas, filhas dos familiares que cuidam, têm o 1º ciclo como habilitação literária, rendimento mensal entre 500 a 1000€ e comunhão de habitação com o familiar dependente. Em relação à situação profissional os dados são díspares: nuns casos sobressai a situação de reforma (Matos, 2017), tal como no presente estudo, noutros a situação de empregado (Portugal, 2020^b) e ainda desempregado (Araújo [et al.], 2016), sendo que, os dados também apontam que esta característica varia consoante a idade – se os CI são mais velhos predomina a situação de reformado, se são de mais novos ou meia-idade predomina a situação de empregado (Sousa e Figueiredo, 2004).

Quanto à caracterização dos cuidados prestados pelos CI, também no estudo de Araújo [et al.] (2015, 2020) a maioria cuidava menos de 6h/dia. Os dados do *Eurofamcare* (Sousa e Figueiredo, 2004) falam em 4 ou mais h/dia. No que diz respeito ao tempo como CI, os resultados vão de encontro à situação encontrada por Matos (2017), que fala numa média de tempo de cuidado de 68 meses, tendo, no entanto, valores superiores ao estudo de Araújo [et al.] (2015, 2020), onde a grande maioria dos CI cuidavam do idoso há menos de 1 mês. No que concerne à existência de outro cuidador, tal como nos casos de Araújo [et al.] (2015, 2020) e Matos (2017), a maioria dispõe da ajuda de outro cuidador, sendo este, na generalidade, também um familiar do mesmo. Quanto ao requerimento do estatuto de cuidador informal e ao número de pessoas cuidadas, os dados do presente estudo corroboram os do inquérito nacional do “Movimento Cuidar dos Cuidadores Informais” (Portugal, 2020^b), pois a maioria dos CI ainda não tinham ainda requerido o estatuto de cuidador informal e cuidam de uma pessoa de forma informal.

No presente estudo foi possível perceber que a maioria dos CI da amostra receberam ensinamentos antes da alta para domicílio, sendo a UCCI o local mais vezes referido. No entanto, apesar de não ter sido explorada a perceção dos mesmos em relação às características destes ensinamentos, pelo menos não como objetivo do estudo, foi possível perceber que têm necessidade de receber formação específica em algum aspeto do processo de cuidar, neste caso de autocuidado do idoso dependente por AVC, como percebido através da aplicação da ECPICID-AVC, tal como iremos discutir. O mesmo é manifestado no inquérito nacional levado a cabo pelo “Movimento Cuidar dos Cuidadores Informais” (Portugal, 2020^b), bem como, referem diversos autores reportados ao longo do enquadramento teórico deste trabalho (Sequeira, 2018; Araújo, 2016; Krieger, Feron e Dorant, 2016; Roy [et al.], 2015; Danzl [et al.], 2016; Freitas [et al.], 2010).

Quando aos aspetos clínicos, no presente estudo a maioria dos CI não considera que o seu estado de saúde se tenha agravado, ao contrário do admitido no estudo de Matos (2017), ainda que manifestem dor musculoesquelética associada à prestação de cuidados, nomeadamente na região lombar, desta vez, de acordo com os dados relevados por Matos (2017), bem como, Saikai [et al.] (2020) e Monis [et al.] (2005).

Partindo para a análise da capacitação do CI, os dados do estudo aqui desenvolvido permitiram concluir que o presente programa de intervenção/reabilitação contribuiu para a capacitação dos CI no autocuidado do idoso dependente por AVC. As áreas do autocuidado em que o foi possível aferir foram: assistir na higiene pessoal, transferir, posicionar, providenciar ajudas técnicas, alimentar/hidratar e vestir/despir, confirmando-se, assim H1, H2, H3, H4, H6 e H7.

Estes dados vão de encontro ao estudo desenvolvido por Araújo [et al.] (2015, 2020), pois o mesmo demonstrou que um programa domiciliário estruturado (*InCare*), baseado na informação e no treino de capacidades, dirigido aos CI de idosos dependentes por AVC, teve um relevante impacto e efeito positivo na capacitação dos mesmos. Contrariamente a Araújo [et al.] (2015, 2020), no estudo aqui apresentado, não foi possível provar este impacto na capacidade do CI para assistir no alimentar/hidratar por sonda e no uso do sanitário, pelas características da amostra deste estudo: os idosos cuidados não necessitavam de alimentação/hidratação por sonda e todos os CI apresentavam na avaliação inicial pontuação máxima dos itens relacionados com o uso do sanitário. De referir, que em relação a este último, pode ser visto como positivo o facto de na avaliação final terem mantido o nível, isto é, não ter havido agravamento em relação a esta capacidade.

Numa análise mais detalhada, em relação à capacidade do CI para assistir na higiene pessoal, verificou-se que a intervenção mais frequentemente implementada prendeu-se com o providenciar produtos de apoio para facilitar a higiene pessoal e a autonomia do idoso em relação a este autocuidado, tal como referimos anteriormente. A maioria já tinha adquirido os produtos de apoio mais básicos para este autocuidado (nomeadamente cadeira sanitária e bacia para higiene), mas ainda assim beneficiavam de estratégias adaptativas que facilitassem e estimulassem a autonomia do idoso, protegessem a saúde dos CI através dos princípios de ergonomia e contornassem as barreiras arquitetónicas dos domicílios. Estes aspetos vão de encontro ao que Araújo (2016) nos refere no seu trabalho (estudo 1). Não obstante, ainda que o programa tenha contemplado este tipo de intervenções, na apresentação dos resultados, pudemos constatar que esta área do autocuidado foi, a seguir ao uso do sanitário, a que, desde logo na avaliação inicial, os CI apresentaram pontuações médias mais elevadas. Ora este facto remete-nos para o que

Hung, Liu e Kuo (2002) e Wu (2009) afirmam ao revelarem que 60 a 75% dos CI demonstra competências práticas neste domínio, desempenhando corretamente as atividades deste autocuidado.

No que diz respeito à capacidade do CI para assistir na transferência e no posicionamento, estes foram aspetos do cuidar que demonstraram ter das menores pontuações médias na ECPICID-AVC, sendo inclusive os itens “adota princípios de mecânica corporal durante a técnica de posicionamento” e “adota princípios de mecânica corporal durante a técnica de transferência” os menos pontuados da escala. Estes dados vão de encontro ao que nos diz Predebon [et al.] (2021) num estudo realizado a 190 CI de idosos dependentes por AVC no Brasil, ao demonstrar que a transferência e posicionamento foram as atividades que os CI apresentaram maior dificuldade, devido à falta de orientação quanto à postura adequada para realizar essas atividades, concluindo que a avaliação dos enfermeiros quanto às atividades e dificuldades dos cuidadores é uma importante estratégia para intervir em todos os níveis de saúde. Da mesma maneira, os resultados do estudo de Silver [et al.] (2004) apontam a transferência e o posicionamento como intervenções que carecem de instrução e treino por parte dos profissionais de saúde e sobre as quais os CI verbalizam muitas dificuldades.

Em relação a estas áreas de autocuidado (posicionar e transferir), como intervenção do programa de capacitação, foi fundamental a componente de sessão de formação em grupo sobre “Mecânica Corporal na Mobilização da Pessoa Dependente”. A abordagem em grupo proporcionou a partilha de dúvidas e estratégias, criando sinergias de aquisição de conhecimentos e capacidades, nas áreas que os CI à partida apresentavam mais dificuldade: de acordo com a revisão da literatura efetuada (Predebon [et al.], 2021; Silver [et al.], 2004), corroborada depois pela avaliação inicial através da aplicação de ECPICID-AVC, como demonstraram os resultados. O objetivo da sessão de formação foi atingido, na medida em que todos os CI, no âmbito do uso da mecânica corporal na mobilização da pessoa dependente, aumentaram a sua capacidade no autocuidado do idoso dependente por AVC no domicílio: itens “adota princípios de mecânica corporal durante a técnica de transferência” (pontuação média na avaliação inicial de $1,60 \pm 0,83$ e na avaliação final de $3,40 (\pm 0,51)$) e “adota princípios de mecânica corporal durante a técnica de posicionamento” (pontuação média na avaliação inicial de $1,33 \pm 0,71$ e na avaliação final de $3,22 \pm 0,44$). Os mesmos também referiram que perceberam que a sessão de formação neste âmbito contribuiu fortemente para a sua capacitação (apêndice E). Esta é uma área que revelou ser, de facto, basilar no programa de capacitação do CI, tendo, no âmbito do que são as suas competências específicas, o EEER um especial papel.

Ainda no que diz respeito a estas áreas dos autocuidados, importa acrescentar que, durante a implementação do programa, foi também necessário incentivar o CI a envolver o idoso aquando da transferência, pois frequentemente era desvalorizado este aspeto, pelo que foi necessário explicar o seu benefício quer no processo de recuperação/reabilitação do idoso, quer como facilitador da técnica para CI e idoso. Esta questão foi também apontada por Araújo (2016) no seu trabalho (estudo 1). Já do ponto de vista do posicionamento, ao contrário do que é referido por este autor, onde é afirmado que esta é, à partida, uma área frequentemente bem assente pelos CI, aqui foi necessário, não raras vezes, reforçar a importância da alternância em todos os decúbitos no sentido de prevenir complicações associadas à imobilidade.

Continuando a análise de acordo com os itens que compõe o fator da ECPICID-AVC, e hipóteses formuladas, em relação ao providenciar ajudas técnicas/produtos de apoio, importa salientar que foi trabalhado frequentemente com os CI, cujos idosos necessitavam e beneficiavam deste apoio, o incentivar a sua autonomia através do uso dos mesmos. Normalmente foi através de produtos facilmente adquiridos com material proveniente em casa: engrossador de talher com recurso a esponja ou esferovite; ajudar a selecionar talheres mais adequados às dificuldades do idoso (com cabo grosso), que já tinham em casa e que não estavam em uso; calçadeiras de cabo longo ou caixa de madeira para facilitar o calçar/descalçar, bem como, substituir roupa com botões por elástico ou banda feltro. O facto do EEER recorrer frequentemente a ajudas técnicas/produtos de apoio provenientes de adaptação de materiais domésticos é também apontado por Oliveira, Couto e Silva (2021). Quanto à questão da necessidade de trabalhar com o CI a pertinência de incentivar a autonomia do idoso, em vez de o substituir é também referida por Wu (2009). De facto, em todas as áreas do autocuidado esteve muito presente o apoio no uso de estratégias adaptativas e ajudas técnicas/produtos de apoio que facilitassem a autonomia do idoso, onde, não raras vezes, a tendência era substituir a pessoa no que ela apresentava maior dificuldade, apesar do potencial. A justificação para tal atitude pode passar por um sentido de proteção em relação ao idoso, isto é, no sentido de o proteger da constatação da sua incapacidade, o CI pode ter tendência a substituí-lo para não expor a dificuldade do idoso em algo que antes do evento de AVC era dado como adquirido. Este foi, aliás, uma das posições apresentada por uma CI participante neste estudo, e já Flick (1999) fez alusão a este sentimento de proteção por parte dos CI. No entanto, este mesmo autor defende que esta tendência pode aumentar a depressão nos sobreviventes de AVC.

Relativamente à capacitação do CI no autocuidado alimentar/hidratar, para além das intervenções relacionadas com o fator anterior, foram basilares as intervenções relacionadas sobre a vigilância da deglutição e dos sinais de alerta em relação à

disfagia/risco de aspiração. Paralelamente, o ensino, instrução e treino do uso correto do espessante e o reforço do motivo de prescrição também estiveram muito presentes. Ainda que os valores médios de pontuação apresentados através da ECPCID-AVC em relação a esta área de autocuidado fosse das mais elevadas, naqueles CI e idosos em que as alterações à deglutição eram uma questão, foi vital a intervenção junto dos mesmos. Assim, foram colmatadas falhas, neste autocuidado, diretamente relacionadas com o risco elevado de complicações importantes, como as infeções respiratórias por aspiração. Estes dados são corroborados pelos apresentados por Araújo (2016) no seu estudo (estudo 1). Também Shyu [et al.] (2000) reporta lacunas na aprendizagem que os CI demonstram relativamente à falta de informação sobre as boas práticas nos cuidados em geral e, em particular, sobre a alimentação dos sobreviventes de AVC. Johansson e Johansson (2009) referem que muitos CI vivenciam a preocupação e incerteza constantes pela dificuldade na gestão de complicações associadas às alterações da deglutição.

Quanto à capacidade do CI para providenciar ajudas técnicas no vestir/despir, foi também uma área bastante trabalhada, pelo desconhecimento do lado corporal em que se deve iniciar o vestir e o despir respetivamente, sendo que após o ensino, instrução e treino deste aspeto, com a componente explicativa da razão para estes cuidados, verificou-se melhoria significativa nos itens desta capacidade do CI. Novamente a questão de não substituir o idoso naquilo que ele é capaz de fazer, ainda que de forma mais demorada, teve de ser trabalhada. Estes aspetos também vão de encontro ao referido por Araújo (2016) no seu trabalho (estudo 1). No entanto, os dados aqui encontrados relativos à menor pontuação média inicial como fator da ECPCID-AVC, revelando dificuldades iniciais importantes nesta área, diferem do estudo de Predebon [et al.] (2021), na medida em que neste último a capacidade para assistir no vestir/despir apresentou pontuação elevada.

Assim, a ênfase dada às questões do autocuidado na capacitação dos CI, neste âmbito, é corroborada pela literatura. Também Martins e Santos (2020), na revisão integrativa de literatura, apontam como principais necessidades dos CI as relacionadas com as AVD e os domínios do autocuidado: higiene pessoal, vestir/despir, alimentação, eliminação e mobilidade.

Não obstante, para além do ensino, instrução e treino de autocuidado básico, também a componente educacional sobre o AVC e seu processo de recuperação/reabilitação, bem como, o apoio psicossocial estão contemplados no programa de intervenção do presente estudo, pois a literatura aponta-o como importante no âmbito de programas de capacitação dos CI de dependentes por AVC (Zhang [et al.], 2019; Day [et al.], 2018; Araújo [et al.], 2015, 2020; Krieger, Feron e Dorant, 2016; Pierce [et al.], 2015). Assim, em relação ao incentivo da partilha de sentimentos e dificuldades, quer na sessão telefónica, quer em

momentos presenciais, foi visto como uma mais valia, pois os CI apreciaram como um momento em que se sentiam à vontade para falar com alguém que os compreenderia, tornando-se num momento, ao mesmo tempo, de introspeção e partilha. Foram algumas as circunstâncias em que as emoções vieram ao de cima, e as lágrimas exorcizaram receios e angústias, onde a escuta ativa, a presença e o toque também tiveram a sua importância. Os CI encontravam-se em fases diferentes do processo de transição situacional, pois uns casos eram relativamente mais recentes que outros, e o papel do EEER foi, precisamente, identificar esta situação e facilitar todo o processo, tal como nos interpela Meleis (2009). Alguns apenas queriam falar sobre o seu dia-a-dia e o quanto era difícil gerir todos os afazeres, não sabiam apontar dúvidas concretas, mas aproveitavam para falar dos sentimentos que preenchiam os seus dias, e que, muitas vezes, se prendiam com a necessidade constante de serem fortes para poder atender os seus familiares, quando na verdade, também eles estavam cansados e precisavam de tempo para si. Aliás este último aspeto foi referenciado pela maioria dos cuidadores, tendo sido importante falar da existência das diversas possibilidades de apoio do ponto de vista social, de recursos na comunidade e até outros recursos na própria família. Outros questionavam sobre apoios do ponto de vista económico/social, tendo sido, não raras vezes, orientados para a existência da assistente social do centro de saúde e do apoio que podia ser dado no esclarecimento destas dúvidas. Outra questão levantada em relação às dificuldades como CI, remeteu-se para o facto de ser difícil compreender ou ter a certeza que estavam atendidas todas as necessidades do idoso em questão, quando o AVC tinha afetado a sua capacidade de comunicação. Outros foram os casos em foi relatado que nos primeiros dias, aquando da chegada do idoso ao domicílio, era uma preocupação major a questão da higiene corporal, pois nunca antes tinham lidado com tal circunstância, mas, tal como já referido, curiosamente, foi uma área cujas dificuldades não se salientaram, particularmente, pela negativa. Não obstante, este aspeto, remete-nos, mais uma vez, sobre a importância do autocuidado no processo de enfermagem/reabilitação, como nos orienta Orem (2001), e como os estudos têm relevado ser área nobre de atuação neste âmbito. Finalmente, foi também frequentemente partilhado o quão importante é para eles, os CI, este tipo de acompanhamento, agradecendo os momentos de ensinamentos e partilhas, uns referindo que teria sido importante a intervenção o mais precocemente possível após chegada ao domicílio, outros referindo que devia ser feito este contacto “de tempos em tempos” para proporcionar um acompanhamento caso a caso, em tempo real de acordo com as dúvidas/fase do processo de recuperação/reabilitação, o que mais uma vez, nos remete para o que Graf [et al.] (2017) nos dizem sobre o facto de não haver resposta certa quanto ao fator tempo e intervenção dirigida aos CI de dependentes por AVC, e que esta

intervenção será sempre importante independentemente do tempo decorrido após AVC, como nos remete kriegler, Feront e Dorant (2016).

De facto, no que respeita à capacitação para o autocuidado, tanto da pessoa como CI, mais do que conhecer o nível de dependência, o profissional deve conhecer as reais dificuldades e necessidades, através de um instrumento que permita de forma rigorosa esta avaliação, tal como apontado por Dixe [et al.] (2020). Portanto, a ECPCID-AVC, desenvolvida por Araújo [et al.] (2016), tal como demonstrado pelos seus autores, também no presente estudo revelou ser uma ferramenta fiável de apoio à avaliação das capacidades dos CI para o autocuidado de pessoas idosas dependentes após um AVC, podendo ser usada em programas de intervenção estruturada aplicados por equipas de saúde. Ao mesmo tempo que permitiu identificar as necessidades de intervenção junto dos CI na assistência para o autocuidado dos idosos dependentes por AVC, permitiu igualmente avaliar a capacitação destes CI após a aplicação do programa de intervenção/reabilitação. No âmbito da reabilitação, esta escala ganha contornos ainda mais relevantes pois contempla itens diretamente relacionados com as competências específicas do EEER, seja pelo autocuidado básico, pelo uso de princípios de mecânica corporal ou pela orientação a nível de ajudas técnicas/produtos de apoio.

Deste modo, a importância de programas de capacitação do CI para o autocuidado do idoso dependente por AVC, particularmente em contexto domiciliário é ponto que fica assente com a realização deste trabalho, estando em linha com Araújo [et al.] (2015, 2016, 2020), Santos [et al.] (2020), Martins e Santos (2020), Araújo (2016), Petronilho [et al.] (2017), kriegler, Feron e Dorant (2016), Pierce [et al.] (2015) e Ribeiro, Pinto e Regadas (2014). Assim, podemos aferir que a pertinência deste estudo é assente nos dados teóricos e empíricos sobre o tema, e os resultados são também corroborados pela literatura.

4.4. CONCLUSÕES DO ESTUDO, LIMITAÇÕES E SUGESTÕES

Tal como nos propusemos inicialmente, foi possível identificar características sociodemográficas e clínicas dos CI de idosos dependentes por AVC no domicílio. De facto, a maioria dos CI da amostra são mulheres, filhas dos idosos que cuidam, partilhando a mesma habitação, com baixas habilitações literárias, não têm estatuto de cuidador informal e apesar de referirem que não sentem que o seu estado de saúde se tenha agravado desde que cuidam do idoso, manifestam dor musculoesquelética associada a este cuidado, sendo a região lombar a mais afetada. A mesma maioria admite ter recebido ensinamentos, por parte de profissionais de saúde, antes do regresso ao domicílio.

Não obstante, na avaliação inicial, os mesmos cuidadores demonstram necessidades de ensino no que respeita à sua capacidade para assistir no autocuidado. Além disso, os dados clínicos dos CI, em consonância com a literatura, reforçam a necessidade de abordar a questão da mecânica corporal na mobilização da pessoa dependente, o que é também corroborado pela baixa pontuação inicial no item da ECPCID-AVC que avalia este aspeto.

Assim, foi também possível conhecer os efeitos de um programa de enfermagem de reabilitação na capacitação do CI para o autocuidado do idoso dependente por AVC no domicílio, no que respeita a: cuidar da higiene pessoal, transferir, posicionar, providenciar ajudas técnicas, alimentar/hidratar e vestir/despir. Da mesma forma, foi respondida a questão de investigação, na medida em que se concluiu que o programa de enfermagem de reabilitação influenciou favoravelmente a capacitação do CI para o autocuidado do idoso dependente por AVC no domicílio, comprovando-se as hipóteses de investigação relativas a estas áreas do autocuidado referidas. De facto, existiram diferenças estatisticamente significativas entre os dois momentos (antes e após o programa de intervenção).

Em todas as áreas de autocuidado houve melhoria da capacidade do CI para cuidar do idoso dependente por AVC no domicílio, sendo que foi mais significativa naquelas que inicialmente apresentaram maior dificuldade: assistir no vestir/despir, seguindo-se no transferir e no posicionar. Por outro lado, as áreas dos autocuidados com valores médios superiores de capacidade do CI, antes da intervenção, foram o assistir no uso do sanitário e no cuidar da higiene pessoal. Consideramos ainda importante referir que a intervenção na área do assistir no alimentar/hidratar foi de especial relevância pela prevenção de complicações graves associadas à disfagia. A literatura é consonante no que se refere ao assistir no transferir e posicionar, mas mais divergente nas outras áreas de autocuidado. Assim, conclui-se que a intervenção na área da capacitação do CI para o autocuidado do idoso dependente por AVC deve ser de acordo com as necessidades específicas de cada indivíduo, sendo que a ECPCID-AVC permitiu a identificação destas necessidades, bem como determinar a adequação das intervenções, na medida em que avalia o grau de capacidade adquirido.

Esta é uma área relevante do ponto de vista de intervenção do EEER e restante equipa multidisciplinar de saúde, bem como do ponto de vista da investigação.

São apontadas como limitações deste estudo o tamanho reduzido da amostra e o horizonte temporal do programa. Em relação ao tamanho da amostra não foi possível que esta fosse maior pela provável impossibilidade de chegar a toda a real população que cumpria os critérios de inclusão por dificuldade de referenciação, pois os diagnósticos médicos ainda

não estão sempre devidamente catalogados informaticamente. O tamanho da amostra também é influenciado pela limitação temporal do ENP. No que respeita ao horizonte temporal do programa de intervenção, a duração de apenas 6 semanas está, mais uma vez, limitada pelo facto de ser necessário um ajuste ao tempo possível de desenvolvimento no âmbito do ENP e parecer favorável da CES, pelo que poderá ficar aquém do acompanhamento e reavaliação a longo prazo que os CI podem necessitar, tal como a literatura nos aponta. Também o facto de a amostra contemplar CI que cuidam de idosos cujo evento AVC ocorreu num período de tempo que pode ser do imediato até 3 anos, pode constituir-se também como uma limitação do estudo por provocar alguma variabilidade nas características da mesma.

Realçamos o número de sessões do programa de intervenção/capacitação e a sustentação que o mesmo tem, no âmbito das competências do EEER, de acordo com uma vasta revisão da literatura, bem como, a utilização de um inovador instrumento de avaliação, validado para a população em questão, cujas propriedades psicométricas garantem a sua implementação/avaliação nos programas de enfermagem destinados a formar CI no autocuidado do idoso dependente por AVC.

A compreensão e análise da problemática aqui tratada ajudará os profissionais, como o EEER, a fornecer a educação certa, no momento e da maneira certa para melhor apoiar os grupos mais fragilizados, como os CI dos idosos dependentes por AVC. Espera-se, assim, que no futuro haja melhoria na qualidade de vida das famílias, ganhos em saúde das populações e diminuição dos custos sociais, pelo que importa continuar a investigação nesta área, nomeadamente o impacto, a estes níveis, destes programas de capacitação, por intermédio do EEER, que a nível nacional são ainda escassos. Mas importa ir para além disso, isto é, é necessária a implementação concreta e sistematizada deste tipo de programas. Com a realização deste trabalho fica-se com a preocupação de que sendo um tema já bastante estudado, e sendo reconhecida a sua importância, é inquietante que continue a ser evidente a falta de preparação e capacitação para o papel de CI, nomeadamente no regresso ao domicílio. Fica clara a necessidade de acesso por parte das populações a programas de capacitação/educação no papel de CI, baseada na informação e treino, bem como identificação proativa de necessidades. É necessária maior inclusão dos CI utilizando comunicação aprimorada com o fornecimento de informações e educação usando vários métodos de entrega em vários momentos, sempre de forma individualizada. Os estudos que revelam o impacto positivo deste tipo de programas são indicadores da importância de atuação nesta área. No entanto, há ainda que aproveitar o importante papel que o EEER pode ter neste âmbito, a par da utilização de instrumentos de avaliação que utilizem a capacitação do CI como medida, em particular numa área

apontada sempre como fundamental na preparação para o seu papel: o autocuidado da pessoa com afeção. Neste âmbito a ECPICID-AVC e o programa de enfermagem de reabilitação dirigido ao CI, aqui desenvolvido, vem oferecer uma oportunidade para as equipas de saúde e, conseqüentemente, para as populações.

CONCLUSÃO

As situações de dependência funcional têm um impacto significativo na vida das pessoas, e a gestão do seu processo de saúde torna-se premente. Nesta abordagem, a intervenção do EEER deve ser baseada na evidência científica mais atual, numa linguagem individualizada, integrada e dinâmica. A comunidade é, neste âmbito, um local privilegiado de atuação pelas características de aproximação às reais necessidades da pessoa e sua família, numa clara perspetiva de reabilitação e reintegração, tendo o EEER um papel de facilitador de todo o processo.

O percurso traçado ao longo do ENP foi, com toda a certeza, rico em experiências tendo sido atingidos os objetivos propostos inicialmente, através das diversas estratégias/atividades desenvolvidas para lhes dar resposta. Este Relatório Final constitui, em si mesmo, um relato fundamentado e reflexivo de todas estas atividades, que permitiram o desenvolvimento de competências profissionais no âmbito da Enfermagem de Reabilitação na Comunidade (competências comuns do enfermeiro especialista e competências específicas do EEER).

De facto, foi possível desenvolver as competências específicas do EEER no âmbito da conceção, implementação e avaliação de programas de reeducação funcionais (nomeadamente motor, respiratório e de AVD) através de cuidados, técnicas e tecnologias específicas de reabilitação, promovendo a maximização da autonomia, capacitação, qualidade de vida, interferindo positivamente no processo de transição saúde/doença, com vista à sua reabilitação/reintegração. Ao mesmo tempo, no âmbito de um desenvolvimento profissional especializado, foi possível, refletir, do ponto de vista ético e legal, sobre a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa/CI/família em contexto comunitário, bem como desenvolver competências nos domínios da melhoria contínua, da gestão de cuidados, da investigação, da formação e assessoria.

O desenvolvimento da enfermagem de reabilitação surgiu em resposta aos desafios sociais em cada momento histórico, sendo que, atualmente, associado ao envelhecimento das populações, surgem os desafios associados às doenças com maior prevalência atual e o impacto que isto tem na funcionalidade e participação/integração social. O enfermeiro de reabilitação, dado o âmbito das suas competências profissionais, promotoras da readaptação/reeducação funcional, tem um papel central na construção das respostas dos sistemas de saúde a estes novos desafios. Este facto apela à necessidade da constante atualização dos EEER, no sentido de serem agentes promotores da segurança e qualidade dos cuidados, tendo a investigação um papel basilar. Os atuais programas de ciclo de estudos, através da realização dos ENP com Relatório Final como requisito da OE para atribuição de título de EEER, podem ser vistos como oportunidade de otimizar os recursos para a investigação em enfermagem de reabilitação, aproximando os

contextos clínicos da prática académica. Assim, caminhamos para o pináculo da qualidade da enfermagem como ciência: a prática baseada na evidência e a evidência baseada na prática. Não obstante, as características de um ENP podem provocar limitações nos estudos a desenvolver, nomeadamente em termos de metodologias e horizonte temporal.

A capacitação do CI para o autocuidado do idoso dependente por AVC, no domicílio, revela-se ser uma fundamental área de atuação, encontrando o EEER, neste espaço, o âmago da sua atuação. Foi este o mote da componente de investigação deste ENP, tendo sido confirmadas as hipóteses de investigação, pelo que podemos afirmar que o programa de enfermagem de reabilitação influencia a capacitação do CI para o autocuidado do idoso dependente por AVC no domicílio, no que respeita a: cuidar da higiene pessoal, transferir, posicionar, providenciar ajudas técnicas, alimentar/hidratar e vestir/despir.

Conclui-se que o programa de enfermagem de reabilitação influenciou favoravelmente a capacitação do CI para o autocuidado do idoso dependente por AVC no domicílio.

O presente e o futuro patenteiam novos desafios que consistirão em oportunidades para tornar mais forte o corpo de conhecimentos da enfermagem na área da reabilitação, dando suporte a uma educação diferenciadora e a uma prática clínica ainda mais significativa para as pessoas, seus cuidadores, famílias e sociedade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABDULKARIM, Yousef A. [et al.] – The impact of technology-based interventions on informal caregivers of stroke survivors: a systematic review. **Telemedicine and e-Health** [em linha]. 22:3 (2016), p.223-231. DOI: <https://doi.org/10.1089/tmj.2015.0062>.

ANTÔNIO, Paula; TOLDRÁ, Rosé – A estratégia grupal na reabilitação de pessoas com acidente vascular cerebral: reflexões sobre a prática da terapia ocupacional. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional** [em linha]. 23:1 (2015), p.43-52. DOI: <https://doi.org/10.4322/0104-4931.ctoAO440>.

ARAÚJO, Odete [et al.] – Intervention in informal caregivers who take care of older people after a stroke (InCARE): study protocol for a randomised trial. **Journal of Advanced Nursing** [em linha]. 71 (2015). DOI: <https://doi.org/10.1111/jan.12697>.

ARAÚJO, Odete [et al.] – Development and psychometric properties of ECPCID-AVC to measure informal caregivers' skills when caring for older stroke survivors at home. **Scandinavian Journal of Caring Sciences** [em linha]. 30 (2016), p. 821-829. DOI: <https://doi.org/10.1111/scs.12291>.

ARAÚJO, Odete [et al.] – A quasi-experimental study of the effect of an intervention on older stroke survivors' functionality. **Applied Nursing Research** [em linha]. 55 (2020). DOI: <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2020.151280>.

ARAÚJO, Odete – **O cuidado informal a pessoas idosas dependentes no autocuidado após um acidente vascular cerebral: avaliação do impacto do programa InCARE na capacitação dos cuidadores**. [em linha] Lisboa: [s.n], 2016. Tese de Doutoramento apresentada na Universidade de Lisboa, com a colaboração da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Disponível em: <https://hdl.handle.net/10451/25155>.

BENNER, Patrícia – **De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem**. Edição comemorativa. Coimbra: Quarteto Editora, 2001. 294 p. ISBN 972-8535-97-X.

BIREME – **DeCS/Mesh: descritores em ciências da saúde** [em linha]. São Paulo: BIREME; OPAS; OMS, 2017 [Consultado a mai. 2022]. Disponível na URL: <http://decs.bvsalud.org>.

BRANCO, Pedro – Equipa de Reabilitação. In MARQUES-VIEIRA, Cristina; SOUSA, Luís – **Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida**. Loures: Lusodidacta, 2017. ISBN 978-989-8075-73-4. p.181–188.

CHENG, Ho; CHAIR, Sek; CHAU, Janita – The effectiveness of psychosocial interventions for stroke family caregivers and stroke survivors: A systematic review and meta-analysis.

Patient Education and Counseling [em linha]. 95:1 (2014), p.30-44. DOI: <https://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2014.01.005>.

COELHO, Carla; BARROS, Helena; SOUSA, Luís – Reeducação da Função Sensoriomotora. In MARQUES-VIEIRA, Cristina; SOUSA, Luís – **Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida**. Loures: Lusodidata, 2017. ISBN 978-989-8075-73-4. p.15-21.

CORDEIRO, Maria do Carmo; MENOITA, Elsa Cristina – **Manual de boas práticas na Reabilitação Respiratória: conceitos, princípios e técnicas**. Loures: Lusociência, 2012. ISBN 978-972-8930-86-8.

DAL PIZZOL, Fernanda [et al] – Adaptation and validation of the capacity scale for informal caregivers of elderly stroke patients to be used in Brazil. **Journal of Nursing Measurement** [em linha]. 16 (2020), p.23-42. DOI: <http://doi:10.1891/JNM-D-18-00072>.

DANZL, Megan [et al.] – “A lot of things passed me by”: rural stroke survivors and caregivers experience of receiving education from health care providers. **The Journal of Rural Health** [em linha]. 32 (2016), p.13-24. DOI: <http://doi: 10.1111/jrh.12124>.

DAY, Carolina Baltar [et al.] – Nursing home care educational intervention for family caregivers of older adults post stroke (SHARE): study protocol for a randomised trial. **Bio Med Central Trials** [Em linha]. Brazil. 19:96 (2018), p.1-9. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13063-018-2454-5>.

DECRETO-LEI nº161/96. **DR I Série A**. 205 (1996/09/04) 2959-2962.

DECRETO-LEI nº 101/2006. **DR I Série**. 109 (2006/06/06) 3856-3865.

DECRETO-LEI nº 28/2008. **DR I Série**. 38 (2008/02/22) 1182-1189.

DECRETO-LEI nº 183/2008. **DR I Série**. 171 (2008/09/04). 6225-6233.

DECRETO-LEI nº 12/2009. **DR I Série**. 7 (2009/01/12). 231-231.

DECRETO-LEI nº 93/2009. **DR I Série**. 74 (2009/04/16). 2275-2277.

DECRETO-LEI nº 136/2015. **DR I Série**. 145 (2015/07/28). 5081 – 5091.

DESPACHO nº 3618-A/2016. **DR II Série**. 49 (2016/03/10) 8660(5)-8660(6).

DIXE, Maria dos Anjos [et al.] – Dependent person in self-care: analysis of care needs. **Scandinavian Journal of Caring Sciences** [em linha]. 34:3 (2020), p.727-735. DOI: <https://doi: 10.1111/scs.12777>.

INSTITUTO POLITÉCNICO DE VIANA DO CASTELO. Escola Superior de Saúde – **Unidade curricular estágio de natureza profissional com relatório final: protocolo 2º ano do VI Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação**. ESS-IPVC, 2021.¹

EUROCARERS. European Association Working for Carers – **About Carers**. [em linha]. Brussels: Eurocarers, 2020. [Consultado 20 jan. 2021]. Disponível na www: <URL: <https://eurocarers.org/about-carers/>>.

FERREIRA, Mariline – **Doente Com Avc: Ganhos Na Qualidade De Vida Após Intervenção Do Enfermeiro De Reabilitação**. [em linha] Viana do Castelo: [s.n], 2014. Dissertação de mestrado em Enfermagem de Reabilitação apresentada na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Disponível em: <http://hdl.handle.net/20.500.11960/1290>.

FLICK, C. L. – Stroke rehabilitation. Stroke outcome and psychosocial consequences. **Archives of Physical Medicine & Rehabilitation** [em linha]. 80:5 (Suppl 1) (1999), p.21-26. DOI: [https://doi.org/10.1016/s0003-9993\(99\)90098-9](https://doi.org/10.1016/s0003-9993(99)90098-9).

FORTIN, Marie-Fabienne – **O processo de investigação: da concepção à realização**. 5ª ed. Loures: Lusociência, 2009. ISBN 978-972-8383-10-7

FREITAS, Ana Maria [et al.] – O regresso a casa do doente hemiplégico: organização da família para promover o bem-estar. In COSTA, Maria Arminda; GOMES, Bárbara; MARTINS, Maria Manuela – **Enfermagem de Reabilitação: Colectânea de Textos**. Coimbra: Formasau, 2010. ISBN 979-989-8269-12-6. P.283-313.

GASPAR, Luís; LOUREIRO, Maria; NOVO, André – Exercício profissional dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação. In RIBEIRO, Olga – **Enfermagem de Reabilitação de Reabilitação: Conceções e Práticas**. Lisboa: Lidel – edições técnicas, Limitada (Lda.), 2021. ISBN 978-989-752-723-4. p.12-18.

GOMES, Bruno; FERREIRA, Dulce – Reeducação da Função Respiratória. In MARQUES-VIEIRA, Cristina; SOUSA, Luís – **Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida**. Loures: Lusodidata, 2017. ISBN 978-989-8075-73-4. P.15-21.

GRAF, Rachel [et al.] – The stroke caregiving trajectory in relation to caregiver depressive symptoms, burden, and intervention outcomes. **Topics in Stroke Rehabilitation** [em linha]. 24:7 (2017), p.488–495. DOI: <https://doi.org/10.1080/10749357.2017.1338371>.

GUTERRES, João [et al.] – Gestor de Casos: Expertise Clínica. **Revista Investigação em Enfermagem**. ISSN 2182-9764. nº 5, série II (2013), p.41-47.

¹ Documento interno disponível na ESS-IPVC.

HERNÁNDEZ SAMPIERI, Roberto; HERNÁNDEZ COLLADO, Carlos; BAPTISTA LUCIO, María del Pilar – **Metodologia de pesquisa**. 5ª ed. São Paulo: Penso, 2013. ISBN 978-85-65848-28.

HOEMAN, Shirley P. – **Enfermagem de Reabilitação: prevenção, intervenção e resultados esperados**. 4ª ed. Loures: Lusodidacta, 2011. ISBN 978-989-8075-31-4.

HUNG, Li-Chen; LIU, Chien-Chi; KUO, Hsin-Wen – Unmet nursing care needs of home-based disabled patients. **Journal of Advanced Nursing** [em linha]. 40:1 (2002), p.96-104. DOI: <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2002.02344.x>.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – **Plataforma de Divulgação dos Censos 2021** [em linha]. INE, 2021 [Consultado a 25 abr. 2022]. Disponível na www: <URL: https://www.ine.pt/scripts/db_censos_2021.html>.

INTERNATIONAL ORGANISATION FOR STANDARDIZATION – **ISO/TR 12296:2012: Ergonomics: manual handling of people in the healthcare sector**. [s.l.]: ISSO, 2012.

JOHANSSON, Annica; JOHANSSON, Ulla – Relatives' experiences of family members' eating difficulties. **Scandinavian Journal of Occupational Therapy** [em linha]. 16:1 (2009), p.25-32. DOI: <https://doi.org/10.1080/11038120802257195>.

KRIEGER, Theresia; FERON, Frans; DORANT, Elisabeth – Developing a complex intervention programme for informal caregivers of stroke survivors: The Caregivers' Guide. **Scandinavian Journal of Caring Sciences** [em linha]. Germany: 31 (2016), p.146–156. DOI: <https://doi.org/10.1111/scs.12344>>.

LEI nº 156/2015. **DR I Série**. 181 (2015/09/16) 8059-8105.

LEI nº100/2019. **DR I Série**. 171 (2019/09/06) 3-16.

MAROCO, João – **Análise estatística: com utilização do SPSS**. 3ª ed. revista e aumentada. Lisboa: Edições Sílabo, 2010. 822 p. ISBN 978-972-618-452-2.

MARQUES, Elsa – Reeducação Sexo-afetiva nas Pessoas com Limitação Física. In MARQUES-VIEIRA, Cristina; SOUSA, Luís – **Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida**. Loures: Lusodidata, 2017. ISBN 978-989-8075-73-4. p.281-286.

MARQUES, Raquel; RIBEIRO, Isabel; COSTA, Maria Arminda – Enfermagem de Reabilitação em Portugal: uma história contada ao Contrário! In RIBEIRO, Olga – **Enfermagem de Reabilitação de Reabilitação: Conceções e Práticas**. Lisboa: Lidel – edições técnicas, Lda., 2021. ISBN 978-989-752-723-4. p.2-11.

MARQUES-VIEIRA, Cristina; SOUSA, Luís; BRAGA, Ricardo – Reabilitar a Pessoa com Acidente vascular Cerebral. In MARQUES-VIEIRA, Cristina; SOUSA, Luís – **Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida**. Loures: Lusodidata, 2017. ISBN 978-989-8075-73-4. p.465-472.

MARTINS, Maria Manuela – Editorial. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação**. Porto. ISSN 2184-3023. 1:1 (2018). p.5.

MARTINS, Rosa; SANTOS, Cristina – Capacitação do cuidador informal: o papel dos enfermeiros no processo de gestão da doença. **Gestão e Desenvolvimento** [em linha]. 28 (2020). p.117-137. DOI: <https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2020.9468>.

MATOS, Maria João – **A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Reabilitação na Prevenção de Lesões Musculoesqueléticas na Comunidade**. [em linha] Viana do Castelo: [s.n], 2017. Relatório de Estágio no âmbito do Mestrado Enfermagem de Reabilitação apresentada na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Disponível em: <http://hdl.handle.net/20.500.11960/1937>.

MELEIS, Afaf Ibrahim – **Theoretical nursing: development and progress**. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2007. ISBN 0-7817-3673-0.

MELEIS, Afaf – **Transitions Theory: Midle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice**. New York: Springer Publishing Company, 2009. ISBN 978-0-8261-0535-6.

MONIS, Cristina [et. al.] – Sobrecarga do cuidador informal. **Revista Informar**. 235 (2005). p.49-55.

NORRVING, Bo [et al.] – Action Plan for Stroke in Europe 2018–2030. **European Stroke Journal** [em linha]. 3 (2018) p.309-336. DOI: <https://doi.org/10.1177/2396987318808719>.

NUNES, Lucília; AMARAL, Manuela; GONÇALVES, Rogério – **Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2005. ISBN 972-99646-0-2.

OLIVEIRA, Carla; COUTO, Glória; SILVA, Rui Pedro – Enfermagem de Reabilitação nos Cuidados de Saúde Primários. In RIBEIRO, Olga – **Enfermagem de Reabilitação de Reabilitação: Conceções e Práticas**. Lisboa: Lidel – edições técnicas, Lda., 2021. ISBN 978-989-752-723-4. p.654-670.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Padrões de Qualidade de Cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual, Enunciados descritivos**. Lisboa: Conselho de Enfermagem, 2001.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Investigação em Enfermagem**. Lisboa: Conselho Diretivo, 2006.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Parecer da Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação sobre Atividades de Vida Diária**. Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, 2011.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Guia Orientador de Boas Práticas: Cuidados a Pessoa com Alterações da Mobilidade - Posicionamentos, Transferências e Treino de Deambulação**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2013. ISBN - 978-989-8444-24-0.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE**. Lisboa: Conselho Jurisdicional e Gabinete de Comunicação e Imagem, 2015^a.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação**. Porto: Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, 2015^b.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão 2015**. Edição Portuguesa. Lisboa: Ordem dos enfermeiros, 2016. ISBN: 978-989-8444-35-6.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Bilhete de Identidade dos Indicadores que integram o Core de Indicadores por Categoria de Enunciados Descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação**. Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação da OE. Edição OE, 2018^a. ISBN 978-989-8444-43-1.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação**. Lisboa: Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, 2018^b.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **2021: Ano dos Trabalhadores da Saúde e Cuidadores** [Em linha]. Coimbra: OE, 2021. [Consultado 25 fev. 2022]. Disponível na www: <URL: <https://www.ordemenfermeiros.pt/centro/noticias/conteudos/2021-ano-dos-profissionais-de-sa%C3%BAdede-e-cuidadores/>>.

OREM, Dorothea – **Nursing: Concepts of Practice**. 6^a ed. St. Louis: Mosby, 2001. ISBN 0-323-00864-X.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – **Declaração de Alma-Ata. Primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde**. Alma-Ata: OMS, 1978.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – **Manual STEPS de Acidentes Vascular Cerebrais da OMS: enfoque passo a passo para a vigilância de acidentes vasculares cerebrais** [Em linha]. Genebra: OMS, 2006. ISBN 92 4 159404 7. [Consultado 22 dez. 2020]. Disponível na [www: <URL: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/manualpo.pdf>](http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/manualpo.pdf).

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – **WHO global report on falls prevention in older age**. [Em linha]. Geneva: WHO, 2007. ISBN 978 92 4 156353 6 [Consultado em 13 de Jan 2020]. Disponível na URL: < https://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/other_injury/falls_prevention.pdf?ua=1>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – **10 Facts On Ageing And Health** [Em linha]. Geneva: WHO, 2017. [Consultado 22 dez. 2020]. Disponível na [www: <URL: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/10-facts-on-ageing-and-health>](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/10-facts-on-ageing-and-health).

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – **State of the World's Nursing Report – 2020** [Em linha]. Geneva: WHO, 2020^a. ISBN 978-92-4-000329-3. [Consultado 23 fev. 2022]. Disponível na [www: <URL: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331673/9789240003293-eng.pdf>](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331673/9789240003293-eng.pdf).

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – **WHO reveals leading causes of death and disability worldwide: 2000-2019** [Em linha]. Geneva: WHO, 2020^b. [Consultado 22 dez. 2020]. Disponível na [www: <URL: https://www.who.int/news/item/09-12-2020-who-reveals-leading-causes-of-death-and-disability-worldwide-2000-2019>](https://www.who.int/news/item/09-12-2020-who-reveals-leading-causes-of-death-and-disability-worldwide-2000-2019).

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE – **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. Lisboa: OMS; DGS, 2004.

PERELL, K.L. [et al.] – Fall risk assessment measures an analytic review. **The Journal of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences**. [em linha] 56:12 (2001). p.761-766. DOI: <https://doi.org/10.1093/gerona/56.12.M761>.

PETRONILHO, Fernando [et al.] – Evolução das pessoas dependentes no autocuidado acompanhadas na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. **Revista de Enfermagem Referência** [em linha]. nº 14, Série 4 (2017). p.39-48. DOI: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV17027>.

PETRONILHO, Fernando; MACHADO, Manuela – Teorias de Enfermagem e Autocuidado: Contributos para a Construção do Cuidado de Reabilitação. In MARQUES-VIEIRA, Cristina; SOUSA, Luís – **Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida**. Loures: Lusodidata, 2017. ISBN 978-989-8075-73-4. p.3-14.

PHIPPS, Wilma J.; SANDS, Judith K.; MAREK, Jane F. – **Enfermagem Médico-cirúrgica: conceitos e prática clínica**. 6ª ed. Lisboa: Lusociência, 2003. vol. I (XXIII, 653 p.). ISBN 972-8383-65-7.

PIERCE, Linda L. [et al] – Qualitative analysis of a nurse's responses to stroke caregivers on a web-based supportive intervention. **Topics in Stroke Rehabilitation** [em linha]. 22:2 (2015). p.152-159. DOI: <https://doi.org/10.1179/1074935714Z.00000000011>.

PORTUGAL. Ministério da Saúde, Missão para os Cuidados de Saúde Primários – **Reforma dos Cuidados de Saúde Primários: Plano Estratégico 2007-2009** [em linha]. Lisboa: Missão para os Cuidados de Saúde Primários, 2007. [Consultado 23 fev. 2021]. Disponível na [www: <URL: http://www.2.acss.min-saude.pt/Portals/0/Plano_Estrategico_2007_2009.pdf>](http://www.2.acss.min-saude.pt/Portals/0/Plano_Estrategico_2007_2009.pdf).

PORTUGAL. Direção Geral da Saúde – **Programa Nacional de Prevenção de Acidentes**. Projeto: COM MAIS CUIDADO – Prevenção de acidentes domésticos com pessoas Idosas. Manual de Apoio e Formulário. [em linha] Lisboa: Direção-Geral da Saúde e Fundação MAPFRE, 2012^a. [Consultado a 10 Jan 2021]. Disponível na [www: <URL: https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-3/projeto-cmc-manual-pdf.aspx>](https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-3/projeto-cmc-manual-pdf.aspx).

PORTUGAL. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. **Médicos-Sentinela: Relatório de Atividades 2011** [em linha]. nº 25. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 2012^b. [Consultado em 19 Dez 2019]. Disponível na [www: <URL: http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/1150/3/relatorio%20medicos-sentinela%202011%20%20final_web.pdf>](http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/1150/3/relatorio%20medicos-sentinela%202011%20%20final_web.pdf).

PORTUGAL. Direção Geral da Saúde – **Programa Nacional para Doenças Cérebro-cardiovasculares**. Lisboa: DGS, 2017.

PORTUGAL. Direção Geral da Saúde – **Programas de Reabilitação Respiratória nos Cuidados de Saúde Primários**. Lisboa: DGS, 2019^a.

PORTUGAL. Serviço Nacional de Saúde – **Dia Mundial do AVC** [em linha]. Serviços Partilhados do Ministério da Saúde E.P.E., 2019^b. [Consultado 22 dez. 2020]. Disponível na [www: <URL: https://www.sns.gov.pt/noticias/2019/10/28/dia-mundial-do-avc-3/>](https://www.sns.gov.pt/noticias/2019/10/28/dia-mundial-do-avc-3/).

PORTUGAL. Serviço Nacional de Saúde – **ePortugal Cuidador Informal** [em linha]. Serviços Partilhados do Ministério da Saúde E.P.E., 2019^c. [Consultado 22 dez. 2020]. Disponível na [www: <URL: https://www.sns.gov.pt/noticias/2019/09/20/eportugal-cuidador-informal/>](https://www.sns.gov.pt/noticias/2019/09/20/eportugal-cuidador-informal/).

PORTUGAL. Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) – **Operacionalização da Contratualização nos Cuidados de Saúde Primários Biénio 2020/2021** [em linha].

ACSS, 2020^a. [Consultado 24 fev. 2022]. Disponível na www: <URL: https://bicsp.min-saude.pt/pt/biblioteca/Biblioteca/ACSS-Operacionalizacao_CSP_2021_2020-VFINAL.pdf>.

PORTUGAL. Movimento Cuidar dos Cuidadores Informais – **Um Movimento Capaz de Cuidar quem Cuida** [em linha]. Movimento Cuidar dos Cuidadores Informais, 2020^b. [Consultado 25 fev. 2022]. Disponível na www: <URL: <https://movimentocuidadoresinformais.pt/>>.

PORTUGAL. Unidade de Cuidados na Comunidade de Barrocelas – **Regulamento Interno da Unidade de Cuidados na Comunidade de Barrocelas**. Ministério da Saúde – ULSAM, E.P.E. – UCC Barrocelas, 2020^c.

PORTUGAL. Unidade Local de Saúde do Alto Minho, E.P.E. – **Relatório e Contas 2020**. Ministério da Saúde – ULSAM, E.P.E., 2021^a.

PORTUGAL. Unidade Local De Saúde Do Alto Minho, E.P.E. – **Parecer nº71/2021 para a Realização de Projeto de Investigação Clínica**. Comissão de Ética para a Saúde – ULSAM, E.P.E., 2021^b.

PORTUGAL. Associação Nacional AVC – **Reabilitação no AVC** [em linha]. Barcelos: ANAVC, 2022^a. [Consultado 24 fev. 2022]. Disponível na www: <URL: http://www.associacaoavc.pt/sobre_avc/reabilitacao.html>.

PORTUGAL. Serviço Nacional de Saúde – **Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários: UCC Barrocelas** [em linha]. Sistema de Informação e Monitorização do SNS, 2022^b. [Consultado 25 abr. 2022]. Disponível na www: <URL: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/1/10001/1160910/Pages/default.aspx>>.

PREDEBON, Mariane [et al] – The capacity of informal caregivers in the rehabilitation of older people after a stroke. **Investigación y Educación en Enfermería** [em linha]. 39:2 (2021). DOI: <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v39n2e03>>.

PROVÍNCIA PORTUGUESA DA ORDEM HOSPITALEIRA DE S. JOÃO DE DEUS – Qualidade no Cuidar: Humanizar Procedimentos. **Revista Hospitalidade**. 330 (2020). Suplemento p.XV. ISSN 0871-0090.

QUEIRÓS, Paulo; VIDINHA, Telma; FILHO, António – Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. **Revista de Enfermagem Referência**. Série IV, 3 (2014). p.157-164.

REGULAMENTO n.º 140/2019 – **DR II Série**. 26 (2019/02/06) 4744-4750.

REGULAMENTO n.º 392/2019 – **DR II Série**. 85 (2019/05/03) 13565-13568.

REIS, Gorete; BULE, Maria José – Capacitação e Atividade de Vida. In MARQUES-VIEIRA, Cristina; SOUSA, Luís – **Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida**. Loures: Lusodidata, 2017. ISBN 978-989-8075-73-4. p.57-65.

RIBEIRO, Olga; PINTO, Cândida; REGADAS, Susana – A pessoa dependente no autocuidado: Implicações para a enfermagem. **Revista de Enfermagem Referência** [em linha]. Série 4, 1 (2014). p.25-36. [Consultado 13 fev. 2021]. Disponível na www: <URL: <http://dx.doi.org/10.12707/RIII12162>>.

ROCHA JÚNIOR, Paulo [et al.] – Efeito da capacitação dos cuidadores informais sobre a qualidade de vida de idosos com déficit de autocuidado. **Ciência e Saúde Coletiva** [em linha]. 16:7 (2011). p.3131-3138. [Consultado 13 fev. 2021]. Disponível na www: <URL: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n7/13.pdf>>.

RODRIGUES, António; FELÍCIO, Manuela – **Governança clínica e governação de saúde nos cuidados de saúde primários: perguntas e respostas essenciais**. Grupo Técnico e Nacional da Governança Clínica e de Saúde nos Cuidados de Saúde Primários, 2017.

ROY, Dianne [et al.] – Health professional and family perceptions of post-stroke information. **Nursing Praxis in New Zealand** [Em linha]. New Zealand. 31:2 (2015), p.7-21. DOI: 10.36951/NgPxNZ.2015.004.

SAIKAI, Glaucy [et al.] – Exaustão emocional e física de cuidadores familiares. **Revista Online de Pesquisa Cuidado é Fundamental** [em linha]. Rio de Janeiro. 12 (2020), p.1296-1302. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.9684>.

SANTOS, Naiana [et al.]. Development and validation a nursing care protocol with educational interventions for family caregivers of elderly people after stroke. **Revista Brasileira Enfermagem** [em linha]. 73 (Supl 3) (2020). p.1-9. DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0894>.

SEQUEIRA, Carlos – **Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental**. 2ª ed. Lisboa: Lidel – edições técnicas, Lda., 2018. ISBN 9789897522789.

SHYU, Yea-Ing [et al.] – A clinical trial of an individualised intervention programme for family caregivers of older stroke victims in Taiwan. **Journal of Clinical Nursing** [em linha]. 19:11-12 (2000), p.1675-1685. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.03124.x>.

SILVA, Inês [et al.] – Viver e Cuidar Após o Acidente Vascular Cerebral. **Revista de Enfermagem Referência**. [em linha]. Série IV, 8 (2016). DOI: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV15047>>.

SILVER, Heid [et al.] – Family caregivers of older adults on home enteral nutrition have multiple unmet task-related training needs and low overall preparedness for caregiving.

Journal of American Dietetic Association [em linha]. 104:1 (2004), p.43-50. DOI: <http://doi:10.1016/j.jada.2003.10.010>.

SMITH, Toby O. [et al.] – Caregiver Interventions for Adults Discharged from the Hospital: Systematic Review and Meta-Analysis. **Journal of the American Geriatrics Society** [em linha]. 67:9 (2019) p. 1960–1969. DOI: <https://doi.org/10.1111/jgs.16048>.

SOUSA, Liliana; FIGUEIREDO, Daniela – **EUROFAMCARE National Background Report for Portugal** [em linha] University of Aveiro, 2004. [Consultado 9 dez. 2019]. Disponível na www: <URL: http://www.uke.de/extern/eurofamcare/documents/nabares/nabare_portugal_rc1_a5.pdf>.

TURNER, Samantha; KISSER, Rupert; ROGMANS, Wim – **Factsheet: Falls among older adults in EU-28. Key facts from the available statistics.** [em linha] Amsterdam: EuroSafe, 2015. [Consultado a 13 Jan 2021]. Disponível na URL: <https://www.eurosafe.eu.com/uploads/inline-files/POLICY%20BRIEFING%2020_Facts%20on%20falls%20in%20older%20adults%20in%20EU.pdf>.

VARANDA, Estela; RODRIGUES, Cristina – Reeducação Cognitiva em Enfermagem de Reabilitação – Recuperar o Bailado da Mente. In MARQUES-VIEIRA, Cristina; SOUSA, Luís – **Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida**. Loures: Lusodidata, 2017. ISBN 978-989-8075-73-4. p.215-225.

VERDE, Filipa – **A Família como Parceira nos Cuidados.** [em linha] Lisboa: [s.n], 2015. Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.14/19685>.

VIGIA, Carla; FERREIRA, Cláudia; SOUSA, Luís – Treino de atividades de Vida Diária. In MARQUES-VIEIRA, Cristina; SOUSA, Luís – **Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida**. Loures: Lusodidata, 2017. ISBN 978-989-8075-73-4. p.351-363.

WANG, Tzu-Chi [et al.] – Caregivermediated intervention can improve physical functional recovery of patients with chronic stroke: A randomized controlled trial. **Neurorehabilitation and Neural Repair** [em linha]. 29:1 (2015), p.3-12. DOI: <https://doi:10.1177/1545968314532030>>.

Wu, Chiung-Man – **Learning to be a family caregiver for severely debilitated stroke survivors during the first year in Taiwan.** [em linha] USA: University of Iowa, 2009. Thesis for Doctor of Philosophy Degree in Nursing. Disponível em: <https://doi.org/10.17077/etd.0v2hrfeu>.

ZHANG, Li; ZHANG, Tianzhu; SUN, Yan – A newly designed intensive caregiver education program reduces cognitive impairment, anxiety, and depression in patients with acute ischemic stroke. **Brazilian Journal of Medical and Biological Research** [Em linha]. 52:9 (2019), p.1-13. [Consultado 9 dez. 2019]. Disponível na www: <URL: <http://dx.doi.org/10.1590/1414-431X20198533> ISSN 1414-431X>.

ANEXOS

ANEXO A

ECPICID – AVC

Araújo [et al.] (2016)

Código: _____

Data: ____/____/____

**Escala de Capacidades do Prestador Informal de Cuidados a Idosos Dependentes por AVC
(ECPICID-AVC)**

Araújo [et al.], 2016

Não Demonstra - Não realiza a atividade Demonstra Razoavelmente - Necessita de ajuda na execução da atividade Demonstra - Capaz de realizar a atividade com incentivo e/ou supervisão Demonstra Totalmente - Realiza a atividade correta e autonomamente	Não demonstra	Demonstra razoavelmente	Demonstra	Demonstra Totalmente
Prepara a refeição de acordo com a dieta prescrita	1	2	3	4
Coloca os alimentos no prato do lado em que o idoso apresenta menor dependência	1	2	3	4
Monitoriza a ingestão de alimentos	1	2	3	4
Providencia ajudas técnicas necessárias para facilitar a alimentação	1	2	3	4
Vigia a deglutição	1	2	3	4
Prepara a refeição de uma forma adequada	1	2	3	4
Reintroduz o conteúdo alimentar para o estômago e alimenta (conteúdo alimentar ≤ 100ml)	1	2	3	4
Reintroduz o conteúdo alimentar e adia a refeição (conteúdo alimentar > 100ml)	1	2	3	4
Introduz água caso a sonda fique obstruída durante a administração da refeição	1	2	3	4
Lava a sonda no final da refeição	1	2	3	4
Clampa a sonda no final da refeição	1	2	3	4
Providencia o material de higiene	1	2	3	4
Assiste no Banho	1	2	3	4
Assiste na Higiene Oral	1	2	3	4
Mantém um aspeto cuidado	1	2	3	4
Providencia ajudas técnicas necessárias para facilitar a higiene pessoal	1	2	3	4
Providencia a privacidade durante o uso do sanitário	1	2	3	4
Assiste na higiene íntima após o uso do sanitário	1	2	3	4
Providencia ajudas técnicas necessárias para o uso do sanitário	1	2	3	4
Providencia ajudas técnicas necessárias para facilitar o vestir	1	2	3	4
Providencia ajudas técnicas necessárias para facilitar o despir	1	2	3	4
Assiste a pessoa a vestir-se	1	2	3	4
Assiste a pessoa a despir-se	1	2	3	4
Avalia a capacidade da pessoa para se transferir	1	2	3	4
Adota princípios de mecânica corporal durante a técnica de transferência	1	2	3	4
Explica à pessoa a técnica de transferência	1	2	3	4
Providencia ajudas técnicas de transferência	1	2	3	4
Assiste na transferência	1	2	3	4
Adota princípios de mecânica corporal durante a técnica de posicionamento	1	2	3	4
Posiciona em todos os decúbitos	1	2	3	4
Providencia ajudas técnicas de posicionamento	1	2	3	4
Avalia a necessidade de alternar o posicionamento	1	2	3	4

ANEXO B

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO ECPICID-AVC

From: Ana Sofia Santos <anasmsantos@hotmail.com>

Sent: Thursday, November 18, 2021 9:48:22 AM

To: Odete Sofia Silva Lomba Araújo

Subject: Pedido de Autorização ECPICID-AVC

Prezada Professora Odete Araújo,

O meu nome é Ana Sofia Santos. Sou enfermeira e encontro-me a frequentar o VI Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo. No âmbito do referido curso encontro-me a frequentar o Estágio de Natureza Profissional na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) de Barroelas (ACES do Alto Minho) sob a orientação da Doutora Maria José Fonseca e Mestre Jacinta Pisco.

No decorrer da componente de investigação desta unidade curricular pretendemos desenvolver um estudo cujo tema é “O papel do enfermeiro de reabilitação na capacitação do cuidador informal do idoso dependente por AVC no domicílio” e os objetivos passam por: identificar características (sociodemográficas, de prestação de cuidados e clínicas) dos cuidadores informais de idosos dependentes por AVC no domicílio; e avaliar as capacidades dos cuidadores informais para o autocuidado do idoso dependente por AVC, antes e após a implementação do programa de intervenção pelo enfermeiro de reabilitação no domicílio.

Os trabalhos desenvolvidos pela prezada professora e seus colegas no âmbito da capacitação do cuidador informal do idoso dependente por AVC, são fontes ricas de produção científica, nomeadamente a *Escala de Capacidades do Prestador Informal de Cuidados a Idosos Dependentes por AVC* (ECPICID-AVC).

Sendo a ECPICID-AVC um inovador instrumento de avaliação concebido neste âmbito específico, a sua utilização e divulgação, na prática diária, para conhecimento das necessidades e avaliação do impacto na capacitação dos cuidadores informais torna-se premente. Para além disso, no âmbito de um Estágio de Natureza Profissional, a intervenção real, com medição dos resultados e validação da pertinência da atuação do enfermeiro de reabilitação nesta área crucial, espera-se enriquecedora para os cuidados de saúde às populações.

Neste sentido, venho, por este meio, solicitar a Vossas Excelências a autorização da utilização da ECPICID-AVC no estudo que pretendemos desenvolver. Ainda que este instrumento esteja acessível na Tese de Doutoramento da prezada Professora, solicitamos, caso considere pertinente, o envio da versão final da ECPICID-AVC e eventuais procedimentos de aplicação.

Aproveito para solicitar o parecer quanto à sua aplicação em cuidadores informais de idosos dependentes em pelo menos uma atividade do autocuidado após evento AVC desde há 3 anos, visto a escala ter sido validada nesta população, mas cujo tempo de cuidado se reporta entre 1 mês e 1 ano.

Fico ao dispor para qualquer esclarecimento adicional, agradecendo antecipadamente a atenção concedida.

Cordiais Cumprimentos,

Ana Sofia Maciel dos Santos

Enviado do [Correio](#) para Windows

De: [Odete Sofia Silva Lomba Araújo](#)

Enviado: 18 de novembro de 2021 18:55

Para: [Ana Sofia Santos](#)

Assunto: Re: Pedido de Autorização ECPICID-AVC

Estimada Ana Sofia,
começo por agradecer o seu contacto e felicitá-la pela pertinência do estudo.
Envio a versão que já conhece da tese. Se tiver interesse poderemos agendar uma reunião (via zoom) para clarificar algumas questões no que reporta à implementação do instrumento.

Muito obrigada.

Disponha.

Cordialmente

Odete Araújo

Escola Superior de Enfermagem – School of Nursing

Universidade do Minho – University of Minho

3º Piso – Edif. da Biblioteca Geral (BGUM)

Campus de Gualtar

4710-057 Braga

Tel: ~~+351 253 601 306~~

APÊNDICES

APÊNDICE A
CRONOGRAMA DO ENP

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES – ENP UCC BARROSELAS

ATIVIDADES	Outubro			Novembro					Dezembro
	Sem. 1 D. 11-17	Sem. 2 D. 18-24	Sem. 3 D. 25-31	Sem. 4 D. 1-7	Sem. 5 D. 8-14	Sem. 6 D. 15-21	Sem. 7 D. 22-28	Sem. 8 D. 29-30	Sem. 8 D. 1-5
Introdução ao ENP									
Observação participada e Diagnóstico de necessidades									
Reunião de Orientação									
Revisão Literatura/Enquadramento Conceptual									
Solicitação de Pedido de Autorização de estudo e de Parecer CES									
Desenvolvimento de competências profissionais (Regulamento nº 140/2019 e Regulamento nº392/2019) na identificação, planeamento, execução e avaliação de cuidados de Enfermagem Especializados no âmbito da Reabilitação à pessoa e família em contexto comunitário (UCC Barroselas)*									

ATIVIDADES	Dezembro				Janeiro					
	Sem. 9 D. 6-12	Sem. 10 D. 13-19	Sem. 11 D. 20-26	Sem. 12 D. 27-31	Sem.12 D. 1-2	Sem. 13 D. 3-9	Sem.14 D. 10-16	Sem.15 D. 17-23	Sem.16 D. 24-30	Sem. 17 D. 31
Seleção da Amostra através dos critérios de inclusão										
Colheita de dados inicial										
Implementação do Programa										
Colheita de dados final										
Reunião de Orientação										
*										

ATIVIDADES	Fevereiro					Março				
	Sem. 17 D. 1-6	Sem. 18 D. 7-13	Sem. 19 D. 14-20	Sem.20 D. 21-27	Sem. 21 D. 28	Sem.21 D. 1-6	Sem.22 D. 7-13	Sem.23 D. 14-20	Sem.24 D. 21-27	Sem.25 D. 28-31
Tratamento de Dados										
Reunião de Orientação										
Elaboração do Relatório Final de Estágio										
Entrega do Relatório Final de Estágio										
*										

APÊNDICE B

PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO: “MECÂNICA CORPORAL NA MOBILIZAÇÃO DA PESSOA DEPENDENTE – PARA O CUIDADOR INFORMAL”

Plano de Sessão de Formação

“MECÂNICA CORPORAL NA MOBILIZAÇÃO DA PESSOA DEPENDENTE: PARA O CUIDADOR INFORMAL”			
Destinatários:	- Cuidadores informais que cuidam de idosos dependentes por AVC em domicílio, que integram o estudo “O papel do enfermeiro de reabilitação na capacitação do cuidador informal do idoso dependente por AVC no domicílio” no âmbito do Estágio de Natureza Profissional do VI Curso do Mestrado de Enfermagem de Reabilitação da ESS do IPVC.		
Objetivo:	- Capacitar os cuidadores informais no autocuidado do idoso dependente por AVC no domicílio, no âmbito do uso da mecânica corporal na mobilização da pessoa dependente.		
Local	Sala da Biblioteca da UCC Barroselas.		
Recursos	- Computador e projetor; - Apresentação PowerPoint; - Sala da biblioteca; - Produtos de Apoio para Mobilização de pessoas dependentes; - Folhas A4 e canetas; - Material Bibliográfico sobre o tema.		
Avaliação	Item 25 e 29 da ECPICID-AVC e aplicação do Instrumento: Avaliação da Sessão de Formação (Apêndice).		
Conteúdos		Método	Tempo
1. - Apresentação dos intervenientes; - Introdução: apresentação do tema, do objetivo da sessão de formação e sumário.		Expositivo e Interativo	5 min.
2. - Mecânica corporal: definição, importância e conceitos associados (postura, alinhamento, equilíbrio, base sustentação, centro de gravidade e linha de gravidade); - Princípios básicos de mecânica corporal na mobilização da pessoa dependente.		Expositivo e Interativo	10 min.
3. - Demonstração dos procedimentos de movimentação manual da pessoa dependente: na movimentação no leito (mover a pessoa em altura e/ou largura do leito com resguardo e sem resguardo, com 1 e 2 cuidadores), nas transferências (transferir a pessoa da cama para cadeira e inverso com 1 e 2 cuidadores) e na correção de posicionamento (cadeira, cadeirão, do chão); movimentar com produtos de apoio).		Demonstrativo e Interativo	20 min.
4. - Demonstração de produtos de apoio utilizados na mobilização da pessoa dependente em domicílio. Exemplificação prática com recurso a: tábuas de transferência, cintos de transferência, elevador mecânico, resguardo de posicionamento; - Ensino, Instrução e Treino de exercícios de alongamento e relaxamento a realizar entre e no final de tarefas de maior sobrecarga e/ou repetitivas, como medida preventiva de lesões músculo esqueléticas na mobilização da pessoa dependente.		Demonstrativo e Interativo	20 min.
5. - Conclusão; - Oportunidade de esclarecimento de dúvidas; - Bibliografia aconselhada e utilizada (inclui envio/entrega da apresentação PowerPoint); - Entrega de Certificado de Presença na Sessão de Formação.		Interativo	5 min.

APÊNDICE C

**APRESENTAÇÃO POWERPOINT DA SESSÃO DE FORMAÇÃO: “MECÂNICA
CORPORAL NA MOBILIZAÇÃO DA PESSOA DEPENDENTE – PARA O CUIDADOR
INFORMAL”**

Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da
Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo
Estágio de Natureza Profissional na UCC Barrocelas da ULSAM
Orientadoras: Doutora M^a José Fonseca e Mestre Jacinta Pisso

MECÂNICA CORPORAL NA MOBILIZAÇÃO DA PESSOA DEPENDENTE

PARA O CUIDADOR INFORMAL



Mestranda: Ana Sofia Maciel dos Santos

Sumário

Introdução

1. Mecânica Corporal

- *Definição e Importância*
- *Conceitos Associados*
- *Princípios Básicos*

2. Movimentação da Pessoa Dependente

- *Posicionamentos*
- *Transferências*

3. Produtos de Apoio

4. Prevenção de Lesões Musculoesqueléticas

- *Exercícios de alongamento e relaxamento*

5. Bibliografia

Conclusão

Introdução

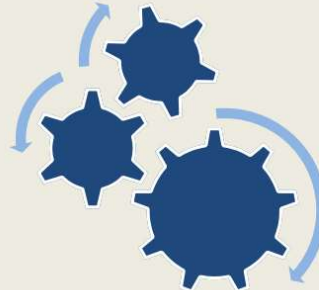
Ser cuidador provoca uma sobrecarga física, psicológica e social muito elevada (Freitas [et al.], 2010).



Usar corretamente as estruturas corporais, aumentar a eficácia e poupar energia, é fundamental para uma prática segura de cuidados.

Mecânica Corporal

- **Mecânica corporal:** esforço coordenado dos sistemas musculoesquelético e nervoso para manter o equilíbrio, a postura e o alinhamento do corpo nas diversas atividades – promove a utilização mais eficaz da energia muscular (Potter & Perry, 2006 cit. por OE, 2013).



Importa Esclarecer...

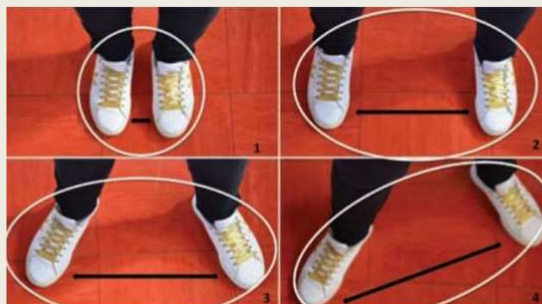
Postura

Alinhamento

Equilíbrio

Importa Esclarecer...

Base de Sustentação



(Imagem: OE, 2013)

Importa Esclarecer...

Centro de
Gravidade

Linha de
Gravidade



(Imagem: OE, 2013)

Princípios Básicos



Princípios Básicos





Movimentar no Leito

- Duas pessoas
- Com Resguardo



(Imagem: OE, 2013)

Movimentar no Leito

- Duas pessoas
- Sem Resguardo



(Imagem: OE, 2013)

Movimentar no Leito

- Um cuidador



(Imagem: OE, 2013)

Transferir

- Da cama para cadeira/cadeirão, com 1 cuidador:

(o inverso da cadeira/cadeirão para cama)



(Imagem: OE, 2013)

Transferir

- Da cama para cadeira/cadeirão, com 2 cuidadores:

(o inverso da cadeira/cadeirão para cama)



(Imagem: OE, 2013)

Corrigir posicionamento no cadeirão



(Imagem: OE, 2013)



(Imagem: OE, 2013)

Corrigir posicionamento na cadeira



(Imagem: OE, 2013)

Mover pessoa que caiu no chão



(Imagem: Prevent, Institute for Occupational Safety and Health, 2007)

Produtos de Apoio

- Meios auxiliares específicos para a mobilização e transferência de doentes.
- Podem prescrever esses produtos de apoio os centros de saúde, os hospitais e centros especializados. Pode existir a possibilidade de obter financiamento do produto de apoio através do Instituto de Solidariedade e Segurança Social. Pode consultar a lista homologada de produtos de apoio do Instituto Nacional para Reabilitação.

Disco de transferência



Tábua de transferência



Elevador de transferência



(Imagens: ortopediauniversal.pt)

Cinto de transferência



(Imagem: salusa.pt)



(Imagem: medicalexpo.com)

Lençol móvel de posicionamento



Lençol de posicionamento



(Imagens: medicalexpo.com)

- Os elevadores podem ser usados para transferências entre todas as superfícies: cama, cadeira de rodas, cadeirão, banheira, cadeira de banho ou outras; sobretudo quando a pessoa apresenta um grau de dependência elevado ou não pode colaborar.



(Imagem: OE, 2013)



(Imagem: OE, 2013)



(Imagem: OE, 2013)

Importante...

- O uso da mecânica corporal na mobilização da pessoa dependente também compreende a realização de exercícios de alongamento e relaxamento entre e no final de tarefas de maior sobrecarga e/ou repetitivas, como medida preventiva de lesões músculo esqueléticas e por isso de uma prática de cuidados segura.



(Imagem: OE, 2013)



(Imagem: OE, 2013)

Conclusão

- Uso dos princípios de mecânica corporal na mobilização da pessoa dependente conduz a uma prática de cuidados segura e de qualidade, com repercussões positivas para o cuidador e pessoa alvo de cuidados.



- Dúvidas?

Apoio ao Cuidador

- ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE CUIDADORES INFORMAIS (disponível em: <https://ancuidadoresinformais.pt/>)
- MOVIMENTO CUIDAR DOS CUIDADORES INFORMAIS (disponível em: <https://movimentocuidadoresinformais.pt/>)
- PORTUGAL AVC – UNIÃO DE SOBREVIVENTES, FAMILIARES E AMIGOS (disponível em: <https://www.portugalavc.pt/>)
- ASSOCIAÇÃO NACIONAL AVC (disponível em: http://www.associacaoavc.pt/sobre_avc/reabilitacao.html)
- BIBLIOTECA SNS – Manual do Cuidador Informal de Utentes Dependentes (disponível em: <https://biblioteca.sns.gov.pt/artigo/manual-do-cuidador-informal-de-utentes-dependentes/>)
- ePORTUGAL CUIDADOR INFORMAL. Serviço Nacional de Saúde. (disponível em: <https://www.sns.gov.pt/noticias/2019/09/20/eportugal-cuidador-informal/>)

Bibliografia

- AGÊNCIA EUROPEIA PARA A SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO - **Técnicas de Mobilização de Doentes para Prevenir Lesões Músculo-Esqueléticas na Prestação de Cuidados de Saúde**. [Em linha]. Bélgica: Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho, 2007. 13p. Disponível na: [www: <URL: http://osha.europa.eu/pt/publications/e-facts/efact28>](http://osha.europa.eu/pt/publications/e-facts/efact28).
- HOEMAN, S. P. - **Enfermagem de Reabilitação: Prevenção, Intervenção e resultados esperados**. Loures: Lusodidacta, 2011.
- MEDICAL EXPO – **Medical Expo: Compare, Connect, Buy**. [Em linha]. Virtual Expo Group, 2021. [Consultado a 5 nov 2021]. Disponível na [www: <URL: http://www.medicalexpo.com>](http://www.medicalexpo.com).
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Gua Orientador de Boas Práticas: Cuidados a Pessoa com Alterações da Mobilidade - Posicionamentos, Transferências e Treino de Deambulação**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2013. ISBN - 978-989-8444-24-0. 78p.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Gua De Boa Prática De Cuidados De Enfermagem À Pessoa Com Traumatismo Vertebro-medular**. Cadernos OE, série I, nº 2. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2009. ISBN: 978-989-96021-2-0. 365p.
- PORTUGAL – **Ortopedia Universal Ltda**. [Em linha]. Porto: Ortopedia Universal Lda, 2021. [Consultado a 5 nov 2021]. Disponível na [www: <URL: http://www.ortopediauniversal.pt>](http://www.ortopediauniversal.pt).
- PORTUGAL – **SALUSA +: Saúde & Bem-estar**. [Em linha]. Guimarães: SALUSA, 2021. [Consultado a 5 nov 2021]. Disponível na [www: <URL: http://www.salusa.pt>](http://www.salusa.pt).

APÊNDICE D

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO: “MECÂNICA CORPORAL NA MOBILIZAÇÃO DA PESSOA DEPENDENTE – PARA O CUIDADOR INFORMAL”

Questionário de Avaliação da Sessão de Formação – Formandos:
“MECÂNICA CORPORAL NA MOBILIZAÇÃO DA PESSOA DEPENDENTE: PARA O
CUIDADOR INFORMAL”

A sua opinião relativamente à sessão de formação é importante, pois permite melhorar e ajustar ações futuras. Indique, por favor, a sua opinião relativamente a cada questão.

1 – Classifique, pelo grau de importância, o tema abordado na sessão de formação:

- ☐ Muito importante
- ☐ Importante
- ☐ Medianamente Importante
- ☐ Pouco importante
- ☐ Nada importante

2 – Classifique, consoante o grau de contributo desta sessão de formação, na sua capacidade enquanto cuidador informal relativamente ao tema abordado:

- ☐ Máximo Contributo
- ☐ Grande contributo
- ☐ Algum contributo
- ☐ Pouco contributo
- ☐ Nenhum contributo

3 – Como avalia, globalmente, a sessão de formação:

- ☐ Excelente
- ☐ Muito Boa
- ☐ Boa
- ☐ Satisfatória
- ☐ Não Satisfatória

4 – Sugestões/Comentários:



APÊNDICE E

RESULTADOS DA APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO

DE FORMAÇÃO

A aplicação, aos formandos, do Questionário de Avaliação da Sessão de Formação: “Mecânica Corporal na Mobilização da Pessoa Dependente: Para o Cuidador Informal”, serviu para medir o atingimento do objetivo proposto para a mesma, bem como, melhorar e ajustar ações futuras neste âmbito. Os resultados apresentam-se no quadro seguinte:

Quadro 8. Distribuição dos formandos pelas respostas ao Questionário de Avaliação da Sessão de Formação: Mecânica Corporal na Mobilização da Pessoa Dependente: Para o CI” (n=15)

QUESTÃO	RESPOSTA	Ni (Fi)
1. Classifique, pelo grau de importância, o tema abordado na sessão de formação:	Muito Importante	15 (100%)
	Importante	0 (0%)
	Medianamente Importante	0 (0%)
	Pouco Importante	0 (0%)
	Nada Importante	0 (0%)
2. Classifique, consoante o grau de contributo desta sessão de formação, na sua capacidade enquanto cuidador informal relativamente ao tema abordado:	Máximo contributo	7 (46,7%)
	Grande contributo	8 (53,3%)
	Algum contributo	0 (0%)
	Pouco contributo	0 (0%)
	Nenhum contributo	0 (0%)
3. Como avalia, globalmente, a sessão de formação:	Excelente	11 (73,3%)
	Muito Boa	2 (20%)
	Boa	1 (6,7%)
	Satisfatória	0 (0%)
	Não satisfatória	0 (0%)
4. Sugestões:	"Foi uma mais valia, sem dúvida!"	
	"A minha sugestão é abordar a transferência para o carro."	
	"Tudo perfeito, embora fosse muito bom ter tido esta formação mais cedo."	
	"Foi muito importante esta ação de formação para cuidar dos nossos familiares."	

Desta forma, os resultados demonstram que todos os CI atribuíram ao tema da formação o ponto máximo de importância. Ao mesmo tempo classificaram-na como de máximo contributo (46,7%) e grande contributo (53,3%) na capacitação enquanto CI no âmbito do uso da mecânica corporal na mobilização da pessoa dependente, o que nos dá conta que, do ponto de vista de autoperceção, foi possível capacitar os CI no autocuidado do idoso dependente por AVC no domicílio, no âmbito do uso da mecânica corporal na mobilização da pessoa dependente. Acrescenta-se que de uma forma global, a sessão de formação foi classificada como: excelente (73,3%), muito boa (20%) e boa (6,7%). Finalmente, quanto às sugestões é de salientar para ações futuras e como pertinente para a investigação a sugestão de incluir a transferência da pessoa dependente para o carro, e ainda intervir numa fase mais precoce do processo de transição da pessoa/CI.

APÊNDICE F

FORMULÁRIO DE CARATERIZAÇÃO DO CUIDADOR INFORMAL

Código: _____

FORMULÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DO CUIDADOR INFORMAL DO IDOSO DEPENDENTE POR AVC

1 – *Idade*: ____anos

2 – *Género*: F____ M____

3 – *Estado Civil*: solteiro(a)____

casado(a)____

viúvo(a)____

divorciado(a)/separado(a)____

união de facto____

4 – *Situação Profissional*: empregado(a)____

desempregado(a)____

doméstico(a)____

pré-reforma/reforma____

baixa clínica____

5 – *Habilitações Literárias*: sem instrução____

1º ciclo____

2º ciclo____

3º ciclo____

secundário____

licenciatura____

mestrado____

doutoramento____

pós-doutoramento____

6 – *Rendimento mensal do agregado familiar*: <250€____

250-500€____

500-1000€____

1000-2000€____

>2000€____

7 – *Relação com o Idoso Dependente por AVC: cônjuge/companheiro(a)* ____

filho(a) ____

genro/nora ____

irmão/irmã ____

amigo(a) ____

outro ____ (qual: _____)

8 – *Vive com o idoso dependente:* não ____ sim ____

9 – *Tempo que despende a cuidar do idoso dependente/dia:* ____ h

10 – *Há quanto tempo cuida desta pessoa:* ____ (anos) ____ (meses)

11 – *Existe outro cuidador para além de si:* não ____ sim ____ (quem: _____)

12 – *Estatuto Cuidador Informal requerido:* não ____ sim ____

13 – *De quantas pessoas é cuidador informal, atualmente:* uma ____

duas ____

duas ou mais ____

14 – *Recebeu ensino por parte de profissionais de saúde para preparação para o papel de cuidador informal, antes do idoso ter alta para domicílio:* não ____ sim ____

se sim, onde: hospital ____

centro de saúde ____

unidade de cuidados continuados ____

outro ____ (qual: _____)

15 – *Desde que começou a cuidar do idoso dependente, a sua situação de saúde agravou-se:*

não ____ sim ____

16 – *Sente dor musculoesquelética (0-10) nalgumas destas zonas associada à prestação de cuidados:*

Pescoço ____

Punhos/Mãos ____

Ancas/Coxas ____

Ombros ____

Região Torácica ____

Joelhos ____

Cotovelos ____

Região Lombar ____

Tornozelos/Pés ____

[zonas corporais de acordo com o Questionário Nórdico Musculoesquelético, validado para a população portuguesa por Mesquita, Ribeiro e Moreira (2010)]

APÊNDICE G

PLANO DO PROGRAMA DE INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO PARA CAPACITAÇÃO DO CUIDADOR INFORMAL DO IDOSO DEPENDENTE POR AVC NO DOMICÍLIO

Plano de Ação – Programa de Intervenção¹

“CAPACITAÇÃO DO CUIDADOR INFORMAL PARA O AUTOCUIDADO DO IDOSO DEPENDENTE POR AVC NO DOMICÍLIO”				
População-alvo:	Cuidadores informais que integram o estudo: “O papel do enfermeiro de reabilitação na capacitação do cuidador informal do idoso dependente por AVC no domicílio”.			
Objetivo:	Capacitar os cuidadores informais no autocuidado do idoso dependente por AVC no domicílio.			
Atividade	Intervenções	Tempo	Local	Avaliação
Primeira Sessão (Individual)	- Aplicar <i>Formulário de Caracterização do Cuidador Informal</i> ; - Aplicar <i>Escala de Capacidades do Prestador Informal de Cuidados a Idosos Dependentes por AVC</i> (ECPICID-AVC) (Araújo [et al.], 2016); - Orientar sobre AVC e processo de reabilitação (focos de atenção e recomendações terapêuticas de acordo com processo de transição situacional e saúde-doença vivenciado pela família: implicações do AVC com enfoque no autocuidado).	60 minutos	Domicílio do Cuidador Informal/Família	Na Sexta Sessão
Segunda Sessão (Individual)	- Ensinar, Instruir, Treinar cuidador informal sobre autocuidado (alimentar-se, higiene pessoal, usar sanitário, vestir-se/despir-se, transferir-se, posicionar-se) de acordo com: o grau de compromisso e o potencial para melhorar conhecimento e capacidade do cuidador informal sobre uso de técnica de adaptação no autocuidado e dispositivo de apoio (uso das componentes da escala ECPICID-AVC como orientação).	60 minutos	Domicílio do Cuidador Informal/Família	Na Sexta Sessão
Terceira Sessão (Individual)	- Incentivar a partilha de dificuldades e sentimentos; - Consolidar conteúdos abordados; - Orientar para estratégias de resolução de problemas e recursos na comunidade, se necessário.	15 minutos	Via telefónica/ internet	Registo em notas “Diário do Investigador”
Quarta Sessão (Individual)	- Ensinar, Instruir, Treinar cuidador informal sobre autocuidado: continuação/aperfeiçoamento dos conhecimentos e competências já adquiridas (de acordo com evolução da Segunda Sessão).	30 minutos	Domicílio do Cuidador Informal/Família	Na Sexta Sessão
Quinta Sessão (Grupo)	- Realizar Sessão de Formação em Grupo (em caso de não frequência de sessão de grupo, será realizada sessão formativa individual no domicílio): “Mecânica Corporal na Mobilização da Pessoa Dependente: para o cuidador informal” (Plano de Sessão de Formação em Anexo).	60 minutos	Sala de Biblioteca da UCC Barroelas	Aplicação do Instrumento: Questionário de Avaliação da Sessão de Formação
Sexta Sessão (Individual)	- Aplicar <i>Escala de Capacidades do Prestador Informal de Cuidados a Idosos Dependentes por AVC</i> (ECPICID-AVC).	30 minutos	Domicílio do Cuidador Informal/Família	Aplicação do Instrumento: ECPICID-AVC (Araújo [et al.], 2016)

¹ De acordo com revisão de literatura

APÊNDICE H
CONSENTIMENTO INFORMADO

Declaração de Consentimento Informado, Livre e Esclarecido

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com o que está escrito e com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento. Muito obrigada pela sua valiosa colaboração.

Eu, abaixo-assinado, _____
(nome completo) tomei conhecimento dos objetivos do estudo de investigação com o tema “O papel do enfermeiro de reabilitação na capacitação do cuidador informal do idoso dependente por AVC no domicílio”, realizado por Ana Sofia Maciel dos Santos, a frequentar o VI Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo, e da forma como vou participar no referido estudo. Compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da investigação que se tenciona realizar. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória. Foi informado(a) sobre o respeito pelo princípio do anonimato e do compromisso da confidencialidade ao longo de todo o processo de investigação incluindo na divulgação de resultados, assim como do direito de recusar a participar ou de interromper a minha participação a qualquer momento, sem qualquer tipo de consequências para mim. Por concordar com as condições desta participação assino esta declaração de consentimento informado, livre e esclarecido conjuntamente com a investigadora.

Assinatura do participante:

Assinatura da investigadora:

Data: ____ / ____ / 20__