



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

A ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA PROMOÇÃO DA SAÚDE DO CUIDADOR INFORMAL

BENEFÍCIOS DE UMA INTERVENÇÃO FORMATIVA EM PREVENÇÃO DE LESÕES MUSCULOESQUELÉTICAS

João Carlos Pinto Regadas Marinho Fernandes



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

João Carlos Pinto Regadas Marinho Fernandes
Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final

**A Enfermagem de Reabilitação na Promoção da Saúde do
Cuidador Informal
Benefícios de uma Intervenção Formativa em Prevenção de Lesões
Musculoesqueléticas**

VII Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Trabalho efetuado sob a orientação de:

Professora Doutora Salomé Ferreira

Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação Marta Magalhães

Junho de 2024

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todas as pessoas que me apoiaram, que mostraram acreditar em mim e possibilitaram a realização deste trabalho.

À minha orientadora, Professora Doutora Salomé Ferreira, pelo apoio, disponibilidade e partilha de conhecimentos durante o meu percurso académico.

À minha família, que sempre me acompanhou em todos os meus passos, motivando e inspirando continuamente.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha irmã!

PENSAMENTO

“A educação é a arma mais poderosa que se pode usar para mudar o mundo”

Nelson Mandela

RESUMO

Assumir a responsabilidade de prestar cuidados de saúde a alguém no domicílio é uma realidade complexa e que tem um grande impacto na vida do cuidador, tendo implicações na sua saúde física, mental, social e financeira. O sobre-esforço dessa função é percecionado como uma sobrecarga, que é agravada pela sua falta de formação e pelo carácter ininterrupto da função, promovendo o surgimento de lesões musculoesqueléticas. Estas lesões têm causa multifatorial, mas na prestação de cuidados informais, está frequentemente associada a atividades de movimentação manual de pacientes. Este tipo de lesões tem um impacto considerável na vida dos cuidadores informais, acarretando elevados custos para a sociedade, sendo a sua prevenção uma área prioritária da atuação da Enfermagem de Reabilitação.

Neste sentido, foi realizado um Estágio de Natureza Profissional, com os objetivos gerais de desenvolver competências especializadas na área da Enfermagem de Reabilitação e de contribuir para a comunidade. Para tal, foi realizada uma investigação, com metodologia quantitativa, longitudinal e de carácter quase-experimental de grupo único, que visou a promoção da saúde e a prevenção de lesões musculoesqueléticas em cuidadores informais de pessoas dependentes, no domicílio. Foram utilizados vários instrumentos para a colheita de dados, tendo-se optado por um Questionário para caracterização sociodemográfica da amostra e pelo Índice de Barthel para caracterização do nível de dependência das pessoas cuidadas, ambos aplicados apenas antes da intervenção com os cuidadores.

Os restantes instrumentos utilizados, permitiram verificar que a intervenção adotada, de cariz formativo, foi eficaz na capacitação dos cuidadores informais para a prevenção de lesões musculoesqueléticas, considerando que a amostra abrangida revelou: melhorias significativas relativamente a todas as áreas avaliadas pela Grelha de observação e avaliação sobre conhecimento e adoção de medidas preventivas de lesão; diminuição substancial do número de queixas identificadas pelo Questionário Nórdico Musculoesquelético; diminuição significativa da intensidade da dor, segundo a escala numérica; e diminuição da perceção de sobrecarga, aferida pela Escala da Sobrecarga do Cuidador, todos aplicados nos momentos antes e após intervenção.

Consideram-se assim atingidos na generalidade os objetivos elencados, reforçando-se a relevância dos benefícios decorridos da atuação especializada do Enfermeiro de Reabilitação, quando atua na prevenção primária e secundária, além da primordial prevenção terciária.

Sublinha-se a importância de investir continuamente nesta área específica, recorrendo a novos estudos que permitam aprofundar o conhecimento sobre os fenómenos concorrentes para este tipo de lesões, e que levem intervenções deste cariz a outras populações, no âmbito do campo de atuação da Enfermagem de Reabilitação.

Descritores: Lesões Musculoesqueléticas; Cuidador informal; Sobrecarga; Enfermagem de Reabilitação.

ABSTRACT

Taking on the responsibility of providing healthcare to someone at home is a complex reality that has a major impact on the caregiver's life, having implications for their physical, mental, social and financial health. Overexertion in this role is perceived as an overload, which is aggravated by the lack of training and the uninterrupted nature of the role, promoting the emergence of musculoskeletal injuries. These injuries have a multifactorial cause, but in the provision of informal care, they are often associated with manual patient movement activities. This type of injury has a considerable impact on the lives of informal caregivers, causing high costs for society, with its prevention being a priority area of Rehabilitation Nursing work.

In this sense, a Professional Internship was carried out, with the general objectives of developing specialized skills in the area of Rehabilitation Nursing and contributing to the community. To this end, an investigation was carried out, with a quantitative, longitudinal and quasi-experimental methodology of a single group, which aimed to promote health and prevent musculoskeletal injuries in informal caregivers of dependent people, at home.

Several instruments were used to collect data, opting for a Questionnaire for the sociodemographic characterization of the sample and the Barthel Index for characterizing the level of dependence of the people being cared for, both applied only before the intervention with the caregivers.

The remaining instruments used allowed us to verify that the intervention adopted, of a training nature, was effective in training informal caregivers to prevent musculoskeletal injuries, considering that the sample covered revealed: significant improvements in relation to all areas assessed by the Observation Grid and assessment of knowledge and adoption of injury preventive measures; substantial decrease in the number of complaints identified by the Nordic Musculoskeletal Questionnaire; significant decrease in pain intensity, according to the numerical scale; and decreased perception of burden, measured by the Caregiver Burden Scale, all applied before and after intervention.

The objectives listed are thus considered to have been generally achieved, reinforcing the relevance of the benefits arising from the specialized work of the Rehabilitation Nurse, when working in primary and secondary prevention, in addition to the primary tertiary prevention.

The importance of continually investing in this specific area is highlighted, using new studies that allow deepening knowledge about the competing phenomena for this type of injuries, and that bring interventions of this nature to other populations, within the scope of the field of Nursing. Rehabilitation.

Descriptors: Musculoskeletal Injuries; Informal caregiver; Overload; Rehabilitation Nursing.

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACES – Unidades de Saúde Familiar/Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados

APSEI – Associação Portuguesa de Segurança

ARS Norte - Administração Regional de Saúde do Norte

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividades da Vida Diária

CLAS - Conselho Local de Ação Social

CSIF – Comissão Social Interfreguesias

CPAP – Continuous Positive Airway Pressure

CPCJ – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

DGS – Direção Geral da Saúde

ECCL – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ECL - Equipa Coordenadora Local

ECTES – European Credit Transfer System

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

EFC - Expectativas face ao cuidar

ELI – Equipas Locais de Intervenção

ENP – Estágio de Natureza Profissional

EU-OSHA - Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho

IEA - International Ergonomics Association

IPC - Impacto da prestação de cuidados

IPVC – Instituto Politécnico de Viana do Castelo

LME – Lesões Musculoesqueléticas

LMERT – Lesões Musculoesqueléticas Relacionadas com o Trabalho

MCCI – Movimento Cuidar dos Cuidadores Informais

MTSSS - Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social

NACJR – Núcleo de Apoio a Criança e Jovens em Risco

NLI – Núcleos Locais de Inserção

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

PA - Perceção de autoeficácia

QNM – Questionário Nórdico Musculoesquelético

RI - Relação interpessoal

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados

RSI – Rendimento Social de Inserção

SAOS – síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono

SIARS - Sistema de Informação das ARS - Administração Regional de Saúde

SNIPi – Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

SPSS - Statistical Package for Social Sciences

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

ULSAM – Unidade Local de Saúde do Alto Minho

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS.....	2
DEDICATÓRIA.....	3
PENSAMENTO	4
RESUMO	5
ABSTRACT	6
ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS.....	7
ÍNDICE DE FIGURAS E QUADROS	12
INTRODUÇÃO	13
1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL	19
1.1. Descrição do Local e do Contexto de Estágio	20
1.2. Referencial Teórico de Suporte à Prática de Cuidados.....	24
2. FORMAÇÃO DO CUIDADOR INFORMAL E PREVENÇÃO DE LESÕES MUSCULOESQUELÉTICAS	29
2.1. As Lesões Musculoesqueléticas e o Cuidar	30
2.2. O Cuidador Informal e a Sobrecarga	34
2.3. A Sobrecarga do Cuidador e as LME.....	38
2.4. A Prevenção de LME no Cuidador Informal	39
3. METODOLOGIA.....	42
3.1. Do Problema de Investigação à Questão de Partida	43
3.2. Objetivos Gerais e Específicos.....	43
3.3. Tipo de Estudo	44
3.4. Amostra	45
3.5. Instrumentos de Recolha de Dados	45
3.6. Identificação das Variáveis em Estudo.....	48
3.7. Janela Temporal da Investigação	48
3.8. Operacionalização da Intervenção Formativa.....	49
3.8.1 - Descrição da Intervenção Formativa em Prevenção de LME e Gestão da Sobrecarga em Cuidadores informais	51
3.9. Considerações Éticas.....	54
3.10. Tratamento de Dados	55
4. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS.....	56
4.1. Caracterização da Amostra	57
4.2. Avaliação dos Conhecimentos e Comportamentos Demonstrados	68
4.3. Avaliação das Queixas dos Cuidadores Informais no Sistema Musculoesquelético	73

4.4.	Avaliação da Intensidade da Dor Global Sentida pelos Cuidadores Informais...	78
4.5.	Avaliação da Sobrecarga dos Cuidadores Informais	81
4.6.	Relação entre Número de Queixas no Sistema Musculoesquelético nos últimos sete dias, Intensidade da Dor e Sobrecarga do Cuidador	88
5.	SÍNTESE E CONCLUSÕES DO ESTUDO	94
6.	O ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL: UMA OPORTUNIDADE PARA DESENVOLVER COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO E COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	104
6.1.	Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação	106
6.1.1	- Competência para Cuidar de Pessoas com Necessidades Especiais, ao Longo do Ciclo de Vida, em Todos os Contextos da Prática de Cuidados	107
6.1.2	- Competência para Capacitar a Pessoa com Deficiência, Limitação da Atividade e/ou Restrição da Participação para a Reinserção e Exercício da Cidadania.....	115
6.1.3	- Competência para Maximizar a Funcionalidade Desenvolvendo as Capacidades da Pessoa	120
6.2.	Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	123
6.2.1	– Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal	123
6.2.2	– Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade	126
6.2.3	– Domínio da Gestão dos Cuidados	129
6.2.4	– Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais.....	133
7.	CONCLUSÃO FINAL DO RELATÓRIO DE ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL	135
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	139
	ANEXOS	154
	ANEXO 1 - ÍNDICE DE BARTHEL	155
	ANEXO 2 - QUESTIONÁRIO NÓRDICO MUSCULOESQUELÉTICO	157
	ANEXO 3 - ESCALA NUMÉRICA DA DOR	159
	ANEXO 4 - ESCALA DA SOBRECARGA DO CUIDADOR.....	160
	ANEXO 5 - AUTORIZAÇÃO DA ULSAM PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO.....	161
	APÊNDICES	163
	APÊNDICE I – QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA	164
	APÊNDICE II - GRELHA DE OBSERVAÇÃO E AVALIAÇÃO DE COMPORTAMENTOS.....	167
	APÊNDICE III - APRESENTAÇÃO POWERPOINT SESSÃO TEÓRICA	169
	APÊNDICE IV - LIVRO DE EXERCÍCIOS DO CI - PREVENÇÃO DE LME: EXERCÍCIOS QUE FAZEM A DIFERENÇA	182
	APÊNDICE V - CONSENTIMENTO INFORMADO AOS CUIDADORES INFORMAIS	210

APÊNDICE VI - SESSÕES DE APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS PRELIMINARES DA INVESTIGAÇÃO E GINÁSTICA LABORAL	211
APÊNDICE VII - FICHAS TÉCNICAS DOS CUIDADORES INFORMAIS PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	230
APÊNDICE VIII - FOLHETOS SOBRE PREVENÇÃO DE LME E GESTÃO DA SOBRECARGA	244

ÍNDICE DE FIGURAS E QUADROS

FIGURAS

Figura 1 - Modelo de atuação de enfermagem, com base na Teoria das Consequências Funcionais

Figura 2 - Esquema explicativo da adaptação do Modelo para atuação em prevenção de LME em cuidadores informais

Figura 3 - intensidade da dor global manifestada pelos cuidadores informais, antes e depois da intervenção formativa.

Figura 4 - Imagem demonstrativa da influência exercida entre sobrecarga, intensidade da dor e LME.

QUADROS

Quadro 1 - Identificação das articulações, parcerias e programas da UCC

Quadro 2 - Critérios de inclusão/exclusão de ingresso no internamento da ECCI

Quadro 3 - Caracterização sociodemográfica

Quadro 4 - Caracterização da prestação de cuidados

Quadro 5 - Caracterização da percepção da saúde.

Quadro 6 - Conhecimentos e comportamentos demonstrados pelos cuidadores informais antes e após a formação

Quadro 7 - Resultados obtidos na avaliação inicial do QNM, antes da formação, no segmento temporal de seis meses.

Quadro 8 - Distribuição das zonas anatómicas com sintomatologia de LME (QNM), antes e depois da formação, no segmento temporal dos últimos sete dias.

Quadro 9 - Valores de sobrecarga dos cuidadores informais antes e após a intervenção formativa.

Quadro 10 - Conhecimentos demonstrados, queixas no sistema musculoesquelético, intensidade global da dor e sobrecarga do cuidador, antes e depois da intervenção formativa.

Quadro 11 - Correlação entre as variáveis em estudo, antes e depois da formação.

INTRODUÇÃO

A atuação da Enfermagem de Reabilitação não é relativa apenas aos contextos institucionais, hospitalares e/ou de outra tipologia, indo ao encontro do ambiente domiciliar da pessoa e sua família, à sua esfera relacional e ao local onde trabalha, o que exige do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) a capacidade de mobilizar conhecimentos e competências, que visam um cuidado profissional verdadeiramente holístico e de excelência. Nesse sentido, pretendeu-se contribuir positivamente para a comunidade, através da realização de uma investigação que evidenciasse os benefícios de uma intervenção formativa na prevenção de LME e gestão da sobrecarga nos cuidadores informais, considerando serem uma população de alto risco ao desenvolvimento deste tipo de lesões.

Assumindo-se o cuidador informal como sendo todo o indivíduo que garante a prestação de cuidados à pessoa com dependência, seja por deficiência, doença crónica ou outra necessidade de saúde, por uma duração variável entre média e longa duração, sem o conhecimento conferido pela formação profissional ou formal e, habitualmente, sem remuneração (Eurocarers, 2020), este prestador informal de cuidados inicia a função de cuidador, frequentemente, de forma súbita e sem preparação prévia, impondo a necessidade de uma maior capacidade de gestão do seu tempo pessoal, para que possa garantir a prestação de cuidados a outrem (Pereira, 2011).

Prestar cuidados a alguém, geralmente por um tempo prolongado, é, por si só, uma realidade complexa que não se resume à mera assistência dada a pessoas com dependência para a realização das suas AVD (Hoffman & Rodrigues, 2010). Implica a adaptação do cuidador informal a um esforço suplementar a diferentes níveis, seja físico, psicológico, emocional e/ou financeiro, de forma a conseguir assumir a responsabilidade dos cuidados, devendo o EEER intervir nesse âmbito (Fernandes, 2011). Esta exigência acrescida é percecionada pelos cuidadores informais como uma sobrecarga, de onde se distinguem duas dimensões: a sobrecarga objetiva, resultante da “imposição” das atividades a realizar e consequentes implicações para a dinâmica familiar; e a sobrecarga subjetiva, que se refere às implicações emocionais derivadas do ato de cuidar (Dantas, 2020; Matos, 2017; Rodrigues, 2018; Sousa et al, 2021).

Esta sobrecarga promove tensões na dinâmica familiar, as quais podem culminar num processo disruptivo (Fernandes, 2011), o que compromete a continuidade e qualidade dos cuidados prestados, tendo implicações negativas na qualidade de vida, tanto do cuidador como da pessoa cuidada. Os impactos na vida do cuidador informal vão variando e manifestam-se ao longo do tempo, verificando-se haver uma perceção de sobrecarga intensa e maiores níveis de stress no início da função, podendo vir a diminuir consoante a aquisição de mais competências e estratégias de *coping* pelo cuidador, de forma a melhor se adaptar à situação, podendo mesmo traduzir-se

num novo sentido de vida, sempre que o cuidador esteja mais focado nos aspetos positivos da interação (Andreasen, 2003; Spare La Rue, 2005, citados por Matos, 2017).

Efetivamente, são frequentemente referidos na literatura, os efeitos nefastos sentidos pelos cuidadores informais ao nível da sua saúde física e mental, sendo amiúde relatados casos de maior incidência de doenças psiquiátricas, doenças somáticas e sintomas de alterações do seu bem-estar físico (Martins et al., 2003, citado por Rodrigues, 2018). Estes dados podem ser explicados por Alves (2015), que afirma existir uma correlação positiva entre a prestação de cuidados (pelo cuidador informal) e problemas de saúde, como a ansiedade, irritabilidade, desgaste físico e fadiga. Por sua vez, outros estudos corroboram estas afirmações, reforçando que, frequentemente, os cuidadores apresentam pior perceção sobre a sua saúde e maior noção de gravidade da situação, quando comparados a não cuidadores (Rodrigues, 2018).

Neste sentido, a criação do Estatuto do Cuidador Informal em Portugal, ao abrigo da “Lei nº 100/2019, de 6 de setembro”, procura, além do reconhecimento deste, promover o seu acesso à informação e formação básica, visando a sua capacitação na prestação de cuidados à pessoa dependente. Assim, torna-se imperativo o desenvolvimento de ações direcionadas a este público-alvo, com vista à capacitação para a prestação de cuidados de saúde primários estendida no tempo, pretendendo-se identificar e colmatar as necessidades carentes de apoio (Matos & Araújo, 2021).

As lesões musculoesqueléticas relacionadas com o trabalho (LMERT) são um conjunto de doenças, inflamatórias e degenerativas, onde se incluem as do sistema locomotor, que surgem devido à ação de fatores de risco laborais, tais como repetitividade, postura adotada durante o trabalho e/ou a sobrecarga do mesmo (Direção-Geral da Saúde, 2008). As LMERT podem surgir em diversas zonas anatómicas, com maior ou menor incidência conforme a atividade de risco realizada, mas geralmente são mais frequentemente identificadas nas zonas do pescoço, ombros, cotovelos, punhos, mãos, coluna vertebral e joelhos (Ordem dos Enfermeiros, 2013). Caracteristicamente apresentam sintomatologia diversa, como sensação de peso na área afetada ou próxima, parestesias, sensação ou perda efetiva de força, fadiga e dor, e o seu aparecimento é gradual e de causa multifatorial, agravando-se com a falta de descanso adequado, pois põe em causa a recuperação corporal (Direção-Geral da Saúde, 2008).

O combate às LMERT é, segundo a Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (EU-OSHA, 2021), uma área de foco prioritário, atendendo a que diferentes estudos apontam a profissão de Enfermagem como tendo (inerentemente) um elevado risco de desenvolvimento deste tipo de lesões, considerando as frequentes atividades que implicam a movimentação manual de cargas, tais como o posicionamento, movimentação e transferência de pessoas. Porém, a ocorrência de Lesões Musculoesqueléticas (LME) também se pode dever a outros fatores, como as

condições habitacionais, a utilização de equipamento e mobiliário inapropriado à tarefa, motivo pelo qual se deve atentar à avaliação do ambiente e às capacidades evidenciadas pelo prestador de cuidados.

Por sua vez, o cuidador informal, que é carente da formação específica do enfermeiro, é alvo dos mesmos fenómenos e riscos, sendo crucial a sua capacitação para a prestação de cuidados em segurança, uma vez que, segundo a literatura, se pode estabelecer uma relação linear entre exposição a fatores de risco e a ocorrência de LMERT. Esta capacitação deve contemplar o cumprimento das orientações básicas da ergonomia e mecânica corporal, tal como é defendido por diversos autores e entidades de saúde (Alcântara, 2014; International Ergonomics Association, 2019; Matos & Araújo, 2021; Ordem dos Enfermeiros, 2013).

A relação da sobrecarga com as LME pode ser explicada pelo caráter ininterrupto da função de cuidar que, associado à impreparação para a tarefa e o receio de não a realizarem adequadamente, potencia o desenvolvimento deste tipo de lesões. Isto significa que os cuidadores informais se incluem na população com alto risco de LME, pois frequentemente apresentam, ao longo do tempo na função, a diminuição da resistência física, emocional, social e financeira, traduzindo-se na negligência com a sua própria saúde e tornando-os mais propensos ao surgimento precoce de morbilidades (Matos & Araújo, 2021). De facto, o stress inerente ao ato de cuidar resulta, segundo a literatura, da impreparação para a função, expressa pela adoção de más posturas na execução dos cuidados, o que provoca sobrecarga musculoesquelética. Neste contexto de stress e sobrecarga, verificam-se alterações bioquímicas (pela libertação de neurotransmissores) que aumentam a excitabilidade neural, culminando no surgimento de dor musculoesquelética, sendo esta, frequentemente, a principal queixa manifestada pelo cuidador informal (Matos & Araújo, 2021).

Fruto das limitações que se constata a nível das instituições de saúde, os ensinamentos realizados aos cuidadores informais são, frequentemente, feitos próximos da alta hospitalar e cingem-se à mera transmissão de informação, e não à verificação da capacidade ou competência para assistirem/prestarem os autocuidados, o que resulta numa resposta insuficiente e desajustada às necessidades do utente e cuidador, desconsiderando ainda os constrangimentos que poderão estes encontrar no domicílio (Matos, 2017). Com vista a colmatar as carências educativas dos cuidadores informais, verifica-se frequentemente a necessidade de referenciação para as redes de apoio comunitário, onde se inclui a Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), para que seja o EEER da comunidade a atuar, ora nos cuidados diretos à pessoa dependente, ora nos cuidados dirigidos ao cuidador informal, fruto da especificidade das suas competências. Assim, fica clara a

relevância da promoção da sua saúde e prevenção de doenças nesta população, das quais as LMERT são exemplo específico.

A prevenção em saúde tem como objetivo a redução do risco de desenvolvimento de uma determinada doença por via da diminuição da probabilidade da mesma ocorrer, atendendo aos fatores de risco identificados. Desta forma, por via das suas competências, a ação do EEER na área da prevenção deve contemplar os seus três níveis (primário, secundário e terciário), sempre numa ótica de promoção da reintegração social e da qualidade de vida (Ordem dos Enfermeiros, 2013). Nesse contexto, cabe-lhe a conceção e estabelecimento de planos de promoção da saúde dos cuidadores informais, através de uma intervenção ergonómica que contemple a identificação e respetiva resolução de problemas decorrentes da prestação de cuidados, de forma a garantir a sua segurança, satisfação e produtividade ao longo do tempo. O foco nos aspetos preventivo e de educação, asseguram a melhoria da saúde dos cuidadores informais, garantindo a manutenção dos cuidados que presta, o que contribui para a diminuição de custos e encargos motivados pelo absentismo (Lelis et al., 2012).

Efetivamente, diversos autores defendem uma atuação do EEER na prevenção das LMERT nos cuidadores informais, contemplando a análise da atividade, a avaliação do risco de LMERT, a vigilância médica (ou da saúde) do cuidador e a informação e formação deste. A isto, deverá associar orientações posturais e exercícios especificamente direcionados para o alívio das queixas relacionadas com LMERT, assim como, desenvolver ações de formação básicas que promovam a sua capacitação, nomeadamente no que respeita à correta execução das técnicas de movimentação manual de cargas, respeitando os princípios da ergonomia e da mecânica corporal (Alcântara, 2014; Dantas, 2020; Matos, 2017; Matos et al, 2022; Ordem do Enfermeiros, 2013; Pereira, 2021; Rodrigues, 2018; Sousa et al., 2021;).

Assim, o presente Relatório Final, pretende relatar não só as atividades desenvolvidas para a aquisição de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), no âmbito do Estágio de Natureza Profissional (ENP), mas também a investigação desenvolvida ao longo do desenvolvimento do estágio. Propõe-se ainda a fazer uma análise descritiva e de reflexão crítica do percurso realizado, apresentando as conclusões da investigação realizada, de carácter quantitativo, longitudinal e alinhando-se com a tipologia quase-experimental, e sugestões de investigações futuras, contribuindo desta forma para o enriquecimento do conhecimento científico em Enfermagem de Reabilitação.

A estrutura interna do documento encontra-se dividida em sete capítulos, correspondendo, respetivamente: à caracterização do local e contexto onde o ENP se realizou e respetivo referencial teórico; segue-se o capítulo da formação do cuidador informal e prevenção de LME, enquadrando

a problemática em estudo; passa-se para a metodologia adotada na condução da mesma; seguindo-se a apresentação e discussão de resultados; continua com a descrição e reflexão sobre as atividades desenvolvidas para a aquisição de competências comuns de especialista específicas de Enfermagem de Reabilitação; e termina-se com uma conclusão crítico-reflexiva de apreço ao trajeto traçado e da relevância de um ENP no contexto de formação profissional especializada.

Pretende-se, desta forma, evidenciar os benefícios decorridos de uma intervenção formativa pelo EEER, na ótica da Prevenção de LME e gestão da Sobrecarga em Cuidadores Informais, encarando a sobrecarga do cuidador como um fenómeno relevante e influenciador da qualidade de vida deste, o que implica também na qualidade dos cuidados que presta à pessoa cuidada.

Os resultados obtidos traduzem os benefícios decorridos da intervenção especializada do EEER dentro desta temática, evidenciando a pertinência da atuação destes profissionais junto do público-alvo escolhido, algo que acarreta benefícios em saúde individuais e familiares, na continuidade de prestação de cuidados adequados e em segurança, em contexto domiciliário, reduzindo os esforços financeiros individuais e familiares e implicando ganhos para a sociedade em geral.

1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

O presente capítulo propõe-se caracterizar o Estágio de Natureza Profissional e respetivo local de estágio, considerando o âmbito formativo exigido pela Ordem dos Enfermeiros (OE) para obtenção do título de Especialista em Enfermagem de Reabilitação, e a missão, área de abrangência e parceiros sociais da Unidade de Cuidados na Comunidade, onde o estágio se realizou. Caracteriza ainda a Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), mencionando os critérios de inclusão/exclusão do seu internamento, bem como os recursos existentes e o tipo de cuidados que presta à comunidade, reconhecendo o papel de relevo que assume para a promoção e manutenção da qualidade de vida sentida pelas comunidades.

Assim, o ENP decorreu, então, numa Unidade de Cuidados na Comunidade da região Norte do país, com uma duração de 24 semanas e mais de 410h de contacto efetivo, de um total de 810 horas de trabalho total, no período entre 1 de Dezembro de 2022 e 31 de Maio de 2023, correspondendo a 30 ECTES.

A orientação deste estágio esteve a cargo da Professora Doutora e Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação, Salomé Ferreira, ficando a tutoria do mesmo entregue à Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação, Marta Magalhães.

1.1. DESCRIÇÃO DO LOCAL E DO CONTEXTO DE ESTÁGIO

A Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) onde decorreu o ENP é uma das unidades afetas à Unidade Local de Saúde do Alto Minho (ULSAM), pertencente à ARS do Norte, e que tem por missão a prestação de:

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

A área de abrangência desta UCC corresponde às vinte freguesias situadas a norte do rio Lima, num total de 183,4km², onde residem 49702 pessoas, segundo os Censos 2011. Na mesma área, tem também em funcionamento: 1 Unidade de Cuidados de Saúde Primários e 3 Unidades de Saúde Familiar – uma das quais com quem partilha instalações, possuindo no seu conjunto um total de 51823 utentes inscritos (SIARS, 2014), provenientes de todos os estratos sociais e de realidades tão contrastantes como os cenários perfeitamente urbanos, face a uma ruralidade quase extrema das zonas mais recônditas. Tem como horário de funcionamento de segunda a sexta-feira das 8h às 20h e ao fim de semana e feriados das 8h às 16h.

A atuação da UCC estrutura-se por meio de Articulações e Parcerias feitas com outras entidades/instituições e pela implementação de Programas.

Quadro 1 - Identificação das articulações, parcerias e programas da UCC.

Articulações estabelecidas	• Unidade de Saúde Pública • Unidades de Saúde Familiar • Unidade de Cuidados de Saúde Primários
Parcerias estabelecidas	• Rede Social, através do Conselho Local de Ação Social (CLAS), Núcleo Executivo, Comissões Sociais Interfreguesias (CSIF) • Núcleos Locais de Inserção (NLI), Rendimento Social de Inserção (RSI) • Equipas Locais de Intervenção (ELI), Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI) • Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ)
Programas implementados e em funcionamento	• Preparação para o Parto e Parentalidade • Programa Nacional de Saúde Escolar • Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR) • Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI)

No respeitante à ECCI, onde foi possível integrar e realizar o ENP, esta pertence à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). O internamento em ECCI não tem qualquer custo para os utentes e tem por objetivo a promoção e/ou recuperação da saúde dos utentes com necessidade de cuidados continuados, em situação de dependência funcional ou em risco de perda de autonomia, em processo de convalescença ou doença paliativa, cuja situação não implique internamento hospitalar, mas que não possam deslocar-se de forma autónoma, mantendo a sua autonomia no seu ambiente habitual de vida, conforme o “Decreto-Lei nº101/2006 – Artigo 27º”. Os cuidados que presta, têm sempre por base uma avaliação integral de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social, ou outros, sendo da responsabilidade dos Cuidados de Saúde Primários e entidades de apoio social.

A equipa desta ECCI, é ainda uma equipa multidisciplinar de prestação de cuidados, empenhada na excelência de cuidados prestados e na promoção da qualidade de vida da população, sendo composta por:

(2) Médicos de Medicina Geral e Familiar, (2) Assistentes Sociais, (1) Nutricionista, (1) Fisioterapeuta, (1) Assistente Técnico, (1) Enfermeira de Cuidados Gerais. Inclui ainda Enfermeiros Especialistas em: (1) Enfermagem de Reabilitação, (2) Saúde Materna e Obstetrícia, (1) Saúde Comunitária, (1) Saúde Mental e Psiquiatria e (1) Enfermeiro Coordenador. Contudo, apesar de previsto na composição da equipa, desde 2020 que esta ECCI deixou de ter (1) Psicólogo integrado na equipa, devido à pandemia por COVID-19, tendo o mesmo regressado na altura à sua entidade de origem (Câmara Municipal de Viana do Castelo).

Além do papel que assume nas diversas articulações com os demais parceiros e programas implementados, a ECCI assegura ainda apoio domiciliário na continuidade de cuidados de diferentes valências, tais como: Cuidados de Reabilitação/Manutenção, Fisioterapia, Nutrição, Cuidados Paliativos, Tratamento de Feridas complexas e exsudativas, Gestão de regime terapêutico, Apoio ao utente/cuidador. Tem uma capacidade de internamento simultâneo máximo de 20 utentes e seus cuidadores/restante família, a quem são prestados cuidados de saúde gerais e diferenciados, visando a promoção/manutenção da autonomia dos utentes, de forma a garantir um maior envolvimento social e potenciando a saúde e qualidade de vida da comunidade. O ingresso neste modelo de cuidados, segundo o “Decreto-Lei nº 101/2006, de 6 de Junho”, é feito através de referência pela Equipa de Gestão Altas e pelas equipas das unidades funcionais do ACES – Unidades de Saúde Familiar/Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados, embora careça sempre da validação por parte de uma Equipa Coordenadora Local (ECL). Contudo, o ingresso na ECCI, está sujeito a critérios específicos de inclusão/exclusão, como é referido no Quadro 2.

Quadro 2 - Critérios de inclusão/exclusão de ingresso no internamento da ECCI.

Critérios de Inclusão da referência para a ECCI	Critérios de Exclusão da referência para a ECCI
Exista uma avaliação objetiva de deterioração significativa na realização das Atividades Básicas da Vida Diária; Alta recente de unidade de internamento (hospitalar ou cuidados continuados integrados); Incapacidade de gestão do regime terapêutico; Necessidade de cuidados paliativos, incluindo compensação sintomática possível de realizar no domicílio; Necessidade de cuidados que requeiram um grau de diferenciação que exceda a equipa básica, por ex. Reabilitação, Psicologia, Terapia Ocupacional, etc.	Episódio de doença em fase aguda que requeira internamento em hospital; Necessidade exclusiva de apoio social; Necessidade de internamento para estudo diagnóstico; Inexistência de cuidador informal, no caso de pessoas com elevado grau de dependência.

Esses critérios preveem o ingresso na ECCI de toda a pessoa que se apresente em situação de dependência e com necessidade de cuidados de saúde, desde que possua condições sociais e/ou familiares e pessoais/saúde compatíveis com a prestação de cuidados de maior ou menor complexidade no domicílio, de forma temporária ou permanente. Porém, devido à dimensão populacional da área de abrangência desta UCC e à elevada demanda dos cuidados que presta face aos recursos humanos disponíveis, trabalha-se com a orientação, dentro do possível, de não haver internamentos que ultrapassem os 120 dias consecutivos, promovendo-se assim uma maior

rotatividade de utentes, de forma a garantir que um maior número de pessoas possa aceder e usufruir deste modelo de cuidados. Para isso, torna-se fulcral promover a capacitação dos cuidadores informais, os naturais aliados dos cuidados de saúde prestados. Todavia, é de realçar que mesmo após alta clínica, não há restrições a novos reingressos, sempre por referência hospitalar ou do médico de família e sempre que cumpram os critérios primários de inclusão/exclusão. Ultrapassada a capacidade máxima de internamento na ECCI, os utentes ficam a aguardar em lista de espera, que neste caso, tem um tempo médio de 3-4 meses, aproximadamente.

Para servir a comunidade, a UCC dispõe de diferentes recursos materiais (salas e equipamentos multimédia, etc.) e de ajudas técnicas (camas articuladas, canadianas, cadeiras de rodas, andarilhos, etc.). Contudo, estes são limitados face às necessidades da população, sendo muitas vezes necessário recorrer à criatividade e engenho para ajudar a ultrapassar algumas barreiras existentes nos domicílios e/ou aspetos que, mesmo não estando relacionados diretamente com a prestação de cuidados, dificultam a mesma. Um bom exemplo é o facto de haver apenas uma viatura para a deslocação domiciliária. Além de ser claramente insuficiente para as necessidades de deslocação dos diferentes elementos da equipa a diferentes domicílios simultaneamente, a tipologia da área de abrangência é premiada por um território vasto, distribuído entre montanhas, beira-rio e mar. Muitas vezes as deslocações são obrigatoriamente feitas por acessos rurais, a domicílios que ficam em extremos opostos, obrigando a uma ginástica mental, coordenação e gestão de cuidados com ajustes e desafios constantes, de forma a desempenhar o seu trabalho com a qualidade exigida aos utentes de quem cuidam. Ainda assim, e considerando o exposto, a ECCI assegura:

- Cuidados médicos e de enfermagem, de cariz domiciliário com visitas regulares e programadas, visando a prevenção, reabilitação, cura/manutenção e/ou ação paliativa, tendo por base as necessidades identificadas tanto pelos profissionais, como pelos cuidadores informais;
- Prestação de Cuidados de Reabilitação/Manutenção por Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação;
- Intervenção e apoio psicossocial e ocupacional a utentes e famílias, envolvendo outros prestadores de cuidados (Enfermeiro de Saúde Mental e Assistente Social);
- Coordenação e gestão de casos com outros Parceiros Sociais e de Saúde;
- Sessões de Educação para a Saúde, visando capacitar utentes, familiares e cuidadores informais com as competências necessárias para a prestação de cuidados, atendendo às especificidades, de saúde e outras, identificadas em cada caso;

- Projetos de intervenção comunitária e de Saúde Escolar;
- Promoção de hábitos saudáveis, como caminhadas mensais e outras atividades, com diferentes temáticas a explorar em Sessões de Educação para a Saúde abertas à população em geral.

Desta forma, percebe-se que a UCC em questão, e por extensão a ECCI, têm uma área de abrangência vasta, com população numerosa e envelhecida, proveniente de estratos sociais contrastantes, servindo a utentes das mais diversas tipologias, sempre que cumpram os critérios de inclusão/exclusão, apresentando recursos insuficientes face à demanda. Assumindo e encarando o problema, a equipa procura utilizar estratégias que busquem uma maior justiça e equidade de acesso aos cuidados que presta, reconhecendo os cuidadores informais como parceiros naturais e elemento-chave da continuidade de cuidados de saúde na comunidade e desenvolvendo junto deles ações que promovam a sua capacitação, autonomia e independência, aumentando consequentemente a sua qualidade de vida e a das pessoas cuidadas.

Assim, e tendo em mente que todo o problema pode ser encarado como uma oportunidade, consideraram-se estar reunidas as condições ideais para a realização de uma investigação que tem como foco principal o cuidador informal, buscando perceber os benefícios que uma intervenção formativa holística, ao nível da capacitação para a prevenção de LME e gestão da sobrecarga percecionada, tem na melhoria da sua saúde. Além disso, enquadra-se perfeitamente na missão e área de intervenção da UCC, alinhando-se concretamente com a ECCI, na medida em que promove a educação para a saúde, cruzando a reabilitação com o apoio dirigido ao cuidador informal.

1.2. REFERENCIAL TEÓRICO DE SUPORTE À PRÁTICA DE CUIDADOS

Toda a ação em enfermagem deve encontrar fundamento em bases teóricas científicas robustas, de forma a promover respostas efetivas e sustentadas na evidência científica. Porém, atendendo às especificidades polivalentes que a enfermagem de reabilitação evidencia, e à etiologia diversificada de utentes e seus condicionantes, entendeu-se que este ENP seria desenvolvido num contexto capaz de comportar os corolários de várias das teorias de enfermagem existentes. Contudo, neste estágio as que mais frequentemente nortearam, fundamentaram, permitiram compreender fenómenos de enfermagem e delinearam as intervenções a implementar, mediante as necessidades identificadas, foram: a Teoria do Autocuidado de Orem, o Modelo de Enfermagem Baseado nas Atividades da Vida Diária de Nancy Ropper, o Modelo de Adaptação de Roy, a Teoria das Transições de Meleis e a Teoria das Consequências Funcionais de Miller.

Como resultado de uma alteração ocorrida no processo saúde-doença, a pessoa pode ficar incapaz, temporária ou definitivamente, total ou parcialmente, de executar atividades de vida que suportem a saúde e o bem-estar. Essa alteração da capacidade e/ou funcionalidade pode impactar diversos aspectos do quotidiano das pessoas e respetivas famílias, comprometendo, por exemplo, a satisfação dos autocuidados, ficando os mesmos a cargo de terceiros. Enquanto em ambiente hospitalar, os cuidados prestados ao utente recaem sobre os enfermeiros, mas, transpondo-se a situação para o contexto comunitário, no qual a pessoa se encontra no seu domicílio, a exigência sobre os profissionais da enfermagem acresce, pois já não se controlam todas as variáveis, impondo-se uma atuação holística, centrada tanto nas necessidades da pessoa cuidada, como nas evidenciadas pela sua família e domicílio (Diógenes & Pagliuca, 2003).

No modelo de cuidado defendido por Orem, concorrem conceitos expressos em três teorias inter-relacionadas: a Teoria do Autocuidado; a Teoria do Défice de Autocuidado; e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem. O modelo prevê três tipos de prática, mediante as necessidades do utente: um totalmente compensatório (onde o utente é completamente substituído pela enfermagem no autocuidado); um parcialmente compensatório (onde a enfermagem presta ajuda parcial para a realização duma atividade); e um de apoio-educativo (onde o utente tem capacidade autónoma de realização de atividade, mas carece de supervisão de enfermagem e ensino) (Tomey & Alligood, 2002).

O Modelo de Enfermagem Baseado nas Atividades da Vida Diária, proposto pela teórica Nancy Ropper, atribui como função específica da enfermagem a assistência dada ao utente no sentido de prevenir, minorar ou solucionar os problemas potenciais e/ou reais, relacionados com as atividades de vida (Tomey & Alligood, 2002), pelo que o EEER assume um papel preponderante na manutenção/otimização das capacidades e funcionalidade.

Por sua vez, no modelo proposto por Callista Roy, a capacidade de adaptação da pessoa é o conceito primário, ao qual se interligam os conceitos de saúde, ambiente e de enfermagem, numa procura contínua por estímulos que promovam a aceitação e a adaptação à nova realidade. A autora defende que a resposta adaptativa resulta da interação destes conceitos, e ainda que cada pessoa possui mecanismos de adaptação próprios, que lhe possibilitam modificar comportamentos em virtude dos estímulos ambientais recebidos. Assim, esta resposta pode ou não ser eficaz, prejudicando ou alavancando respetivamente a sua transformação pessoal, ambiental e capacidade de sobrevivência. Deste modo, Roy evidencia como foco de atenção do enfermeiro o dever de proporcionar, manipulando as variáveis possíveis, a melhor adaptação da pessoa à sua nova realidade (Coelho & Mendes, 2011).

Na sua Teoria das Transições, Afaf Meleis propõe como conceito chave e alvo de intervenção de enfermagem as alterações experienciadas pelo utente/família durante os acontecimentos de vida, explicando que a transição pressupõe uma alteração no estado de saúde, na relação de papéis, nas expectativas ou nas capacidades. Estas transições caracterizam-se: pela crescente desconexão com sistemas e rede social de apoio habituais; pela perda temporária de temas ou de objetos de referência familiar; pelas necessidades emergentes da nova realidade; e perda dos antigos conjuntos de expectativas, agora desajustados. Para a autora, em cada processo de transição, competem três dimensões passíveis de serem modificadas pela intervenção do enfermeiro: a natureza da transição, os contornos em que ocorrem e os padrões de resposta do utente face à mesma (Meleis, 2000). Para perceber se uma transição é bem-sucedida, recorre-se a indicadores específicos, tais como: o bem-estar emocional, a transformação pessoal, a adaptação, o domínio da situação, a capacidade funcional e a qualidade de vida (Ferreira, 2012).

Por último, outra das teorias basilares para fundamentação, desenvolvimento e implementação do meu projeto de investigação, pois permitiu orientar a intervenção segundo a ótica da prevenção, foi a Teoria das Consequências Funcionais, desenvolvida por Carol Miller (2012). Esta pressupõe promover o bem-estar e qualidade de vida da pessoa, através da maximização da sua capacidade funcional e do controlo dos efeitos dos fatores de risco presentes no seu ambiente, reconhecendo o impacto que as alterações decorrentes do processo de envelhecimento têm na manutenção da qualidade de vida e bem-estar.

Na sua teoria, Miller (2012) conciliou na definição de bem-estar os pressupostos contemplados por Dunn (1959), embora discorde da condição neutra do ambiente, encarando-o antes como um estado complexo composto pela sobreposição de níveis e seu respetivo equilíbrio. Para tal, associou a esta definição as conceptualizações de teóricas de enfermagem, como Imogene King, Calista Roy, Virginia Hendersen, Rosemarie Parse, Martha Rogers, Madeleine Leininger e Jean Watson. Aprofundou assim os conceitos de alterações associadas ao envelhecimento, de consequências funcionais e de fatores de risco, integrando-os numa conceção global assente na pessoa, no ambiente, na saúde e na enfermagem.

No que se refere ao conceito de ambiente, este é definido como sendo todas as condições externas à pessoa, e com as quais contacta, podendo influenciar e/ou ser influenciada por elas (Miller, 2012). Já relativamente ao conceito de saúde, a autora define-o como sendo a capacidade da pessoa em manter a funcionalidade, apesar dos desequilíbrios provocados pelas interações das alterações inerentes ao processo de envelhecimento com os fatores de risco presentes no seu ambiente.

O processo de envelhecimento acarreta em si um conjunto de alterações irreversíveis e inevitáveis, podendo a pessoa experienciar consequências funcionais positivas ou negativas, mediante o

resultado da interação entre os fatores de risco presentes e essas mesmas alterações (Miller, 2012). Também considera que as alterações inerentes ao envelhecimento são irreversíveis e não dependem de fatores externos e/ou patológicos, ocorrendo antes de forma progressiva ao longo da vida.

Para Miller (2012), as consequências funcionais são todos os efeitos observáveis, positivos ou negativos, que resultam da interação entre os fatores de risco e as alterações decorrentes do envelhecimento, influenciando/limitando a capacidade de realizar as AVD e, conseqüentemente, afetando o seu bem-estar, manifestando os respectivos efeitos ao nível físico, psicológico e espiritual. Para a mesma autora, as consequências funcionais positivas são aquelas que promovem um maior nível de funcionalidade e independência, aumentando conseqüentemente a qualidade de vida. Por sua vez, as consequências funcionais negativas são as que limitam a capacidade funcional e provocam maior perda de autonomia e independência, comprometendo a qualidade de vida e bem-estar (Miller, 2012).

Quanto aos fatores de risco, são todas as condicionantes que aumentem a vulnerabilidade da pessoa e promovam as consequências funcionais negativas, podendo ser: intrínsecos, como idade, sexo, presença de doença, etc.; ou extrínsecos, como ambiente adverso, alterações psicossociais, atitudes baseadas na falta de conhecimentos, etc. (Miller, 2012).

Relativamente ao conceito de pessoa, Miller (2012) define-a como sendo um ser complexo e único, cujo bem-estar e funcionalidade são afetados pelas alterações conseqüentes do processo de envelhecimento e sua interação com os fatores de risco presentes. Estes aumentam o nível de vulnerabilidade na pessoa, levando-a a ficar mais dependente de terceiros (cuidador) para a realização das AVD. Nesse caso, a autora defende que o cuidador deverá também ele ser um foco dos cuidados de enfermagem, devendo a intervenção centrar-se no minimizar e/ou eliminar os efeitos dos fatores de risco presentes e promover a sua saúde e bem-estar.

Assim, na visão de Miller (2012), a maioria das consequências funcionais negativas poderá ser colmatada através de uma intervenção que, por um lado, elimine ou atenuar os efeitos decorrentes dos fatores de risco, e por outro, que maximize a capacidade e/ou manutenção do potencial funcional da pessoa, promovendo assim a sensação de bem-estar.

De forma a clarificar a atuação do enfermeiro na promoção do bem-estar na pessoa, Miller (2012) esquematizou os componentes da sua Teoria das Consequências Funcionais segundo um Modelo de Atuação de Enfermagem, conforme a figura seguinte.

Figura 1 - Modelo de atuação de enfermagem, com base na Teoria das Consequências Funcionais



Miller, C. (2012). *A Nursing Model for Promoting Wellness in Older Adults*. p.38

2. FORMAÇÃO DO CUIDADOR INFORMAL E PREVENÇÃO DE LESÕES MUSCULOESQUELÉTICAS

Considerando o anteriormente referido, optou-se pela realização da presente investigação dentro da temática da prevenção de LME e gestão da sobrecarga em cuidadores informais, visando contribuir expressivamente para a sua capacitação ao nível da prestação de cuidados, focando especificamente os cuidados que envolvem a execução de movimentação manual de cargas (cuidados responsáveis pela maioria das LME), de forma a garantir a continuidade da prestação de cuidados ao longo do tempo e em segurança, tanto para o cuidador como para a pessoa cuidada. Nesse sentido, procedeu-se a um estudo aprofundado sobre os fenómenos que contribuem para o surgimento de LME, em artigos científicos e junto de pareceres de entidades de saúde de referência, de forma a alcançar uma melhor compreensão sobre a problemática em estudo e direcionar as intervenções no sentido da minoração/resolução dos problemas encontrados, bem como na prevenção de novos problemas.

Para tal, e de forma a clarificar os contornos de cada conceito e fenómeno em apreço, ou das *guidelines* expressas para a atuação eficaz nesta problemática, segue-se um enquadramento teórico que foca, resumidamente, cada aspeto relevante para o tema.

2.1. AS LESÕES MUSCULOESQUELÉTICAS E O CUIDAR

Entendem-se por lesões musculoesqueléticas relacionadas com o trabalho (LMERT) as lesões que decorrem da ação de fatores de risco laborais, sendo exemplo a repetitividade, a postura adotada durante o trabalho e/ou a sobrecarga do mesmo (DGS, 2008), estando também incluídas um conjunto de doenças (inflamatórias e degenerativas) do sistema locomotor.

Tal como referido anteriormente, as LMERT podem surgir em diferentes zonas do corpo dependendo da atividade de risco desenvolvida, mas são mais frequentes nas zonas do pescoço, ombros, cotovelos, punhos, mãos, coluna vertebral e joelhos, segundo a OE (2013), algo que é corroborado pela revisão de literatura realizada por Sampaio (2019). As lesões musculoesqueléticas (LME) são categorizadas mediante a estrutura afetada, havendo: as tendinites ou tenossinovites; síndromes caniculares; as raquialgias; e síndromes neurovasculares. Caracteristicamente, são acompanhadas por sintomas como sensação ou perda efetiva de força, sensação de peso na área afetada ou próxima, parestesias, fadiga e dor, podendo esta ser localizada ou irradiar para outras áreas corporais. Estas lesões, cujo aparecimento é gradual, são provocadas pelo uso excessivo das estruturas anatómicas do sistema musculoesquelético, em associação ao tempo insuficiente para a sua completa recuperação (Duarte et al., 2017), verificando-se um agravamento da sintomatologia durante picos de produção (ex.: final do dia de trabalho), e alívio da mesma com o

repouso, pelo que é fulcral haver períodos para a recuperação corporal (Direção-Geral da Saúde, 2008; EU-OSHA, 2020).

Segundo a EU-OSHA (2020), e reforçado pela Direção Geral da Saúde (DGS, 2020), o combate às LMERT é uma área primária a incidir, atendendo a que três em cada cinco trabalhadores, na União Europeia, manifestam queixas deste tipo de lesões, representando estas encargos de 0,5 a 2% do Produto Nacional Bruto (APSEI, 2022). Assim, percebe-se que a sua prevenção/tratamento se justifica plenamente do ponto de vista económico, contribuindo ainda para melhorar a qualidade de vida dos trabalhadores.

Alguns estudos referem que os profissionais de saúde estão mais propensos a sofrer lesões osteoarticulares do que outros profissionais, apontando um risco quatro vezes maior de desenvolvimento de LMERT, quando comparados a trabalhadores do setor industrial (Thinkhamrop et al., 2017; Wang et al., 2015, citados por Pereira, 2021). Por sua vez, já em 2013 a OE apontava que, num estudo realizado em cinco hospitais do Porto, a prevalência da sintomatologia musculoesquelética era de 84% em enfermeiros, sendo as zonas mais afetadas a lombar (65%), a cervical (55%), a dorsal (37%), os ombros (34%) e o punho/mão (30%). Porém, num estudo realizado a nível nacional por Moura, Martins e Ribeiro (2019), também identifica que a maioria destes profissionais (65.1%) referem sintomatologia no sistema musculoesquelético, onde a região lombar aparece como a zona anatómica mais afetada.

Efetivamente, são vários os estudos que identificam na profissão de Enfermagem um alto risco de desenvolvimento e uma prevalência expressiva de LMERT, especialmente em atividades como o posicionamento, movimentação e transferência de pessoas, tendo um impacto negativo significativo na produtividade e diminuição da qualidade de vida destes profissionais. Esta prevalência de LMERT ganha ainda mais relevo pelo tempo de incapacidade temporária/definitiva que acarreta e que conduz ao absentismo, algo que tem vindo a ser corroborado também pela literatura internacional (Çelik et al, 2018; Samaei et al; 2017; Shieh et al, 2016; Shojaei, Tavafian, Jamshidi & Wagner, 2017; Silva et al., 2018; Tinubu, Mbada, Oyeyemi & Fabunmi, 2010).

O cuidador informal, ao assumir a prestação de cuidados, acaba por ser vítima dos mesmos fenómenos e riscos, sendo, porém, carente da formação específica do enfermeiro, pelo que é fundamental capacitá-lo para o cumprimento das orientações básicas da ergonomia. Para tal, busca-se minimizar os efeitos dos fatores de risco, associados à pessoa, à atividade e ao ambiente, contribuindo-se substancialmente para a prevenção de LME e seus custos associados (EU-OSHA, citado por OE, 2013).

Relativamente à Ergonomia, a International Ergonomics Association (IEA, 2019) define-a como sendo a disciplina científica que aplica teoria, princípios e métodos com a intenção de otimizar o

desempenho global e o bem-estar das pessoas. Tem como principal objetivo possibilitar a realização de uma atividade, adequando os recursos e o meio ao trabalhador, garantindo o seu conforto e bem-estar e reduzindo os riscos de acidentes de trabalho e/ou doenças laborais. A mesma entidade aponta que a Ergonomia pode ser organizada, tanto a nível teórico como prático, segundo três domínios: Ergonomia Física, Cognitiva e Organizacional.

Assim, segundo a IEA (2019), a Ergonomia Física foca o estudo da relação entre anatomia, fisiologia, antropometria e biomecânica do ser humano com as atividades físicas realizadas. Neste âmbito, são contemplados aspetos como a repetitividade de movimentos, o manuseamento dos materiais, a postura adotada na execução da atividade, a organização e planeamento do local/tarefa, as possíveis LME e a saúde e segurança da pessoa. A Ergonomia Cognitiva refere-se aos processos mentais inerentes à realização das atividades e ao modo como estes afetam a interação, raciocínio, memória e resposta motora utilizadas na execução das atividades planeadas. Estuda a carga mental exigida pela atividade, o desempenho especializado, os processos da tomada de decisão e a forma como a pessoa interage com os equipamentos, procurando perceber, simultaneamente, quais os mecanismos que minimizam o stress derivado da atividade e as implicações/interações deste com tudo o resto. Por último, a Ergonomia Organizacional dedica-se à otimização de processos produtivos, políticas e estruturas organizacionais.

Diversos autores reconhecem a Ergonomia como a disciplina que busca promover a perfeita simbiose entre as capacidades/limitações do trabalhador, as condições da atividade desenvolvida e a eficiência do sistema produtivo, sendo uma área fulcral para a prevenção de LME, possibilitando a correção dos problemas e aumentar a eficácia na correta execução e na produtividade. Para tal, faz a análise da postura, dos movimentos corporais e dos equipamentos usados, bem como dos fatores físicos e condições adversas no ambiente de trabalho, incluindo a exposição a diferentes cargas, atendendo a que estas variáveis se interrelacionam entre si (Azevedo, Nery, & Cardoso, 2017; Karino et al., 2015, citados por Pereira, 2021).

Por sua vez, Sampaio (2019) aponta como fatores de risco ergonómicos, inerentes à prestação de cuidados de enfermagem: a movimentação manual de pacientes/levante de cargas (ex.: cuidados de higiene, posicionamentos, transferências e transporte de pacientes); a adoção de posturas incorretas/forçadas (ex.: o tempo prolongado em posições estáticas sentado ou em pé, flexões e/ou torções diversas); e a falta de conhecimentos básicos sobre os princípios ergonómicos. Refere ainda serem estes os principais fatores que atuam como barreira educacional relativamente à adoção de comportamentos adequados, aquando da realização das tarefas. Nesse sentido, também Shieh et al (2016) identificou a carga física associada ao posicionamento e transferência de pacientes, com elevação repetida, e as restrições impostas pelos equipamentos (inadequados) utilizados/espaco

(exíguo) para a prestação de cuidados, como as variáveis que, tendencialmente, são mais promotoras de lesões, culminando em stress fisiológico.

Por outro lado, considerando a análise da literatura, fica evidente a relevância da mecânica corporal para a prevenção de LME pois, com a exposição prolongada a fatores de risco, os sintomas, inicialmente de caráter intermitente, tornam-se progressivamente persistentes, transpondo-se aos períodos de repouso, interferindo com a capacidade de trabalho e com as AVD (DGS, 2008; OE, 2013; Sampaio, 2019).

No que refere à mecânica corporal, a OE (2013) aponta ser essencial compreender e integrar na prática dos cuidados os conceitos de: postura, alinhamento corporal, equilíbrio, base de sustentação, centro de gravidade e linha de gravidade. A par com o ensino integrativo destes conceitos, somam-se técnicas que atentem à individualidade da pessoa cuidada e às particularidades do seu contexto domiciliar, onde se inclui o cuidador informal. Para a OE (2013), dever-se-ão implementar: exercícios de fortalecimento muscular global e específico, focando as áreas mais afetadas; exercícios de alongamento, para promover o relaxamento muscular e prevenir a acumulação de tensão musculoesquelética; o planeamento das atividades com recurso a técnicas de conservação de energia e envolvendo outras pessoas/famíliares/redes de apoio comunitário nos cuidados, de forma a programarem-se momentos de repouso do cuidador.

Considera-se que os prestadores de cuidados, formais ou informais, são uma população de risco ao desenvolvimento de LMERT, por via a estarem, no seu quotidiano, expostos a diversos fatores de risco, onde as posturas incorretas e os esforços físicos repetidos e prolongados podem determinar o surgimento deste tipo de lesões, conforme é descrito na literatura (Serranheira, Sousa-Uva & Sousa-Uva, 2015).

Segundo a DGS (2020) e APSEI (2022), as LMERT resultam da prevalência prolongada aos fatores de risco, podendo estes ser de natureza: organizacional e psicossocial (ex.: insegurança na tarefa, elevada exigência, deficiente suporte social, duração do trabalho e insuficientes pausas de descanso); física e biomecânica (ex.: má postura corporal, repetitividade e aplicação de força, movimentação de cargas com movimentos de torção/flexão); ou individual (aspetos psicométricos como sexo, idade, altura, historial médico, obesidade, hábitos tabágicos e/ou etílicos).

Por sua vez, Magalhães et al. (2021) apontam que a ocorrência de LME pode ser determinada por variáveis como as condições habitacionais, a utilização de equipamento e mobiliário inadequado, a falta de formação em mecânica corporal e a ausência de períodos suficientes de descanso, pelo que é fulcral o EEER proceder à avaliação do ambiente e cuidador, numa fase inicial e sempre que pertinente, capacitando-os para a prevenção das mesmas. Neste sentido, a DGS (2020) recomenda avaliar-se a relação entre os fatores de risco presentes e as capacidades do cuidador, atendendo a

que o desrespeito ao adequado tempo de descanso (físico e mental) potencia a probabilidade de LMERT. Assim, pode-se estabelecer uma relação linear entre exposição a fatores de risco e a ocorrência de LMERT, pois quanto maiores forem as intensidade, frequência e duração de uma atividade, será proporcionalmente maior o risco de LME.

2.2. O CUIDADOR INFORMAL E A SOBRECARGA

Conforme referido anteriormente, segundo a associação europeia de cuidadores (Eurocarers, 2020), o cuidador informal é definido como todo o indivíduo que assume a prestação de cuidados à pessoa com deficiência, doença crónica ou outra necessidade de saúde, por um tempo variável entre média e longa duração, estando fora de um quadro profissional ou formal e, frequentemente, sem remuneração.

Conforme o disposto no Estatuto do Cuidador Informal, aprovado pela “Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro” e publicado em Diário da República, considera-se “cuidador informal” toda a pessoa “cônjuge ou parente afim até ao 4.º grau, que acompanha e cuida 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 (Serviço Nacional de Saúde, 2019). Ou seja, é aquele que livremente presta cuidados não remunerados à pessoa dependente, assegurando a sua continuidade e assumindo a responsabilidade pela gestão dos mesmos, recebendo, por isso, a designação de “cuidador informal principal”. Por cuidador informal não principal (ou secundário), considera-se aquele que, sendo familiar, vizinho ou amigo, assegura os cuidados de forma pontual e não remunerada, não retendo a responsabilidade da globalidade da prestação de cuidados e sua gestão (Dantas, 2020; Matos, 2017; Sousa et al., 2021).

Iniciar a função de cuidador, comumente de forma repentina e sem preparação prévia para a função, é um fenómeno merecedor de ser compreendido, uma vez que obriga o cuidador informal a uma maior capacidade de gestão do tempo pessoal, em virtude da prestação de cuidados a outro (Pereira, 2011). Cuidar de outrem é, em si mesma, uma realidade exigente e complexa que não se cinge apenas à assistência prestada a pessoas dependentes na realização das suas AVD (Hoffman e Rodrigues, 2010), exigindo a adaptação do cuidador a um esforço suplementar, de modo a conseguir assumir a responsabilidade dos cuidados, devendo por isso o EEER intervir nessa problemática (Fernandes, 2011). Por isso, assumir a função de cuidador é um evento de grande significância, quer pela duração prolongada que habitualmente compreende, quer por carecerem, frequentemente, de formação adequada para a prestação de cuidados à pessoa dependente, o que acarreta um risco aumentado de sobre-esforço físico, psicológico, emocional e financeiro, inerentes à função, obrigando o cuidador a uma reorganização do seu projeto de vida (Mendes et al., 2019;

Pereira, 2011). Porém, a ausência deste cuidador informal, tem-se revelado ser o principal fator que propicia a institucionalização da pessoa dependente, algo que contraria, frequentemente, o desejo da pessoa alvo de cuidados (Rodrigues, 2018).

Esse sobre-esforço suplementar é percebido pelo cuidador informal como uma sobrecarga, podendo-se distinguir duas dimensões: a sobrecarga objetiva, que resulta da “imposição” das atividades a realizar e respectivas implicações para a dinâmica familiar e que são potencialmente quantificáveis; e a sobrecarga subjetiva, que resulta das implicações emocionais decorrentes do ato de cuidar, ou seja, a sobrecarga afetiva que é expressa por sentimentos, atitudes e reações emotivas relacionadas com a prestação de cuidados (Dantas, 2020; Matos, 2017; Rodrigues, 2018; Sousa et al., 2021).

Por sua vez, a sobrecarga decorrente do ato de cuidar potencia tensões na dinâmica familiar, podendo resultar num processo disruptivo (Fernandes, 2011), comprometendo a continuidade e qualidade dos cuidados prestados e afetando negativamente a qualidade de vida, tanto do cuidador como da pessoa cuidada. Por outro lado, a inversão/perda do exercício de diferentes papéis (passando apenas a serem vistos como cuidadores e não como filhos/cônjuges, etc.), promove o sentimento de solidão e aumenta a percepção de escassez de tempo disponível para as suas relações interpessoais, o que fomenta a tensão nos laços afetivos e familiares, por via da necessidade de suspender os seus próprios projetos de vida (Akgun-Citak et al., 2020; MCCI, 2021; Stackfleth et al., 2012).

Neste sentido, segundo revela um estudo feito pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE, 2019), o perfil do cuidador informal tende a ser do sexo feminino, assumindo-se frequentemente como cuidador principal, sendo que em Portugal se verifica serem mais de 70% dos cuidadores, podendo tanto ser cônjuges ou filhas (dois terços). Geralmente, segundo o mesmo estudo, quando apresentam idades compreendidas entre 50 e 65 anos, têm maior probabilidade de cuidar dos pais, mas em idades superiores a 65 anos, habitualmente cuidam do cônjuge, algo que é tendencialmente mais intensivo, pois são sêniores a cuidar de idosos dependentes (Rodrigues, 2018). Por sua vez, o inquérito realizado em 2021 em Portugal, com a participação de 1133 cuidadores informais, e conduzido pelo Movimento Cuidar dos Cuidadores Informais (MCCI, 2021), mostra que a maioria é mulher e cuida dos seus pais (51.4%), seguidos daqueles que cuidam dos cônjuges (18%) e dos filhos (12.7%). Já para o Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social (2017) português, os cuidadores informais típicos são do sexo feminino, com idades entre os 45 e os 75 anos, maioritariamente com baixa escolaridade e em idade ativa, apesar de apenas pouco mais de metade se encontrar empregada,

o que demonstra a dificuldade de conciliação entre a atividade profissional e a função de cuidador (Alves & Teixeira, 2016, citado por MTSSS, 2017; Rodrigues, 2018).

Os impactos na vida do cuidador informal vão-se manifestando e variando ao longo do tempo, sendo que associado a este esforço suplementar, principalmente o esforço físico em conjunto com o consequente cansaço e a complexidade excessiva de atividades que o cuidador informal terá de desenvolver, verifica-se uma perceção de sobrecarga intensa e maiores níveis de stress (Andreasen, 2003; Spare La Rue, 2005, citados por Matos, 2017). De facto, no estudo realizado por Trindade et al. (2017) a cuidadores informais de pessoas dependentes em contexto domiciliário, concluiu que a maioria dos cuidadores apresentava sobrecarga intensa.

Diversos autores relacionam a perceção de uma maior sobrecarga, sentida pelos cuidadores informais, com a impreparação destes para a prestação de cuidados, sendo reconhecida a falta de informação e formação, a par com o apoio profissional insuficiente, tanto pela literatura como pelos próprios cuidadores informais (Akgun-Citak et al., 2020; Aksoydan et al., 2019; Dantas, 2020; Matos, 2017; Oldenkamp et al., 2017; Sousa et al., 2021). Segundo apurou Sousa et al. (2021) no seu estudo, os cuidadores informais referem, como sendo as principais dificuldades sentidas, a falta de apoio e (in)formação, para além das questões associadas ao cuidado. Segundo os mesmos autores, estas limitações potenciam o desgaste físico e mental, criando sentimentos de insegurança e frustração, o que leva ao aumento da carga subjetiva, estando esta associada a quadros de ansiedade e depressão. Também Tatangelo et al (2018) concluiu que os cuidadores informais revelam ter baixa qualidade de vida, com quadros de depressão, stress, esgotamento físico e mental e maior prevalência de doenças físicas, o que pode advir de um suporte insuficiente e necessidades não atendidas. Por sua vez, Alves (2015) estabelece uma relação entre a prestação informal de cuidados e problemas de saúde, destacando a ansiedade, irritabilidade, desgaste físico e fadiga, reforçando que os cuidadores informais apresentam, em média, pior perceção sobre a sua própria saúde, quando comparados a não cuidadores (Rodrigues, 2018).

Vários estudos (Lavoie, 2000; Mors, Sorensen & Therkildsen 1992, citados por Matos 2017) apontam a fase inicial da prestação de cuidados como aquela que se afigura de maior desgaste, pois coincide com o período de maiores alterações no dia-a-dia familiar do cuidador, acarretando frequentemente reações negativas e de protesto. Estas reações serão menores/ultrapassadas, quando utilizadas as estratégias de *coping* (Sousa et al., 2021). Porém, é de referir que assumir a função de cuidador também se pode traduzir num novo sentido de vida, sempre que o cuidador esteja mais focado nos aspetos positivos da interação, o que implica uma diminuição da perceção da sobrecarga que sente (Matos, 2017; Rodrigues, 2018; Sousa et al., 2021).

Assim, a tensão existente deve ser abordada pelos profissionais de saúde no sentido de a minimizar, promovendo-se para isso o reconhecimento do contributo relevante do cuidador informal na manutenção da qualidade de vida da pessoa cuidada e capacitando-o, simultaneamente, para uma melhor gestão da sobrecarga sentida. Neste sentido, Dantas (2020) afirma que a intervenção precoce na capacitação do cuidador informal pode representar benefícios tanto para os cuidadores e pessoas cuidadas, como contribuir para a redução dos custos da assistência dada pelos sistemas sociais e de saúde. Por sua vez, a ausência de apoio e suporte, promove a vulnerabilidade dos cuidadores informais a múltiplos efeitos nefastos, sejam de natureza individual, familiar, organizacional, comunitária, social e/ou económica (Dantas, 2020).

Os cuidadores informais são elementos da equipa de cuidados que têm implicações diretas no processo de reabilitação. Como tal, e sendo os aliados naturais dos profissionais de saúde, devem ser encarados como um recurso passível de ser otimizado (Matos et al., 2022). A abordagem deve contemplar o reconhecimento da sua condição, a identificação das limitações que apresentam e a promoção do desenvolvimento/aquisição de capacidades/competências que possibilitem gerir a situação da pessoa doente e a sua própria sobrecarga (Matos, 2017; Rodrigues, 2018). Efetivamente, é frequentemente referido na literatura a necessidade de informação, formação e de apoio profissional aos cuidadores informais, mesmo ao nível da aquisição de competências comunicacionais (Akgun-Citak et al., 2020; Sousa et al., 2021), uma vez que as formações de capacitação para a prestação de cuidados, além de conferirem uma maior confiança no desempenho das tarefas de cuidar, diminuindo a ansiedade e a frustração (Akgun-Citak et al., 2020; Aksoydan et al., 2019), se revelam uma estratégia eficaz para a diminuição da perceção de sobrecarga (Araújo et al., 2016). Todavia, ainda se constata uma lacuna na oferta formativa existente para os cuidadores informais (Matos, 2017; Sousa et al., 2021).

Assim, fruto da necessidade de reconhecimento e enquadramento legal do seu papel, com a criação do Estatuto do Cuidador Informal em Portugal, ao abrigo da “Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro”, perspetiva-se promover o acesso deste à informação e formação básica, visando a sua capacitação na prestação de cuidados à pessoa dependente. Desta forma, torna-se fulcral o desenvolvimento de ações junto deste público-alvo, no âmbito da capacitação para a prestação de cuidados de saúde primários prolongada no tempo, buscando-se identificar as necessidades carentes de apoio (Matos & Araújo, 2021; Matos et al., 2022).

Atendendo ao exposto, importa referir que o cuidador informal, no decorrer do ENP, foi encarado como parceiro fundamental dos cuidados, identificando-se as suas necessidades e intervindo-se na orientação para a resolução dos problemas encontrados, sendo a relação terapêutica estabelecida

pautada pela parceria, de forma a garantir uma prática de cuidados centrados na pessoa (Smith & Leslie, 2010).

2.3. A SOBRECARGA DO CUIDADOR E AS LME

A prestação de cuidados no domicílio, quando prolongada no tempo, pode traduzir-se numa sobrecarga difícil e desgastante para o cuidador, tanto a nível físico, emocional, social, familiar como financeiro. Para Sousa et al (2021), o cuidador está sujeito a uma elevada carga subjetiva, o que afeta significativamente a sua saúde física e psicológica, traduzindo-se em quadros de stress, ansiedade e depressão, sobretudo por testemunharem a deterioração física e sofrimento da pessoa cuidada, o que os torna mais conscientes da sua própria mortalidade (Abreu-Figueiredo et al., 2019; Semenova & Stadtlander, 2016; Uslu-Sahan et al., 2018). Isso significa que, quando a estes fatores se associam a impreparação para a tarefa e o receio de não a realizarem adequadamente, resulta frequentemente na diminuição da resistência física, emocional, social e financeira do cuidador, culminando na negligência com a sua própria saúde, o que os torna mais propensos ao surgimento precoce de morbilidades (Matos & Araújo, 2021; Sousa et al., 2021).

Para Braga (2009, citado por Rodrigues, 2018), as consequências negativas decorrentes da função de cuidar de alguém, seja por dependência física e/ou mental, originam-se num conjunto de fatores que se relacionam e influenciam, caracterizando a complexidade multifatorial da temática em estudo. Neste contexto, segundo Ritto et al. (2017), os fatores psicossociais (depressão, ansiedade, etc.), os fatores sociodemográficos (idade, peso, género, etc.) e outros (como a escolaridade, situação conjugal e prática de exercício físico regular), estão relacionados com a presença de dor, podendo contribuir para que esta evolua para um problema de saúde crónico, o que a torna numa causa promotora de morbilidades, acarretando significativo absentismo ao trabalho, representando elevados custos e impactando na qualidade de vida da pessoa e família. Na verdade, conforme atesta o estudo “European Pain in Cancer”, citado pelos mesmos autores, a dor tem implicações relevantes na produtividade laboral, considerando que, segundo apurou, 52% dos trabalhadores referem que esta compromete o seu desempenho profissional, ou seja, implica desempenhar as funções laborais com dor (em média 83.8 dias/6 meses), determina perda de dias de trabalho (4.5 dias/6 meses) ou trabalho com eficiência reduzida (16.4 dias/6 meses).

Apesar das consequências negativas estarem relacionadas com as variações das características individuais e intrínsecas do cuidador, estas também derivam de outros fatores determinantes para as repercussões associadas à prestação de cuidados, nomeadamente, a perda de liberdade e oportunidade de lazer, sobrecarga de trabalho e dificuldades financeiras (Rodrigues, 2018), bem

como da impreparação para a tarefa associada à falta de (in)formação e apoio insuficiente (Sousa et al., 2021).

A estes fatores, entre outros, soma-se o caráter ininterrupto da função de cuidar, que potencia o desenvolvimento de lesões e torna-os numa população com alto risco de LME, uma vez que o stress inerente ao ato de cuidar se traduz na adoção de más posturas na execução dos cuidados e provocando sobrecarga musculoesquelética (Matos & Araújo, 2021), consequência da utilização excessiva das estruturas anatómicas deste sistema e da falta de tempo para a sua completa recuperação (Duarte et al., 2017). Neste contexto de stress e sobrecarga, são desencadeadas alterações bioquímicas (pela libertação de neurotransmissores) que aumentam a excitabilidade neural, resultando no aparecimento de dor musculoesquelética, sendo frequentemente a principal queixa manifestada pelo cuidador informal, que adota habitualmente comportamentos de automedicação com analgésicos e anti-inflamatórios, podendo vir a ser necessária a intervenção cirúrgica, quando não se revelam eficazes na sua eliminação (Coelho, 2009, citado por Matos, 2017).

Por sua vez, a dor física provocada pela tensão musculoesquelética, influencia a perceção da sobrecarga subjetiva, agravando os quadros de stress, ansiedade e dor (Ritto et al., 2017) do cuidador, que se percebe como menos capaz para a função, tornando-os mais suscetíveis ao surgimento de LME (Dantas, 2020; Pereira, 2021; Sousa et al., 2021), que surgem, principalmente, ao nível da coluna lombar, cervical e dos membros superiores (Matos & Araújo, 2021).

Assim, torna-se imperativa a atuação do EEER neste âmbito, quer na recuperação ativa das LME existentes, quer (principalmente) na sua prevenção, buscando-se capacitar para a prevenção de (novas) lesões, resultantes da prestação de cuidados à pessoa dependente.

2.4. A PREVENÇÃO DE LME NO CUIDADOR INFORMAL

Frequentemente, e em virtude das limitações organizacionais dos contextos dos cuidados de saúde atualmente, os ensinamentos realizados a cuidadores informais incidem basicamente nos aspetos relativos aos autocuidados, focando os cuidados de higiene e vestir/despir, quase sempre em data próxima à alta hospitalar (Matos, 2017). Estes ensinamentos perspetivam colmatar as carências educativas dos cuidadores informais ao nível da prestação de cuidados, mas acabam por se cingir, muitas vezes, à mera transmissão de informação e não à verificação da capacidade ou competência para assistirem/prestarem os autocuidados, culminando numa resposta insuficiente para o cuidador informal, desajustada às necessidades do utente e desconsiderando os constrangimentos que irão encontrar no domicílio (Matos, 2017; Rodrigues, 2018; Sousa et al., 2021).

Esta realidade, de impreparação do cuidador informal e ambiente para a prestação de cuidados à pessoa dependente é potenciadora do fenómeno da sobrecarga, traduzindo-se ao longo do tempo numa degradação física, psicológica e emocional do cuidador, o que compromete a qualidade dos cuidados que presta. Assim, verifica-se frequentemente a necessidade de referenciação para as redes de apoio comunitário, das quais faz parte a ECCL, para que o EEER da comunidade, pela especificidade das suas competências, possa atuar tanto nos cuidados diretos à pessoa dependente, como nos cuidados dirigidos ao cuidador informal, ficando aqui evidente a importância da promoção da sua saúde e prevenção de doenças, das quais as LMERT são exemplo específico.

A prevenção em saúde tem como objetivo a redução do risco de desenvolvimento de uma determinada doença por via da diminuição da probabilidade da mesma ocorrer, atendendo aos fatores de risco identificados. Segundo a Unidade Local de Saúde de Matosinhos (Serviço Nacional de Saúde, 2022), em prevenção podem-se distinguir três diferentes níveis de atuação: a prevenção primária, que visa a remoção de causas/fatores de risco de uma doença antes do seu efetivo desenvolvimento; a prevenção secundária, que consiste na deteção precoce de um problema de saúde, prevenindo/minorando a sua disseminação e os efeitos a longo prazo; e a prevenção terciária, que busca reduzir os prejuízos funcionais decorrentes de doença aguda ou crónica, sendo a reabilitação um exemplo claro.

Segundo a Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação da Ordem dos Enfermeiros (2011), o EEER tem por função atuar na identificação de problemas potenciais e/ou existentes, na prescrição, implementação e monitorização de intervenções que visem promover a capacidade funcional, a prevenção de complicações e minorar efeitos das incapacidades instaladas em diversas áreas, tanto na pessoa como no seu ambiente.

Assim, por via das suas competências, a ação do EEER na área da prevenção deve contemplar os seus três níveis, uma vez que intervém: na maximização da capacidade funcional da pessoa, com uso de técnicas e tecnologia específica de reabilitação, visando melhorar as funções residuais, manter/recuperar a independência nas AVD e minimizar o impacto das incapacidades instaladas (prevenção terciária); na identificação de problemas potenciais e/ou existentes na pessoa, desenvolvendo e otimizando estratégias de cuidados com utente e família (prevenção secundária); na educação para a saúde da pessoa cuidada e seu cuidador/família relativamente à identificação/minoração dos efeitos provocados pelos fatores de risco e barreiras arquitetónicas existentes no seu ambiente (prevenção primária); tudo sempre numa ótica de promoção da reintegração social e qualidade de vida (OE, 2013).

Para atuar especificamente na prevenção de LMERT, Pereira (2021) salienta que os EEER constituem um grupo de excelência para a aplicação dos princípios da abordagem participativa da Ergonomia na capacitação dos cuidadores relativamente ao conhecimento sobre as LMERT. É, então, da sua responsabilidade a conceção e estabelecimento de planos de promoção da saúde dos cuidadores informais, através de uma intervenção ergonómica que contemple a identificação e respetiva resolução de problemas decorrentes da prestação de cuidados, de forma a garantir a sua segurança, satisfação e produtividade ao longo do tempo. O foco nos aspetos preventivo e de educação, asseguram a melhoria da saúde dos cuidadores informais, garantindo a manutenção dos cuidados que presta, o que contribui para a diminuição de custos e encargos motivados pelo absentismo (EU-OSHA, 2020).

Conforme defende Coelho (2009, citado por Matos, 2017), o tratamento das LME deverá iniciar-se pelas medidas conservadoras, nomeadamente o controlo da dor e dos processos inflamatórios, com recurso a analgésicos e anti-inflamatórios, ao qual se agrega o tratamento de reabilitação (onde se inclui o reforço muscular) e as orientações gerais e preventivas no que respeita à organização da atividade desempenhada, podendo mesmo implicar o afastamento/suspensão desta. Porém, quando o tratamento conservador não se revela eficaz por si só, poderá haver a necessidade de recorrer a intervenção cirúrgica.

Por sua vez, alinhado com o exposto anteriormente, Alcântara (2014) defende que a intervenção do EEER na prevenção das LMERT nos cuidadores informais deverá contemplar a análise da atividade, a avaliação do risco de LMERT, a vigilância médica (ou da saúde) do cuidador e a informação e formação destes. A isto, deverá associar orientações posturais e exercícios especificamente direcionados para o alívio das queixas relacionadas com LMERT. Deverá ainda desenvolver ações de formação básicas que promovam a capacitação destes cuidadores, focando a correta execução das técnicas que impliquem a movimentação manual de cargas, respeitando os princípios da ergonomia e da mecânica corporal (EU-OSHA, 2020).

3. METODOLOGIA

Face ao apresentado anteriormente, segue-se no presente capítulo a descrição do plano de investigação adotado e a metodologia utilizada.

O processo metodológico assume-se no estudo como um manual de instruções sequenciais que, por via do rigor e lógica, possibilita alcançar o conhecimento relativo aos fenómenos subjacentes ao objeto de estudo (Vilelas, 2017).

Assim, visa-se dentro da temática escolhida, a apresentação do problema e questão de partida, dos objetivos gerais e específicos, o tipo de estudo que se propõe realizar, a descrição do contexto na qual se insere a investigação, a população-alvo e a consequente amostra dos participantes da mesma. Definem-se ainda as variáveis consideradas, os instrumentos e a estratégia de recolha de dados, terminando-se com a apresentação do tratamento dos dados obtidos e as considerações éticas.

3.1. DO PROBLEMA DE INVESTIGAÇÃO À QUESTÃO DE PARTIDA

A problemática deste estudo prende-se com a prevalência das LMERT evidenciada na classe trabalhadora, onde se incluem os enfermeiros, e por extensão os cuidadores informais, atingindo níveis expressivos na União Europeia (EU-OSHA, 2020).

Com a presente investigação, pretende-se verificar se uma intervenção formativa produz efeitos positivos na promoção da saúde dos cuidadores informais e na sua prevenção de LME.

Assim, partiu-se da seguinte questão de investigação: Quais os resultados de uma formação básica sobre prevenção de LME na incidência de sintomatologia de LME?

3.2. OBJETIVOS GERAIS E ESPECÍFICOS

Numa investigação, os objetivos devem explicitar claramente a intenção do investigador, pois constituem-se nas linhas orientadoras da investigação e determinam a meta a atingir com a execução do trabalho (Fortin, 2009, Vilelas, 2020).

Assim, como objetivos gerais da presente investigação definiram-se:

- Promover a saúde e o conhecimento sobre a prevenção das LMERT e gestão da sobrecarga nos cuidadores informais de pessoas dependentes no domicílio;
- Aferir em que medida a aquisição desse conhecimento produz efeitos positivos na prevenção das LMERT e na melhoria da saúde do cuidador informal.

Como objetivos específicos definiram-se:

- Determinar a incidência de sintomatologia de LMERT nos cuidadores informais da amostra;
- Perceber em que medida a sobrecarga interfere no surgimento de sintomatologia e/ou LME;

- Aferir se os cuidadores informais demonstram conhecimento sobre LME, mecânica corporal, medidas preventivas, dispositivos auxiliares e se utilizam medidas preventivas de LME;
- Verificar se a formação básica ministrada produz melhorias na sintomatologia de LME;
- Verificar se a formação básica ministrada produz melhorias na percepção da sobrecarga ao nível do impacto da prestação de cuidados;
- Verificar se a formação básica ministrada produz diferenças na demonstração de comportamentos ao nível do conhecimento, da técnica de posicionamento, técnica de transferência e preparação do ambiente domiciliar para a prestação de cuidados;

Dada a carência existente na oferta formativa orientada para cuidadores informais sobre aspetos relativos à prevenção de LMERT e gestão da sobrecarga, no decorrer da prestação/auxílio de autocuidados em pessoas com dependência, a intervenção do EEER aqui apresentada é a organização de uma intervenção de capacitação, sob a forma de dispositivo de formação básica, estando dividido em 10 sessões teórico-práticas, com uma frequência de contactos bissemanais.

3.3. TIPO DE ESTUDO

O estudo desenvolvido é um estudo quantitativo, longitudinal e de carácter quase-experimental de grupo único. A presente investigação segue uma metodologia quantitativa, pois na análise dos dados serão utilizados números e métodos estatísticos para quantificar e mensurar os achados obtidos através da aplicação de escalas, variáveis e questões de resposta numérica. É longitudinal, atendendo haver avaliações feitas em dois momentos distintos, ou seja, antes e depois da intervenção. Alinha-se com o carácter quase-experimental, uma vez que a este tipo de estudos, sendo de natureza empírica, lhe faltam duas características prevalentes da experimentação: a aleatoriedade na seleção dos grupos e o controlo total sobre as variáveis, ou seja, trabalha-se a amostra, não aleatória, o que implica a definição de controlos rigorosos e a eliminação de variáveis. É de grupo único, considerando que está associado à ausência de um grupo de controlo, impedindo a comparação entre grupos, isto é, apenas um grupo vai ser tratado estatisticamente, comparando-se os resultados obtidos nos dois momentos avaliativos distintos (Jackson, 2011). Prevê-se uma conceção que se baseia nas mudanças ocorridas ao longo do tempo no grupo-alvo comparativamente com os achados da avaliação inicial.

Este tipo de estudos não necessita de longos períodos de observação ou de colheita de dados e permitem uma abordagem aproximadamente experimental, sendo adequados para a observação do efeito de introdução de uma alteração num sistema, viabilizando o teste de hipóteses causais e

permitindo ainda trabalhar simultaneamente múltiplas variáveis (Vilelas, 2020). Contudo, um estudo quase-experimental visa sobretudo levantar questões pertinentes que abram caminho a estudos futuros mais aprofundados (Venda, 2013; Vilelas, 2020).

A opção metodológica desta investigação recaiu por este tipo de estudo, pois além de se afigurar como um contributo para o ganho na qualidade de vida dos cuidadores informais na comunidade, pretende promover a investigação em Enfermagem de Reabilitação.

3.4. AMOSTRA

A amostra desta investigação insere-se no universo de cuidadores informais de pessoas dependentes que estejam internados na ECCI da UCC onde se realizou o ENP, sendo que a amostra é não-probabilística e intencional.

Como critérios de inclusão, consideraram-se a obrigatoriedade de serem maiores de 18 anos e serem cuidadores informais de pessoas com dependência para os autocuidados, internados na ECCI desta UCC onde se desenvolveu o estágio de natureza profissional.

Nesse contexto, durante a realização do ENP, foram apurados 14 cuidadores informais, que cumpriam com os critérios de inclusão do estudo e que aceitaram participar na investigação. Importa referir que foram salvaguardadas as considerações éticas relativas à investigação realizada com seres humanos.

3.5. INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

O diagnóstico de situação foi apurado através da aplicação de um questionário e escalas selecionadas ao cuidador informal num primeiro momento de interação, uma vez que permite obter informação sistematizada sobre a população-alvo e sobre as variáveis a analisar (Fortin, 2009; Vilelas, 2017). Os selecionados foram posteriormente agrupados segundo as necessidades de melhoria de conhecimentos e desenvolvimento de estratégias para prevenção das LMERT e gestão da sobrecarga, visando-se a homogeneidade tanto quanto possível, como forma de prevenir enviesamento de resultados.

Questionário de caracterização sociodemográfica da amostra (apêndice I) - caracteriza, por via de resposta fechada (sim ou não) ou resposta aberta (ex.: tempo na função de cuidador), as variáveis sociodemográficas, as de caracterização da saúde do cuidador, as de caracterização do tipo de prestação de cuidados, as de caracterização domiciliar relativamente à existência (ou não) de barreiras e o recurso a ajudas técnicas. Este questionário foi aplicado apenas no primeiro momento de interação com o cuidador informal.

Índice de Barthel (anexo 1) – avalia o nível de (in)dependência da pessoa na realização dos autocuidados: tomar banho, higiene pessoal, vestir/despir, alimentação, uso sanitário, controlo de esfínteres, transferências cadeira/cama e da capacidade de deambulação e de subir/descer escadas. Consoante a classificação obtida, que varia entre um mínimo de 0 e um máximo de 100 pontos, atribui-se um grau de dependência, sendo gradualmente mais dependente quando a pontuação obtida é mais baixa. Permite classificar qualitativamente os utentes em totalmente dependentes (menor que 20), com dependência grave (de 20 a 39), com dependência moderada (de 40 a 59), com dependência ligeira (se superior a 60) ou independência (se igual a 100), conforme indicado pela OE (2016). Foi aplicado apenas no primeiro momento de interação com o cuidador informal de forma a determinar o grau de dependência da pessoa cuidada.

Questionário Nórdico Musculoesquelético (anexo 2) (versão traduzida e validada para a população portuguesa por Mesquita et al. (2010)) - É composto por quatro questões que avaliam: o número de queixas sentidas no sistema musculoesquelético nos últimos seis meses; a limitação de atividade por via desses mesmos problemas nos últimos seis meses; a procura (ou não) de ajuda profissional para resolução desses problemas; e o número de queixas sentidas no sistema musculoesquelético nos últimos sete dias - todas correlacionadas com nove regiões anatómicas, sendo elas, o pescoço, ombros, cotovelos, punho/mãos, região dorsal, região lombar, ancas/coxas, joelhos, tornozelos/pés. Segundo o autor original do questionário, entendem-se por problemas/queixas a presença de dor, desconforto ou dormência (Kuorinka et al., 1987, citado por Mesquita et al., 2010). O questionário apresenta um diagrama corporal de forma a simplificar a identificação das áreas corporais e, na versão portuguesa validada por Mesquita et al. (2010), inclui ainda a escala numérica da dor para a sua classificação nas diferentes regiões. Foi aplicado nos dois momentos previstos de avaliação.

Escala Numérica da Dor (anexo 3) – avalia a intensidade da dor, segundo uma escala numérica de 0 a 10, onde 0 representa a ausência de dor e 10 representa a pior dor que se consegue imaginar. Apesar do carácter subjetivo, é entendido como um bom instrumento para aferir a perceção da pessoa quanto à intensidade da dor que sente. Foi aplicada sempre a par do Questionário Nórdico Musculoesquelético, uma vez que na versão validada para a população portuguesa é parte integrante do questionário.

Escala da Sobrecarga do Cuidador (anexo 4) – avalia a perceção do cuidador informal relativamente à sobrecarga que representa o cuidar de uma pessoa dependente, não devendo a mesma ser aplicada na presença da pessoa cuidada. São apresentadas várias afirmações (22) e, a cada uma, o cuidador deve indicar a frequência com que sente (nunca, quase nunca, às vezes, frequentemente ou sempre), relativamente ao que foi perguntado. Cada item é pontuado

de forma qualitativa/quantitativa da seguinte forma: nunca = (1); quase nunca = (2); às vezes = (3); muitas vezes = (4) e quase sempre = (5). Nesta versão (1 a 5), obtém-se um *score* global que varia entre 22 e 110, em que um maior *score* corresponde a uma maior perceção de sobrecarga, de acordo com os seguintes pontos de corte: Inferior a 46 = Sem sobrecarga; Entre 46 e 56 = Sobrecarga ligeira; Superior a 56 = Sobrecarga intensa. Desta forma, não há respostas certas ou erradas e o stress dos cuidadores é tanto maior quanto maiores forem os valores apresentados. Esta escala encontra-se dividida em 4 subescalas, designadas pelas dimensões “Impacto da prestação de cuidados” (IPC), “Expectativas face ao cuidar” (EFC), “Relação interpessoal” (RI) e “Perceção de autoeficácia” (PA). A primeira dimensão “Impacto da prestação de cuidados”, relacionada com a prestação de cuidados diretos no contexto do cuidador, agrega 11 itens, correspondendo às questões 1,2,3,6,9,10,11,12,13,17 e 22 presentes na Escala da Sobrecarga do Cuidador. Quanto à segunda dimensão, é composto pelas questões 7,8,14 e 15, referindo-se às “Expectativas face aos cuidados” detidas pelo cuidador. A terceira dimensão, que agrupa os itens 4,5,16,18 e 19, avalia a sobrecarga associada à “Relação interpessoal” existente entre o cuidador e a pessoa cuidada. Por último, a quarta dimensão da escala, referente à “Perceção de autoeficácia”, é avaliada pelas questões 20 e 21, abordando a perceção do cuidador face ao seu desempenho (Sequeira, 2010). Importa referir que, segundo Sequeira (2010), as dimensões “Impacto da prestação de cuidados” e “Relações interpessoais” estão associadas à sobrecarga objetiva e as restantes dimensões, “Expectativas face ao cuidar” e “Perceção da autoeficácia”, relacionam-se com a sobrecarga subjetiva. Esta escala foi, também ela, aplicada nos dois momentos de avaliação (inicial e final) de forma a poder comparar os resultados obtidos entre os dois momentos.

Grelha de observação/avaliação de comportamentos (apêndice II) – pretende avaliar a demonstração de conhecimento e comportamentos relativos a quatro áreas avaliadas. A primeira, composta por 5 itens, refere-se ao conhecimento demonstrado sobre LMERT, mecânica corporal, medidas preventivas de LME, dispositivos auxiliares e uso efetivo de medidas preventivas de LME; as segunda e terceira áreas, pretendem avaliar os comportamentos demonstrados na execução de técnicas de mobilização manual de cargas (posicionamento - composta por 7 itens; e transferência - composta por 10 itens); a quarta área, pretende aferir quanto ao conhecimento demonstrado sobre preparação do ambiente para os cuidados a prestar. Para cada afirmação, a resposta é sim ou não, correspondendo à demonstração (ou não) do que é assinalado, salvaguardando-se os casos em que algum item não pode ser aplicado (ex.: ajuste da cama em altura), assumindo-se nestes casos como resposta negativa. Foi igualmente aplicada nos dois momentos de avaliação, inicial e final.

3.6. IDENTIFICAÇÃO DAS VARIÁVEIS EM ESTUDO

É consensual que o enquadramento teórico da investigação é desenvolvido em torno das variáveis, pretendendo-se uma relação estreita entre os elementos, de forma que a investigação tenha coerência e lógica. Assim, as variáveis são a base da investigação, necessitam de estar alinhadas com a definição do problema, com os objetivos pretendidos e de acordo com o enquadramento teórico (Fortin, 2009; Vilelas, 2017).

Deste modo, tendo em mente os fatores de risco de desenvolvimento de LMERT, serão consideradas para avaliação as variáveis de cariz:

- As previstas no questionário de caracterização da amostra: sociodemográficos (idade; género; escolaridade; situação profissional e grau de parentesco); relacionados com a prestação de cuidados (há quanto tempo é cuidador; se é o único a prestar cuidados, perceção sobre a adoção de posturas incorretas, perceção de conhecimentos prévios, utilização de produtos de apoio, se o espaço é exíguo e tipo de cuidados que presta); e relacionados com a saúde do cuidador (se já era portador de sintomatologia de LME, a perceção deste sobre a sua saúde e o grau de dependência da pessoa cuidada (Índice de Barthel));
- as previstas no Questionário Nórdico Músculo-Esquelético, para avaliação das LME (pré)existentes, onde se inclui a escala numérica da dor;
- as previstas na Escala de Sobrecarga do Cuidador, para avaliação da sobrecarga;
- as previstas na Grelha de observação e avaliação, distribuídas pelas áreas do conhecimento sobre medidas preventivas de LME, domínio da técnica de posicionamento, domínio da técnica de transferência e preparação do ambiente para a prestação de cuidados.

3.7. JANELA TEMPORAL DA INVESTIGAÇÃO

Neste ponto, procura-se clarificar a planificação das atividades da investigação em função do tempo disponível para a realização da mesma.

Desta forma, o período temporal desta investigação iniciou-se em Dezembro de 2022, com a elaboração do desenho de investigação. Porém, a respetiva colheita de dados iniciou-se apenas a partir de 25 de Fevereiro de 2023, uma vez que careceu da autorização da ULSAM para a realização da mesma (anexo 5), prolongando-se até 31 de Maio do mesmo ano, de forma a permitir a análise dos achados e discussão dos resultados obtidos, em fase posterior.

3.8. OPERACIONALIZAÇÃO DA INTERVENÇÃO FORMATIVA

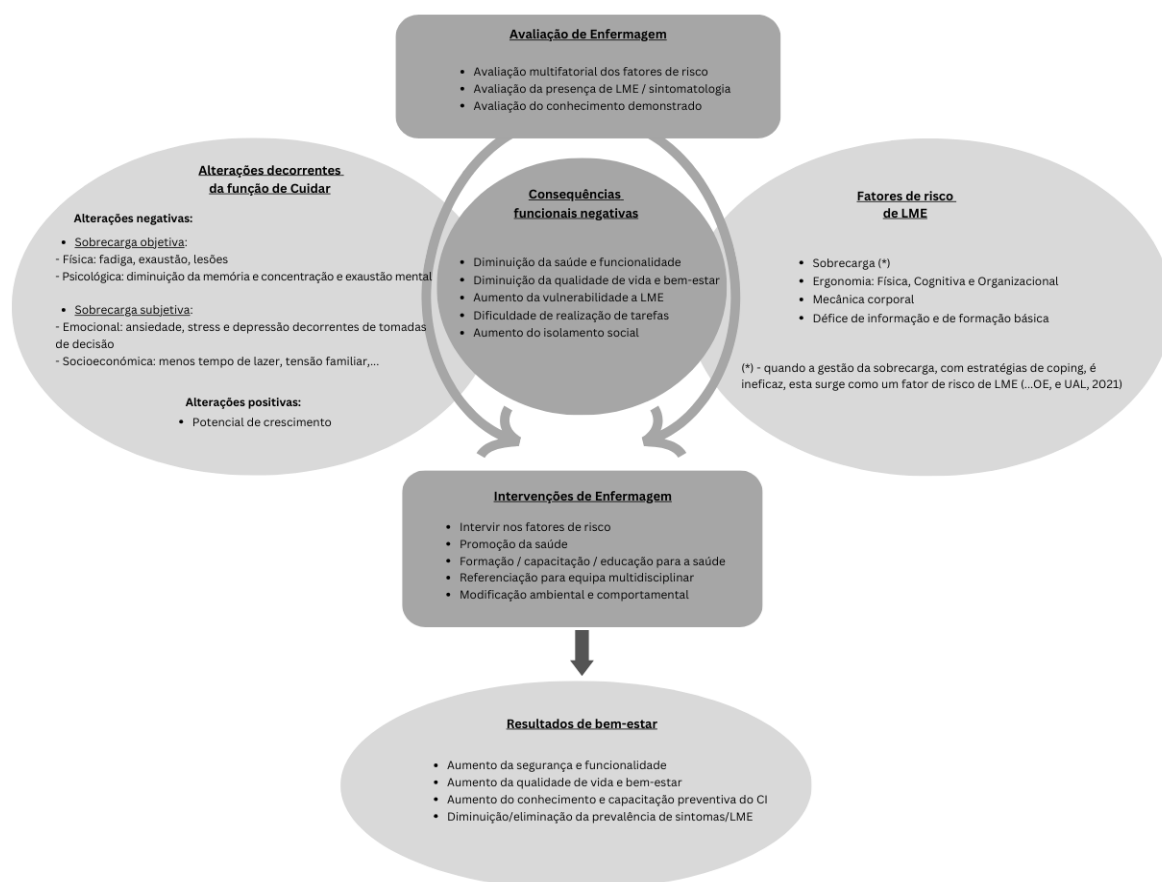
Assim, e de forma a considerar todo o conhecimento teórico adquirido, tanto teorias como pressupostos expressos para a atuação em prevenção de LME nos cuidadores informais, foi necessário proceder à sua organização mediante um esquema de atuação, para que a intervenção enquanto EEER contemplasse todas as dimensões previstas, dando resposta com base na evidência científica.

Recordando a Teoria das consequências funcionais de Miller (2012), toda a ação de enfermagem deve considerar a pessoa, o ambiente, a enfermagem e a saúde. Para tal, deve reconhecer o impacto das alterações provocadas por um fenómeno, atentar aos fatores de risco presentes no seu ambiente e intervir no sentido de minimizar os efeitos negativos oriundos da interação entre os diversos elementos.

Desta forma, e partindo do geral para o específico, entendeu-se que uma adaptação do Modelo de Atuação de Enfermagem segundo a Teoria das Consequências Funcionais de Miller (2012), poderia servir para organizar e operacionalizar o conhecimento reunido. Procedeu-se à adoção do mesmo referencial de atuação, tendo-se encarado como fenómeno gerador de alterações funcionais a sobrecarga intrínseca à função de cuidador, em detrimento do processo de envelhecimento, tendo-se mantido os restantes conceitos e indicações.

De seguida, e no sentido de incorporar os pressupostos da OE, DGS e demais autores, completou-se o resto do Modelo, baseado na teoria das consequências funcionais, tendo emergido uma adaptação do mesmo para atuação em prevenção de LME em cuidadores informais.

Figura 2 - Esquema explicativo da adaptação do Modelo para atuação em prevenção de LME em cuidadores informais (João Marinho, 2024)



(*) quando a gestão da sobrecarga, com estratégias de *coping*, é ineficaz, esta surge como um fator de risco de LME (Sousa et al., 2021).

Tendo como referência esta visão panorâmica, patente na figura anterior, procedeu-se à estruturação da intervenção formativa dada aos cuidadores informais, selecionando os instrumentos de recolha de dados, delineando pontos-chave e áreas a incidir, mediante as indicações da literatura.

A atuação em prevenção, pressupõe haver um reconhecimento e controlo dos efeitos dos fatores de risco de cada problema, limitando o seu impacto e a sua exposição, como forma de diminuir a probabilidade de ocorrer um problema. Assim, considerando a literatura, reconheceu-se ser necessário primeiro perceber quais os fenómenos que acometem o público-alvo da intervenção, para haver um melhor entendimento dos riscos a que está sujeito.

Assim, considerou-se pertinente uma intervenção que atuasse segundo dois eixos principais: na capacitação do cuidador informal para a prevenção de LME, através de abordagens teórico-práticas para transmissão de conhecimento em matérias de mecânica corporal, ergonomia e gestão da sobrecarga, focando a movimentação manual de cargas (técnicas de posicionamento e transferência); e na promoção da saúde do cuidador, através da fomentação de hábitos saudáveis,

como a prática de exercício físico regular, ora visando o reforço muscular e otimizando a capacidade física global do cuidador, ora visando o relaxamento muscular, com recurso a exercícios de alongamento, de forma a aliviar a carga muscular acumulada.

3.8.1 - Descrição da Intervenção Formativa em Prevenção de LME e Gestão da Sobrecarga em Cuidadores informais

Para uma amostra de 14 cuidadores informais (de entre uma lotação máxima de 20 camas de internamento na ECCI), durante a intervenção formativa foram feitos contactos domiciliários em 6 momentos distintos, correspondendo cada momento a 2 interações (contacto bi-semanal), com exceção dos momentos de avaliação, que foram apenas em 1 contacto respetivamente, perfazendo um total de 10 sessões (de aproximadamente 45-60 minutos cada) com cada cuidador informal.

1º momento (1 sessão) - para avaliação inicial. Foi neste momento que se procedeu ao preenchimento dos diferentes instrumentos de colheita de dados, ou seja, Questionário de caracterização da amostra (dados sociodemográficos, dados sobre a prestação de cuidados, dados da perceção sobre a saúde), Questionário Nórdico Musculoesquelético (na versão validada para a população portuguesa), a Escala Numérica da Dor, a Escala da Sobrecarga do Cuidador e, por último, a Grelha de observação e avaliação de comportamentos (conhecimento sobre LME, técnica posicionamento, técnica de transferência, ambiente). Houve também a preocupação com a explicação clara do contributo de cada cuidador informal para o estudo, ressaltando todos os seus direitos, incluindo o de desistência em qualquer momento, sem qualquer detrimento da assistência conferida pela ECCI, tanto ao utente como ao cuidador/família. Importa referir que, após ter sido obtido consentimento de todos os participantes, nenhum abandonou o estudo.

2º momento (2 sessões) - para formação teórica, com recurso a apresentação em PowerPoint (apêndice III), sobre “Prevenção de LME e gestão da sobrecarga em cuidadores informais”, abordando o que são as LME, como surgem e quais os sintomas, as consequências possíveis de quando não são tratadas e como as prevenir, contemplando ainda os pressupostos da ergonomia (física, cognitiva e organizacional) e mecânica corporal (abordando conceitos de postura, alinhamento corporal, equilíbrio, base de sustentação, centro de gravidade e linha de gravidade). Quanto à gestão da sobrecarga, abordaram-se conceitos como a definição de sobrecarga do cuidador, o estabelecimento de limites, os pedidos de ajuda, a utilização de recursos existentes (material e redes de apoio na comunidade) e a necessidade de reservar tempo para as suas próprias necessidades, sendo a comunicação eficaz a base transversal para esses conceitos. Sugeriu-se

também a utilização da prática de exercício físico regular, como uma estratégia possível para a gestão da sobrecarga. Optou-se pela realização de 2 sessões (1ª sessão abordando a sobrecarga e as LME e 2ª sessão abordando a ergonomia e mecânica corporal) de forma a se garantir a aquisição e cimentação de cada conceito, antes de se passar ao conceito seguinte.

3º momento (2 sessões) - para a formação teórico-prática sobre exercícios terapêuticos de relaxamento e fortalecimento muscular. Aqui foi quando se iniciou a apresentação do esquema de exercícios que visavam melhorar a condição física global, com os respetivos exercícios de reforço muscular, bem como os exercícios de alongamento e técnicas de relaxamento, de forma a promover o alívio da tensão musculoesquelética nas diferentes zonas corporais. O esquema de exercícios adotado e implementado, seguiu a lógica de mobilização de todas as articulações, em todos os seus movimentos possíveis, conforme o aplicado aos utentes (apêndice IV - livro de exercícios do cuidador informal). Esta escolha assenta em dois motivos: por um lado, garantir a manutenção das amplitudes articulares e reforço muscular global do cuidador; por outro, garantir que utente e cuidador saibam que exercícios fazer, possibilitando a sua execução diária (e não apenas nas deslocações bi-semanais da ECCI) tanto pelo utente como pelo cuidador, otimizando-se os resultados da reabilitação em ambos. Para tal, e de modo a promover o reforço muscular global no cuidador, focou-se o número mínimo de repetições (10x) em cada movimento, sendo estes exercícios realizados antes da prestação de cuidados, como forma de preparação do corpo para a tarefa a realizar. Por sua vez, os exercícios de alongamento seguiam a mesma lógica de movimentos, focando-se no tempo de execução de cada movimento (5-10 segundos) e não no número de repetições feitas. Estes eram realizados no fim de cada tarefa de grande esforço e/ou no final do dia, visando-se assegurar a redução da tensão musculoesquelética e induzir o relaxamento muscular, prevenindo-se lesões. Desde este momento, era pedida aos cuidadores a execução diária de todos os exercícios de reforço e de alongamento muscular, conseguindo-se efetivamente constatar a sua execução apenas aquando das deslocações da ECCI. Independentemente da sua possível não execução diária, pretendeu-se induzir a adoção de prática de exercício físico regular, garantindo-se um mínimo de 2 vezes por semana.

4º momento (2 sessões) - para ensino, instrução e treino de técnicas de posicionamento, com sessões de cariz teórico-prático. Nestas sessões, que se iniciavam com a prática de exercício para reforço muscular, abordaram-se os aspetos relativos à correta execução da técnica de posicionamento, tanto no leito como em cadeira, contemplando possíveis materiais de apoio para a sua execução facilitada (ex.: lençol de resguardo). Para tal, conforme as indicações presentes no Guia Orientador de Boas Práticas da OE – Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade (2013), abordaram-se nestas sessões, o auxílio na movimentação na cama, o posicionamento em decúbitos

laterais e dorsal e o reposicionamento, com e sem recurso a material de apoio (ex.: lençol de resguardo), respeitando sempre a mecânica corporal para melhor desempenho e lembrando as questões ergonómicas. Assim, atentaram-se a conceitos como o ajuste da cama à altura da articulação coxofemoral (sempre que fosse possível); à colocação do utente o mais próximo do seu corpo; apresentar a coluna em posição ereta face à sua curvatura normal; evitar movimentos de torção em torno do eixo vertical do corpo; manter os pés afastados à largura dos ombros, aumentando a base de sustentação; utilização dos músculos das pernas e ancas com flexão e extensão dos joelhos; e o segurar com firmeza o utente nas regiões escapular, pélvica e/ou poplíteia, sendo estes os parâmetros presentes na grelha de observação e avaliação. Na explicação da execução da técnica, era feita uma abordagem teórica dos diferentes passos que a compõem e de seguida procedia-se à exemplificação da mesma, dando um aporte visual para facilitação da compreensão dos diferentes passos da mesma (1ª sessão). Depois (2ª sessão), após relembrar os conceitos da sessão anterior e de nova demonstração, seguia-se a execução da técnica pelo cuidador, de acordo com os conceitos abordados na mecânica corporal e ergonomia, procedendo-se à sua correção postural sempre que necessário. No final de cada sessão, eram esclarecidas as dúvidas que pudessem existir e realizados os exercícios de alongamento muscular, reforçando-se a sua importância para o alívio da tensão musculoesquelética resultante da(s) tarefa(s).

5º momento (2 sessões) - para ensino, instrução e treino de técnicas de transferência, com sessões de cariz teórico-prático. Nestas sessões, que também se iniciavam com a prática de exercício para reforço muscular reforçando a sua relevância, abordaram-se os aspetos relativos à correta execução da técnica de transferência, contemplando os possíveis materiais de apoio (ex.: cinto e tábua de transferência), mas focando principalmente a execução da técnica com os materiais de apoio existentes em cada domicílio. Assim, buscava-se garantir a adequação da técnica ao cuidador e às particularidades de cada contexto domiciliário, havendo grande heterogeneidade entre os materiais de apoio disponíveis (ex.: grua de transferência vs lençol). Nesta temática, conforme as indicações do Guia Orientador de Boas Práticas da OE – Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade (2013), abordou-se a transferência de e para o leito, os levantamentos da cadeira e a locomoção, mediante a capacidade do utente em realizar marcha. Assim, contemplaram-se aspetos como o ajuste da cama à altura ideal para a transferência (sempre que possível); apresentar a coluna ereta face à sua curvatura normal; afastar os pés à largura dos ombros para aumentar a base de sustentação; utilizar os músculos das pernas e ancas, com flexão e extensão dos joelhos; manter o utente numa posição o mais próxima possível do seu corpo; segurar com firmeza o utente nas regiões escapular, pélvica e/ou poplíteia; evitar a utilização dos músculos das costas, preferindo o uso dos músculos e movimentos de impulsão dos membros inferiores; colocar um pé ligeiramente

à frente do outro; evitar movimentos de torção em torno do eixo vertical do corpo; e a utilização dos músculos das pernas e ancas, com flexão e extensão dos joelhos; todos parâmetros constituintes da grelha de observação e avaliação. Tal como no ensino da técnica de posicionamento, primeiro iniciava-se com a abordagem teórica dos passos que a compõem, seguindo-se a demonstração da técnica a usar (1ª sessão), antes da sua execução pelo cuidador (2ª sessão), após relembrar os conceitos da sessão anterior e nova demonstração, integrando as indicações da ergonomia e mecânica corporal, e com as respetivas correções posturais necessárias. No final de cada sessão, eram esclarecidas as dúvidas que pudessem existir e realizados os exercícios de alongamento muscular, reforçando-se a sua importância para o alívio da tensão musculoesquelética resultante da(s) tarefa(s).

6º momento (1 sessão) - para avaliação final dos parâmetros apreciados. Nesta sessão, que alinhada com as anteriores também se iniciou com a execução dos exercícios de reforço muscular, procedeu-se ao preenchimento de todos os instrumentos de colheita de dados utilizados (com exceção do questionário de caracterização da amostra e o Índice de Barthel), de forma a se poderem comprovar e mensurar os possíveis ganhos decorridos da intervenção, terminando-se novamente com exercícios de alongamento. Foram oferecidas as principais conclusões da sessão teórica (folheto de “Prevenção de LME e gestão da sobrecarga em cuidadores informais” (apêndice V)) e também oferecido o livro “Prevenção de Lesões Músculo-Esqueléticas - Exercícios que fazem a Diferença” (elaborado especificamente para esta intervenção formativa), que explica e demonstra os exercícios utilizados durante a intervenção (incluindo algumas variações possíveis), de forma que tanto cuidadores como pessoas cuidadas pudessem consultar para o esclarecimento de dúvidas e/ou manter a prática conjunta de exercício físico.

3.9. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Quando a investigação é feita sobre seres humanos, esta tem de respeitar princípios éticos legais, de forma a proteger os direitos e liberdades das pessoas participantes. Desta forma, são elencados os cinco pilares que são aplicáveis às investigações com seres humanos, devendo-se respeitar: o direito à autodeterminação; o direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo; o direito ao anonimato e à confidencialidade; o direito a um tratamento justo e equitativo; o direito à intimidade (Fortin, 2009, Vilelas, 2020).

Assim, atentando aos pilares éticos e legais anteriormente mencionados, submeteu-se a investigação à Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde do IPVC, obtendo-se parecer favorável. Da mesma forma, foi efetuado um pedido à UCC onde decorreu a investigação, com parecer favorável, para que fosse aplicado o questionário aos participantes. Por sua vez, foi

ainda necessária a participação voluntária no processo de investigação, que se efetiva com a aplicação do consentimento informado aos participantes do estudo (apêndice VI), constituindo-se uma base legal que garante os procedimentos de proteção dos direitos humanos, podendo a pessoa decidir livremente sobre a sua ou não participação no estudo, sempre após a transmissão de toda a informação essencial, compreensão da mesma e suas implicações (Fortin, 2009; Vilelas, 2017).

O projeto de investigação foi ainda submetido à Comissão de Ética da ULSAM (anexo 5), tendo sido aprovado e obtido autorização pela administração da mesma entidade.

Por fim os questionários foram codificados segundo um código alfanumérico, visando facilitar a consulta enquanto se mantém o anonimato, importando ainda referir que toda a colheita de dados só se iniciou após a autorização de todas as entidades visadas.

3.10. TRATAMENTO DE DADOS

Segundo Fortin (2009), o tratamento de dados deve ser feito em função das variáveis em estudo e da sua operacionalização, sujeitando-se à estratégia de análise estatística considerada.

Assim, atendendo ao carácter quantitativo do estudo, para o tratamento de dados, recorreu-se à análise dos mesmos através do programa informático Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versão 28.0, para uma análise estatística inferencial e descritiva da amostra em estudo.

A análise estatística envolveu medidas de estatística descritiva (frequências absolutas e relativas, médias e respetivos desvios-padrão) e estatística inferencial. Nesta, utilizou-se o teste da mediana, o coeficiente de correlação de Spearman, o teste de Mann-Whitney e o teste de Wilcoxon. O nível de significância assumido foi fixado em $(\alpha) \leq .05$.

4. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Considerando a bibliografia pesquisada e a questão de partida levantada, procura-se neste ponto fazer uma apreciação dos resultados obtidos, relacionando-os com o enquadramento teórico. Assim, tendo por base a bibliografia analisada, previa-se que a prevalência de sintomatologia LMERT no final do estudo fosse menor no público-alvo e a sobrecarga percebida não aumentasse, podendo mesmo diminuir, demonstrando-se assim a pertinência de existir uma formação básica (alteração causal de um sistema) direcionada a cuidadores informais nas temáticas abordadas (princípios sobre ergonomia, mecânica corporal e sobrecarga, técnicas de mobilização manual de utentes, exercícios terapêuticos de relaxamento e de fortalecimento muscular), a par com a prestação de cuidados, tendo por base o modelo adaptado de operacionalização utilizado.

4.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Após a aplicação dos critérios de inclusão, tal como expresso no Quadro 2, a investigação obteve a colaboração de um total de 14 cuidadores informais, sendo que a média de idades era 64 anos, variando entre um mínimo de 30 (1 cuidador) e um máximo de 84 anos (1 cuidador), ressalvando-se que apenas 2 cuidadores informais tinham idade inferior a 50 anos, podendo esta variável (maior idade) determinar maior vulnerabilidade ao desenvolvimento de LME. Os dados obtidos alinham-se com o previsto pelo MTSSS (2017) pois, com exceção de apenas 1 cuidador, os restantes 13 apresentam idades superiores a 45 anos, sendo que 4 cuidadores ultrapassam o limite de idades definido (75 anos). Esta circunstância poderá estar relacionada com o facto da maioria dos cuidadores informais terem uma relação afetiva de cônjuge (57.1%) e, por isso, apresentarem idade já avançada, ou seja, são os seniores independentes quem cuida dos idosos com dependência (Beisgen & Kraitchman, 2003, citado por Rodrigues, 2018). Seria de esperar que as pessoas mais velhas tivessem mais dificuldades na prestação de cuidados, designadamente na mobilização da pessoa cuidada, ou que pessoas com limitações físicas vissem dificultado o seu cuidado. No entanto, na investigação conduzida por Sousa et al (2021), observa-se que mesmo os cuidadores mais jovens relatam acidentes aquando da mobilização manual da pessoa cuidada, seja posicionamento ou transferência, manifestando receio de novas ocorrências. Isso determina que, segundo estes autores, a idade não é um fator determinante para a ocorrência de acidentes com a mobilização manual de doentes dependentes.

Doze dos cuidadores informais da amostra são do género feminino (85.7%), algo que se alinha com os achados de estudos de diversos autores (Dantas, 2020; Matos, 2017; MCCI, 2021; MTSSS, 2017; OCDE, 2019; Rodrigues, 2018; Sousa et al., 2021), e que tende a ser considerado como um fator de risco, uma vez que o facto de as mulheres apresentarem menor força muscular, poderá explicar a maior prevalência de sintomatologia de LME face aos homens (Santos, 2015; Karsch, 2003, citados por Matos, 2017), o que determina haver um maior risco desta população de perda de capacidade funcional e maior potencial no desenvolvimento de LME. De facto, Rodrigues (2018) refere que, tanto a nível institucional quanto ao nível domiciliário, a função de cuidar é maioritariamente desempenhada por mulheres, representando cerca de 2/3 do total de cuidadores formais ou informais, devendo-se provavelmente aos aspetos históricos e culturais do cuidado a outrem.

No que diz respeito à escolaridade, 85.7% da amostra tinha o 3º ciclo (42.9%) ou menos (42.8%) e apenas 2 cuidadores informais tinham o nível secundário (14.3%). Estes dados encontram similaridades com o estudo de Dantas (2020), que também apurou que a maioria dos cuidadores apresentavam baixa escolaridade, indo igualmente de encontro aos resultados enunciados pelo MTSSS (2017), que aponta ser esta a realidade vigente. Conforme refere Rodrigues (2018), o nível de ensino relaciona-se diretamente com o risco de morbilidade da pessoa dependente, podendo conduzir a situações de risco, como a desnutrição, infeções, obstipação ou incapacidade funcional. Estes riscos são passíveis de serem prevenidos pelos cuidadores informais, na medida em que se verifica que, segundo estudos realizados, um maior nível de escolaridade revela-se um fator potenciador de uma melhor avaliação do funcionamento físico, cognitivo e emocional da pessoa cuidada e da avaliação da qualidade de vida geral do cuidador informal. Assim, pode-se afirmar que os dados obtidos estão de acordo com a realidade verificada em outros estudos similares (Rodrigues, 2018).

Relativamente à situação profissional, como é possível verificar no Quadro 3, 8 dos cuidadores são ativos (57.13%), dois dos quais se encontravam em situação de baixa médica temporária (14.23%), 5 estão já reformados (21.47%) e 1 está desempregado (7.14%). Assim, constata-se que a maioria da amostra é então ativa, estando alinhado com os dados do MTSSS (2017), o que pode determinar uma maior vulnerabilidade ao desenvolvimento de LME, pois estas são desencadeadas pela utilização excessiva das estruturas anatómicas do sistema musculoesquelético associadas à falta de tempo para a completa recuperação das mesmas (Duarte et al., 2017, citado por Pereira, 2021). Este resultado é semelhante a outros trabalhos de investigação, nos quais se verificou que a coexistência da vida profissional ativa promove a perceção de maior sobrecarga (Neves, 2016),

ressalvando-se que, por oposição, a ausência de atividade profissional paralela à prestação de cuidados se pode afigurar como uma oportunidade de realização pessoal, através da função de cuidar (Matos, 2017; Rodrigues, 2018).

No que concerne à relação de parentesco com a pessoa cuidada, verifica-se que a maioria da amostra (57.1%) era cônjuge, ou seja, 8 dos cuidadores informais eram o marido/mulher, 4 eram amigos ou vizinhos (28.6%) e 2 eram filhos (14.3%), algo que se encontra alinhado com Sousa et al. (2021), pois afirmam que na sua maioria, os cuidadores informais são familiares próximos, tais como esposas e filhas/noras, podendo também ser amigos, conhecidos e/ou vizinhos, que prestam cuidados não remunerados a um indivíduo. Por sua vez, os dados são igualmente corroborados por Rodrigues (2018), onde identifica que a prestação de cuidados é maioritariamente realizada por familiares, sejam cônjuges, filhos ou outros, fomentado pelos vínculos afetivos e à proximidade da residência. Considerando as idades da maioria dos cuidadores da amostra, percebe-se que os dados obtidos se alinham com os da OCDE (2019), pois com idades tão avançadas, é previsível que a relação de parentesco seja conjugal. Porém, os resultados obtidos estão desalinhados com o inquérito realizado pelo MCCI (2021), na medida em que este estudo aponta que a maioria cuida dos seus pais (51.4% vs 14.3%), seguidos daqueles que cuidam dos cônjuges (18% vs 57.1%) e dos filhos (12.7% vs 0%).

Quadro 3 - Caracterização sociodemográfica

N=14		N	%
Idade (M; DP)		64,1	15,8
Género	Feminino	12	85,7
	Masculino	2	14,3
Escolaridade	1º ciclo	3	21,4
	2º ciclo	3	21,4
	3º ciclo	6	42,9
	Secundário	2	14,3
Situação profissional	Ativo	6	42,9
	Desempregado	1	7,1
	Aposentado	5	35,7
	Baixa	2	14,3
Parentesco	Cônjuge	8	57,1
	Filho	2	14,3
	Outro	4	28,6

A média de tempo de exercício da função de cuidador era de 30 meses (2.5 anos), variando entre um mínimo de 2, referido por 3 cuidadores informais, e um máximo de 168 meses (14 anos), referido apenas por um. Araújo et al. (2016) comprovam existir uma relação direta entre a duração da função de cuidador e a perceção de sobrecarga, afirmando que a exposição prolongada ao contexto de prestação de cuidados, potencia o surgimento de sobrecarga. No seu estudo, Dantas (2020) apurou que, no que respeita aos níveis de sobrecarga dos cuidadores informais relativamente ao período de prestação de cuidados em meses ou anos, dos cuidadores que apresentam sobrecarga intensa cerca de 53,7% cuidam da pessoa dependente há mais de 3 anos,

19,5% cuidam há mais de 1 ano e 26,8% cuidam há menos de 1 ano. Contudo, de acordo com Matos (2017), o tempo decorrido na função de cuidador pode implicar repercussões no mesmo, referindo que a sobrecarga/stress é mais intensa no início da função, podendo vir a diminuir consoante o cuidador adquire mais competências e se adapta à nova situação. Porém, perante uma média de 2.5 anos na função de cuidador da amostra, constata-se que esta não é a realidade por eles vivida, pois apresentam sobrecarga intensa.

Em 29% dos casos, o cuidador informal era a única pessoa a prestar cuidados e os restantes 71% tinham ajuda de outras pessoas na prestação dos mesmos. Para Sequeira (2013), é previsível que com o avançar do tempo, o cuidador principal deixe de ser o único a assegurar os cuidados necessários, facto confirmado por outros autores, que afirmam que a ajuda de terceiros para a manutenção da pessoa dependente no domicílio se torna indispensável, pois é necessário considerar que, há medida que a dependência da pessoa cuidada aumenta, também aumenta a responsabilidade e, consequentemente, a dificuldade na prestação de cuidados (Rodrigues, 2018). Dantas (2020) também verificou que a maioria dos cuidadores informais (54.2%), sobretudo os com idades mais avançadas, frequentemente possuíam um segundo cuidador, que por norma substitui o cuidador principal, quando este se ausenta. Na verdade, num outro estudo realizado em Portugal, e citado por Rodrigues (2018), o autor refere que a franca maioria dos cuidadores reunia apoios provenientes de outros familiares, vizinhos, Segurança Social, Centro de Saúde e/ou Santa Casa da Misericórdia (Imaginário, 2004, citado por Rodrigues, 2018).

No que concerne à perceção das posturas adotadas durante a prestação de cuidados, a maioria (78.6%) dos cuidadores indicou ter noção de adotar posturas incorretas. Segundo identifica Sampaio (2019), um dos principais fatores de risco ao desenvolvimento de LME, e que se apresenta como obstáculo à adoção de comportamentos adequados à correta realização de tarefas, é a falta de consciência postural e de conhecimentos básicos sobre os princípios de ergonomia e mecânica corporal. Esta visão é corroborada por Pereira (2021), pois afirma que as posturas incorretas, a par com os esforços físicos repetidos e continuados, promovem o desenvolvimento deste tipo de lesões, reconhecendo ainda que, a função de prestação de cuidados está intrinsecamente exposta a diversos fatores de risco no seu quotidiano, considerando os prestadores de cuidados (formais e informais) uma população de risco (Serranheira, Sousa-Uva & Sousa-Uva, 2015). Por sua vez, Shieh et al (2016) e Sampaio (2019) acrescentam que a exigência física implícita nas atividades de prestação de cuidados, a adoção de posturas incorretas, as condições adversas (espaço disponível, equipamento desadequado e/ou antiquado) e a exposição a diversas cargas, são fatores que têm

relação entre si e que juntos contribuem para o desenvolvimento de LME (Azevedo, Nery, & Cardoso, 2017; Karino et al., 2015, citados por Pereira, 2021).

Do total da amostra, 71.4% assumiu não ter nenhum conhecimento sobre movimentação manual de doentes, mecânica corporal e ergonomia, tendo os restantes 28.6% de cuidadores referido possuir algum conhecimento sobre estas temáticas, adquirido empiricamente e/ou pela partilha de conhecimento com outros prestadores de cuidados, tanto formais como informais. Para Sousa et al. (2021), um dos aspetos mais determinantes na prevenção da LME são as características físicas dos cuidadores (ex.: antropométricas, biomecânicas) associadas ao domínio de técnicas de transferência, mobilização e posicionamento, áreas onde é imprescindível o conhecimento sobre mecânica corporal e ergonomia. Relembrando a Eurocarers (2020), quem inicia a função de cuidador fá-lo, na maior parte das vezes, sem preparação prévia, o que acarreta níveis consideráveis de sobrecarga física, emocional, social e financeira, sendo estas agravadas se houver falta de conhecimento, de habilidades e de apoio. Assim, é então fulcral incidir na sua formação/capacitação nomeadamente ao nível do conhecimento, do domínio das técnicas, da segurança face à prestação e da proteção pessoal do cuidador (Matos, 2017). Na verdade, em vários estudos realizados, os cuidadores informais apontam a falta de apoio e o insuficiente acompanhamento de enfermagem, ao nível da formação para o desenvolvimento de capacidades e competências para cuidar, como um dos fatores que condicionam a qualidade da prestação de cuidados à pessoa dependente e contribuem para a degradação da saúde dos cuidadores.

Segundo Mendes et al. (2019), as principais dificuldades sentidas pelos cuidadores informais prendiam-se com a impreparação para a tarefa, consequência da falta de formação, algo que é igualmente corroborado por outros autores. Também Matos et al (2022), reforça a importância do conhecimento em ergonomia e mecânica corporal, como disciplinas indispensáveis à correta aplicação das técnicas de mobilização/transferência de utentes, de modo a prevenir LME. Estes autores referem ainda que este conhecimento é apenas valorizado pelos cuidadores após constatarem o alívio das dores das regiões anatómicas afetadas (ex.: região lombar, ombros, etc.), defendendo a necessidade de haver formação de atualização de saberes que culmine na melhoria da qualidade dos cuidados prestados, tanto face ao utente como na ótica do cuidador.

Neste contexto, a formação afigura-se como um auxílio aos cuidadores informais, fomentando uma maior confiança no desempenho das tarefas de cuidar, reduzindo stress, ansiedade e frustração, podendo contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos cuidadores e dos cuidados que presta à pessoa dependente, podendo implicar ainda na redução dos custos relacionados com os cuidados

de saúde (Akgun-Citak et al., 2020; Aksoydan et al., 2019). Contudo, importa referir que ainda se constata haver défice na oferta formativa para cuidadores informais (Sousa et al., 2021).

Apenas 28.57% dos cuidadores afirmou não utilizar quaisquer produtos de apoio na movimentação manual do seu familiar (ajudas técnicas e dispositivos de compensação), sendo que os restantes 71.43% indicaram utilizar mais do que um, onde o lençol de transferência foi o mais evocado, seguindo-se a tábua e o elevador de transferência. Dos quatro cuidadores que não possuíam camas articuladas sublinha-se que, após articulação com a assistente social, as mesmas foram providenciadas pela UCC, mediante disponibilidade de recursos materiais, a três desses cuidadores, atendendo ao facto de o último não apresentar necessidade imediata na sua utilização, pois a pessoa cuidada mantinha uma reduzida dependência ao nível da transferência, requerendo mais incentivo e supervisão do que a sua substituição na tarefa.

Relembrando as competências específicas do EEER, é a este profissional que cabe a responsabilidade de formar e aconselhar sobre produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação), mediante os recursos disponíveis e promover a adaptação à realidade de cada ambiente, no qual se inserem os prestadores de cuidados (OE, 2013). De facto, Pereira (2021) defende que é este profissional quem tem a missão de formar os prestadores de cuidados (formais e informais) sobre a ergonomia profissional na realização das tarefas, visando minimizar os efeitos negativos para a sua saúde, derivados das posturas incorretas adotadas. É ainda responsável pela capacitação para a utilização dos meios auxiliares disponíveis, de forma a não colocar em risco a sua integridade física e prevenindo o aparecimento de LME, bem como evitar a mobilização de cargas superiores ao que é preconizado pela Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho (Pereira, 2021), uma vez que os esforços diários excessivos (aqueles que excedem as reais capacidades físicas do cuidador), quando associados a um descanso insuficiente levam, de forma voluntária ou involuntária, a negligenciar a sua própria saúde (Burton et al., 1997, citados por Matos, 2017). Neste sentido, aos quatro cuidadores que revelaram não utilizar produtos de apoio aquando da mobilização manual de doentes, foi abordada a temática de forma mais pormenorizada, tendo-se reforçado o ensino, instrução e treino de mobilização manual de doentes com recurso, principalmente, a lençol de transferência, uma vez que, de todos os produtos de apoio, ser este o que reúne, por um lado, a facilidade de aplicação e, por outro, implica um custo financeiro residual.

No que respeita ao espaço exíguo para a prestação de cuidados, verificou-se que três domicílios, pelas suas características arquitetónicas, condicionavam a liberdade de movimentos e/ou obrigavam à adoção de posturas incorretas, sublinhando-se que estes três cuidadores (21.43%) se

inserir no conjunto dos que não utilizavam qualquer produto de apoio na prestação de cuidados. De facto, Sampaio (2019), na sua revisão de literatura, identificou como um dos principais fatores de risco ergonómico a adoção de posturas inadequadas/forçadas com flexões diversas, o que potencia o desenvolvimento de doença musculoesquelética, especialmente na região lombar. Já Magalhães et al. (2021) afirma haver relação entre a ocorrência de LME e as condições habitacionais e a utilização de equipamento/mobiliário desadequado. Desta forma, paralelamente à formação sobre a utilização de lençol de transferência a estes cuidadores, explorou-se a possibilidade de otimização do espaço dedicado à prestação de cuidados, que envolveu, sobretudo, a remoção/reorganização do mobiliário existente, de forma a permitir uma maior liberdade de movimentos, sem obrigar à adoção de posturas incorretas.

Relativamente ao tipo de cuidados prestados diariamente à pessoa dependente pelos cuidadores informais, verifica-se que eram mais frequentemente prestados os cuidados de higiene no leito/chuveiro e mobilização/transporte do doente (85.7%), seguindo-se com menor expressão outros como a alimentação e administração de medicação. Segundo vários autores, estes cuidados apresentam um risco acrescido de LME, uma vez que são impostos níveis elevados de tensão física aos cuidadores que assistem nas AVD dos doentes dependentes, nomeadamente, nos cuidados de higiene, vestir/despir, posicionar, transferir e transportar, entre outros. Isto deve-se ao facto de todas as tarefas mencionadas implicarem a mobilização manual de doentes, ou seja, implicam a movimentação ou reposicionamento de pacientes, seja no leito ou em cadeira, ou em qualquer outra mudança de postura e/ou superfície (Matos, 2017). Também para Pereira (2021), o esforço físico diário inerente ao manuseio de pacientes/levantar de cargas se apresenta como um dos principais fatores de risco ergonómico para o aparecimento de LME, sendo exemplo os cuidados como alimentação, higiene pessoal, mudança de roupa da cama, o levantar de cargas e/ou o transporte de pacientes. Esta visão encontra fundamento também em Shieh et al. (2016), quando referem que há uma crescente tendência de ocorrer lesão provocada pelo esforço físico associado ao posicionamento e transferência de pacientes, especialmente quando se executa de forma repetida, sendo agravado o risco quando combinada com restrições físicas e/ou ergonómicas e resultando em stress fisiológico no prestador de cuidados. Atendendo a que os ensinamentos realizados ao cuidador informal são feitos, maioritariamente, no dia da alta hospitalar, e focados, basicamente, nos cuidados de higiene, percebe-se que os mesmos não ficam capacitados para a correta mobilização manual de doente, o que se traduz por um risco acrescido de ocorrência de lesão. Assim, perante esta realidade, cabe aos profissionais de enfermagem promover sessões de educação para a saúde, de forma a minimizar a ocorrência das mesmas (Matos, 2017).

Quadro 4 - Caracterização da prestação de cuidados.

N=14		N	%
Tempo como cuidador em meses (M; DP)		30,2	49,7
Única pessoa	Não	10	71,4
	Sim	4	28,6
Posturas incorretas	Não	3	21,4
	Sim	11	78,6
Conhecimentos	Não	10	71,4
	Sim	4	28,6
Produtos de apoio	Não	4	28,6
	Sim	10	71,4
Espaço exíguo	Não	11	78,6
	Sim	3	21,4
Cuidados diários	Higiene	12	85,7
	Posicionamentos	11	78,6
	Transferência de e para a Cama	11	78,6
	Transferência de e para a Cadeira	9	64,3
	Mobilidade e Transporte	12	85,7

No que diz respeito à percepção sobre a sua saúde, um pouco mais de metade dos cuidadores informais (57.1%) indicou que, antes de começar a cuidar do seu familiar, era portador de algum

sintoma/patologia do foro musculoesquelético, sendo que metade da amostra considera que a sua saúde piorou depois de iniciar a função de cuidar, tendo em média classificado a sua saúde em 5.7 (numa escala até 10, onde 0 – muito fraca; 10 – muito boa), ligeiramente acima, mas não de forma significativa ($p = .224$) do ponto médio de avaliação da escala. Efetivamente, são frequentemente referidos na literatura, os efeitos nefastos sentidos pelos cuidadores informais ao nível da sua saúde física e mental, sendo amiúde relatados casos de maior incidência de doenças psiquiátricas, doenças somáticas e sintomas de alterações do seu bem-estar físico (Martins et al., 2003, cit in Rodrigues, 2018). Estes dados podem ser explicados por Alves (2015), que afirma existir uma correlação positiva entre a prestação de cuidados (pelo cuidador informal) e problemas de saúde, como a ansiedade, irritabilidade, desgaste físico e fadiga. Por sua vez, outros estudos corroboram estas afirmações, reforçando que, frequentemente, os cuidadores apresentam pior percepção sobre a sua saúde e maior noção de gravidade da situação, quando comparados a não cuidadores (Rodrigues, 2018).

No que respeita aos dados obtidos pelo Índice de Barthel, que mede o grau de dependência da pessoa, verifica-se, pela análise do Quadro 5, que sete cuidadores (50%) tinham a seu cargo pessoas com dependência moderada (sendo esta a classificação mínima obtida na amostra), um cuidava de uma pessoa com dependência grave (7.1%) e os restantes (42.9%) cuidavam de pessoas com dependência total. Assim, percebe-se que estes cuidadores estão sujeitos a um maior risco de LME, por via de um esforço físico acrescido, decorrente da necessidade de maior substituição da pessoa na função, na qual se inclui a mobilização manual de doentes. A este nível, Oldenkamp et al. (2017) estabelecem uma relação entre a deterioração e fragilidade da pessoa cuidada com a diminuição da qualidade da vida do cuidador informal, aferindo que quanto maior for o grau de dependência e fragilidade da pessoa cuidada, menor será a qualidade de vida do respetivo cuidador informal (Sousa et al., 2021). Para tal, conforme corroborado por diversos autores, a prática regular de exercício físico ganha especial relevo, pois confere uma tonificação da musculatura que é preponderante para a prevenção de LME e de um grande número de patologias, entre as quais se destacam as doenças musculoesqueléticas, visando promover a melhoria do estado geral de saúde (Pereira, 2021).

Quadro 5 - Caracterização da percepção da saúde.

N=14		N	%
Portador de algum sintoma	Não	6	42,9
	Sim	8	57,1
Saúde	Piorou	7	50
	Manteve-se	7	50
Situação de saúde (M; DP)		5.7	2.1
Í. Barthel	Dependência total	6	42,9
	Dependência grave	1	7,1
	Dependência moderada	7	50

De acordo com a caracterização da amostra, pode-se verificar que a mesma é heterogénea, sendo composta por pessoas com condições sociodemográficas contrastantes. Porém, verificam-se ainda similaridades, sobretudo ao nível de: tipo de cuidados prestados, sejam cuidados de higiene, mobilização manual de doentes e transferências (85.7%); da sua percepção sobre adoção de posturas incorretas durante a prestação de cuidados (78.6%); e da percepção detida sobre conhecimentos prévios relativos à mecânica corporal e ergonomia (71.4%). Mais de metade da amostra (57.1%) referiu já apresentar sintomatologia de LME antes de iniciar a função de cuidador, mas metade da amostra (50%) reconhece que a sua saúde piorou após assumir a função de cuidador. Importa referir que nenhum cuidador manifestou melhoria da sua saúde após iniciar essa função. Isto vem de acordo com Rodrigues (2018), pois é frequentemente identificado nos cuidadores sintomas de cansaço físico e sensação de perda de saúde, desde que se dá início à tarefa de cuidar, sendo frequente os cuidadores informais referirem deterioração do estado de saúde em geral, tal como comprovam alguns estudos de investigação que demonstram que, comparando cuidadores informais com aqueles que não têm essa responsabilidade, os cuidadores percecionam a sua saúde como sendo pior, tem mais patologias crónicas e um estado de pior saúde geral. Outro dado comum, é o facto de 100% serem cuidadores de pessoa dependente em grau moderado (50%), grave (7.1%) ou total (42.9%), com um tempo médio de 30 meses na função de cuidador, onde 29% se afiguram como os únicos prestadores de cuidados à pessoa dependente.

4.2. AVALIAÇÃO DOS CONHECIMENTOS E COMPORTAMENTOS DEMONSTRADOS

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2018), é principalmente do enfermeiro a responsabilidade de treinar os familiares em novas habilidades e competências, necessárias ao cuidado e recuperação da autonomia da pessoa doente, pelo que se torna fulcral a capacitação do cuidador informal, devendo assumir-se como uma prioridade. Por sua vez, Rodrigues (2014, citado por Matos, 2017) realça a importância do EEER na oferta formativa específica para cuidadores informais, pois o EEER tem um papel basilar na comunidade, tanto na prestação de cuidados diretos à pessoa/família, como também no âmbito da formação/educação para a saúde, atendendo a que a partilha de conhecimento com a comunidade promove a sua saúde e poder.

Neste sentido, torna-se pertinente perceber quais os benefícios decorridos de intervenção formativa ministrada, de forma a perceber a eficácia da mesma no que respeita aos parâmetros avaliados, no contexto de prevenção de LME. Para tal, procedeu-se à aplicação da grelha de observação e avaliação, nos dois momentos avaliativos, avaliando-se com resposta sim ou não o conhecimento detido pelos cuidadores informais sobre mecânica corporal e ergonomia, e sua integração/demonstração nos comportamentos demonstrados relativamente à correta execução das técnicas de posicionamento e transferência, e ainda a preparação do ambiente para a prestação de cuidados.

Quadro 6 - Conhecimentos e comportamentos demonstrados pelos cuidadores informais antes e após a formação.

	N=14	Total de cuidadores com respostas SIM		Percentagem de respostas SIM	
nº	Questão	Antes	Após	Antes	Após
1	O cuidador demonstra conhecimento sobre LMERT	7	14	50%	100%
2	O cuidador demonstra conhecimento sobre mecânica corporal	3	14	21.42%	100%
3	O cuidador demonstra conhecimento sobre medidas preventivas de LMERT	3	14	21.42%	100%
4	O cuidador demonstra conhecimento sobre dispositivos auxiliares	11	14	78.57%	100%
5	O cuidador utiliza medidas preventivas de LMERT pelo prestador de cuidados	3	14	21.42%	100%
6	▪ Ajusta a altura da cama à articulação coxofemoral	3	7	21.42%	50%

7	▪ Mantém o doente numa posição o mais próxima possível do seu corpo	6	13	42.85%	92.85%
8	▪ Apresenta a coluna em posição ereta face à sua curvatura normal	4	12	28.57%	85.71%
9	▪ Evita movimentos de torção em torno do eixo vertical do corpo	0	11	0%	78.57%
10	▪ Afasta os pés à largura dos ombros, aumentando a base de sustentação	6	13	42.85%	92.85%
11	▪ Utiliza os músculos das pernas e das ancas com flexão e extensão dos joelhos	1	13	7.14%	92.85%
12	▪ Segura com firmeza o doente na região escapular, pélvica e/ou região poplíteia	12	12	85.71%	85.71%
13	▪ Ajusta a cama à altura ideal para a transferência	2	5	12.28%	35.71%
14	▪ Apresenta a coluna em posição ereta face à sua curvatura normal	3	10	21.42%	71.42%
15	▪ Afasta os pés à largura dos ombros, aumentando a base de sustentação	4	12	25.57%	85.71%
16	▪ Utiliza os músculos das pernas e das ancas com flexão e extensão dos joelhos	0	12	0%	85.71%
17	▪ Mantém o doente numa posição o mais próxima possível do seu corpo	10	12	71.42%	85.71%
18	▪ Segura com firmeza o doente na região escapular, pélvica e/ou região poplíteia	9	10	64.28%	71.42%
19	▪ Evita a utilização dos músculos das costas, utilizando os músculos e movimento de impulsão dos membros inferiores	1	12	7.14%	85.71%
20	▪ Coloca um pé ligeiramente à frente do outro	3	9	21.42%	64.28%
21	▪ Evita movimentos de torção em torno do eixo vertical do corpo	0	12	0%	85.71%
22	▪ Utiliza os músculos das pernas e das ancas com flexão e extensão dos joelhos	0	12	0%	85.71%
23	O cuidador demonstra conhecimento sobre técnica de vestir/despir/calçar	12	14	85.71%	100%
24	O cuidador demonstra conhecimento sobre adaptação do domicílio para os cuidados	12	14	85.71%	100%

Iniciando a apreciação dos resultados obtidos pela dimensão “conhecimentos”, sobre mecânica corporal e ergonomia, LMERT e produtos de apoio, os valores apresentados antes da formação eram de 1.93 em 5 itens avaliados, o que evidencia as falhas formativas dos cuidadores informais nestas áreas. O conhecimento demonstrado pelos cuidadores informais representava, em média, 38.6% do total de conhecimento considerado necessário para a prevenção de LME, ou seja, um déficit substancial ao nível dos conhecimentos.

Os dados obtidos antes da formação, refletem as carências formativas e conceituais, demonstrando desconhecimento relativo a posturas corretas e alinhamento corporal, equilíbrio, base de sustentação, centro de gravidade e linha de gravidade, algo que a OE (2013) defende ser essencial para compreender e integrar na prática dos cuidados os conceitos as medidas preventivas de LME. Por sua vez, para a IEA (2019), a ergonomia tem como principal objetivo possibilitar a realização de uma atividade adequando os recursos e o meio ao trabalhador, garantindo o seu conforto e bem-estar e reduzindo os riscos de acidentes de trabalho e/ou doenças laborais. Desta forma, percebe-se que qualquer intervenção formativa na prevenção de LME deve contemplar estas áreas.

Face ao exposto, efetivamente após a formação, o conhecimento demonstrado sobre mecânica corporal e ergonomia subiu para 5/5, sendo significativamente mais elevado depois da formação (5.00 vs 1.93), $Z = -3.341$, $p \leq .001$. Os ganhos obtidos ao nível do conhecimento sobre mecânica corporal e ergonomia, LMERT e produtos de apoio representam um aumento de 61.4% do conhecimento detido sobre estas matérias pelos cuidadores após a formação, o que revela ter havido aquisição e integração do conhecimento lecionado, contribuindo para a capacitação dos cuidadores na prevenção de LME.

Na dimensão da “técnica de posicionamento”, a média de itens demonstrados relativos à correta execução da técnica era de 2.29 em 7 itens avaliados, o que representa 32.7% de itens certos face ao total de itens avaliados nesta dimensão.

Segundo a APSEI (2022), aspetos como a má postura corporal, repetitividade e aplicação de força, movimentação manual de cargas com movimentos de torção/flexão, são relevantes para o desenvolvimento de LME. Porém, após a intervenção formativa, a média de itens demonstrados de forma correta foi de 5.79/7, o que representa um total de 82.7% de respostas corretas na execução desta técnica, sendo os valores significativamente mais elevados depois da formação. Assim, verifica-se que houve uma melhoria expressiva de 50% na aquisição e demonstração de conhecimento teórico-prático da técnica lecionada, (5.79 vs 2.29), $Z = -3.210$, $p \leq .001$.

Desta forma, percebe-se que a formação teve um papel relevante na promoção da aquisição e integração do conhecimento sobre técnica de posicionamento, havendo um decréscimo acentuado

no número de erros demonstrados na execução após a formação, o que contribui para uma melhor capacidade preventiva de LME no cuidador.

Na dimensão da “técnica de transferência”, a média de itens demonstrados corretamente era de 2.36/10 itens, antes da formação, o que representa 23.6% de itens certos do total avaliado, revelando igualmente falhas consideráveis na correta execução desta técnica, afigurando-se como um fator de risco elevado para o desenvolvimento de LME.

Relembrando a OE (2013) e a APSEI (2022), sublinha-se a importância da necessidade de capacitação dos cuidadores informais para a prevenção de LME, atendendo a que estas são potenciadas pela exposição prolongada aos fatores de risco, tanto ergonómicos como biomecânicos, onde se insere a mobilização manual de utentes. Já Magalhães et al. (2021) aponta que a ocorrência de LME pode ser determinada por variáveis como as condições habitacionais, a utilização de equipamento e mobiliário inadequado. Desta forma, é fulcral o EEER proceder à avaliação do ambiente e cuidador, numa fase inicial e sempre que pertinente, e com consequente capacitação destes para a prevenção das LME.

Atendendo ao exposto, após a intervenção formativa, verifica-se que a média de itens demonstrados corretamente na execução da técnica de transferência subiu significativamente para 7.57/10, ou seja, verifica-se 75.7% de respostas corretas, face aos 23.6% apurados no primeiro momento avaliativo. Assim, estes resultados ((7.57 vs 2.36), $Z = -3.090$, $p = .002$) demonstram ter havido um ganho de 52.1% (de novo conhecimento) na aquisição e integração dos conteúdos teórico-práticos no que respeita aos conteúdos lecionados nesta dimensão, contribuindo substancialmente para a prevenção do surgimento de sintomatologia de LME.

Na dimensão “preparação do ambiente”, a comparação dos resultados obtidos antes e após a formação, não se revelaram estatisticamente significativos, uma vez que a maioria dos cuidadores (11) já apresentava, dentro das limitações impostas pela própria habitação, o domicílio preparado para a prestação de cuidados, podendo ser explicado pelo tempo médio em que assumem a função de cuidador (2.5 anos), durante o qual já contactaram com diversos profissionais de saúde dos quais obtiveram indicações. De facto, autores como Alcântara (2014) e Magalhães et al. (2021), ressaltam a importância da preparação do ambiente para a prestação de cuidados como algo fundamental à prevenção de LME. Com isto em mente, os três cuidadores que apresentavam o domicílio desajustado à prestação de cuidados (ex.: excesso de mobiliário, utilização de equipamentos desadequados, condições habitacionais, luminosidade fraca, etc.), foram alvo de formação complementar, procurando-se encontrar soluções personalizadas a cada contexto, de forma a minimizar o impacto deste no surgimento de novas lesões. Neste seguimento, após a formação,

verifica-se um ganho de 100% (3/3), tendo-se conseguido eliminar/minorar os obstáculos identificados passíveis de ser alterados (ex.: reorganização do mobiliário na habitação, de forma a permitir uma maior liberdade de movimentos, adequação dos materiais de apoio à tarefa a executar, etc).

Assim, no que respeita à apreciação global da grelha de observação e avaliação, antes da intervenção formativa, verificava-se que os conhecimentos totais demonstrados eram, em média, 8.36 em 23 itens verificáveis, distribuídos pelas áreas de “conhecimento” (1.93/5), “técnica de posicionamento” (2.29/7), “técnica de transferência” (2.36/10) e “preparação do ambiente” (11/14 cuidadores). Efetivamente, verificou-se que os cuidadores participantes desta investigação, antes da formação, apresentavam resposta correta em cerca de 35% do total de itens avaliados nas quatro dimensões avaliadas, ficando patentes os défices relativos a estas matérias na avaliação inicial realizada.

De acordo com alguns autores, quando se junta a necessidade de assistência à pessoa dependente com a falta de preparação e de resistência física dos cuidadores informais e o seu receio de não conseguirem realizar a tarefa de forma adequada, desencadeiam tanto desgaste físico quanto mental, o que determina que os mesmos estão propensos a uma maior morbilidade (Costa et al., 2013; Lage, 2007, citados por Matos, 2017). De facto, pelos resultados obtidos, percebe-se haver défices consideráveis ao nível do conhecimento demonstrado, antes da formação, sobre as temáticas tidas pela literatura, como basilares para a prevenção de LME. Segundo apurou Sousa et al. (2021) no seu estudo, os cuidadores informais referem a falta de apoio, (in)formação associada ao ato de cuidar, o suporte profissional e as (in)competências comunicacionais como os fatores mais responsáveis pelas dificuldades e problemas com que se deparam, algo que é corroborado por evidências observadas na literatura (Akgun-Citak et al., 2020).

No seguimento do exposto, após a intervenção formativa, verifica-se um ganho expressivo no total de conhecimento demonstrado nas áreas avaliadas, sendo agora a média de itens com resposta correta de 20.36/23, o que representa um ganho global médio de 52.15%.

Assim, considera-se que a intervenção formativa foi eficaz na aquisição e integração dos conteúdos lecionados, na medida em que a média dos conhecimentos totais demonstrados são significativamente mais elevados depois da formação (88.5% vs 36.35%), em todos os cuidadores informais (20.36 vs 8.36), $Z = -2.944$, $p = .003$. Desta forma, percebe-se que a intervenção formativa teve um impacto positivo ao nível da melhoria dos conhecimentos demonstrados, nas quatro dimensões avaliadas, ou seja, ao nível do conhecimento relativo a mecânica corporal e ergonomia, LMERT e produtos de apoio, da correta execução das técnicas de posicionamento e transferência

de utentes e ao nível da preparação do ambiente para a prestação de cuidados, revelando-se uma mais-valia para a prevenção de LME nesta população.

Traçando paralelos com a literatura consultada, os resultados obtidos vão de encontro a outros estudos, onde a informação/formação instituída aos cuidadores demonstrou ser uma estratégia eficaz para a prevenção de LME e para a diminuição da sobrecarga dos prestadores de cuidados (Araújo et al., 2016).

Os resultados iniciais estão de acordo com Sousa et al. (2021), que aponta que, relativamente às dificuldades sentidas pelos cuidadores, estas estão relacionadas sobretudo com a falta de informação e de apoio. Da mesma forma, os resultados estão também em concordância com a Eurocarers (2020) e Rodrigues (2018), pois estes afirmam que, na maioria das situações, os cuidadores informais iniciam a prestação de cuidados sem qualquer formação específica para o cuidar, sendo os cuidados baseados apenas no senso comum. Também Matos (2017), defende que, apesar de atualmente se verificar um incremento dos esforços desenvolvidos para responder às necessidades das pessoas carentes da continuidade de cuidados na comunidade, estes são ainda escassos. Por sua vez, ao abrigo da “Lei nº 100/2019, de 6 de setembro”, procura-se a promoção do acesso à informação e formação básica pelos cuidadores informais, visando a sua capacitação na prestação de cuidados à pessoa dependente, pelo que uma intervenção formativa para a prestação de cuidados de saúde primários prolongada no tempo, buscando-se identificar as necessidades carentes de apoio, se torna fundamental para este público-alvo (Matos & Araújo, 2021).

De forma a perceber quais os ganhos para a saúde obtidos com a intervenção formativa, e mensurar os mesmos, procedeu-se à avaliação e análise dos dados obtidos pelas escalas aplicadas, ou seja, o Questionário Nórdico Musculoesquelético, a Escala Numérica da Dor e Escala da Sobrecarga do Cuidador, comparando-se os valores obtidos nos distintos momentos de avaliação, inicial e final.

4.3. AVALIAÇÃO DAS QUEIXAS DOS CUIDADORES INFORMAIS NO SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO

O QNM apresenta-se como um instrumento validado (cientificamente e para a população portuguesa) e adequado para avaliar e registar a incidência de sintomatologia de LME em nove zonas anatómicas, sendo a sua aplicação rápida e passível de ser auto preenchido pela pessoa avaliada, o que representa um custo económico virtualmente inexistente.

Quadro 7 - Resultados obtidos na avaliação inicial do QNM, antes da formação, no segmento temporal de doze meses.

		Pescoço	Ombro	Região Dorsal	Cotovelo	Região Lombar	Punho / Mão	Quadril / Coxa	Joelho	Tornozelo / Pé
Nº de Cuidadores	Nº de Queixas	12	9	8	1	13	9	6	5	0
	Impedimento de realização de tarefas diárias	5	5	3	0	6	5	3	2	0
	Procurou ajuda médica	4	5	2	1	3	2	2	2	0

Como é possível verificar no Quadro 7, na primeira avaliação feita com recurso ao QNM, antes da intervenção formativa e conforme a tabela anterior, constatou-se que a totalidade da amostra (100%) apresentou sintomatologia de LME nos últimos doze meses, tendo-se identificado um total de 64 zonas anatómicas afetadas, variando entre um mínimo de 2 zonas (identificado por um cuidador) e um máximo de 7 zonas (identificado por um cuidador) com presença de dor (que foi o sintoma comum a todos os cuidadores informais). A média de zonas afetadas foi de 4.57 zonas com dor, e foram identificadas como as zonas mais acometidas as regiões: “lombar”, referida por 92.86% dos cuidadores; “pescoço”, referido por 85.71%; e “ombro” e “punho/mão”, ambos referidos por 64.29% dos cuidadores. Por sua vez, as zonas anatómicas que geraram menor número de queixas nos últimos doze meses foram as regiões: “joelho”, referido por 35.71% dos cuidadores; “cotovelo”, referido por 7.14%; e “tornozelo/pé”, referido por 0% cuidadores.

Deste total de 64 zonas com presença de sintomatologia nos últimos doze meses, verificou-se que 29 zonas anatómicas (45.31%) determinaram o impedimento de realização de tarefas diárias, tendo sido identificadas por nove dos cuidadores informais (64.29%). Os cuidadores apresentavam, em média, 2.07 zonas afetadas que impediram a realização de tarefas diárias, variando entre um mínimo de 1 zona e um máximo de 6 zonas, ambos referidos por dois cuidadores, respectivamente. Destas 29 zonas anatómicas, as mais invocadas foram as regiões: “lombar”, referido por 6 cuidadores; e “pescoço”, “ombro” e “punho/mão”, referidas por 5 cuidadores, respetivamente. Por sua vez, as que menos condicionaram a realização de tarefas diárias foram as regiões: “dorsal” e “quadril/coxas”, ambas referidas por 3 cuidadores e “joelho”, referido por 2 cuidadores.

Relativamente ao “cotovelo”, embora apresentasse sintomatologia, a mesma não determinou o impedimento de realização de tarefas.

Ainda dentro do mesmo tempo decorrido, apurou-se que 6 cuidadores necessitaram de procurar ajuda clínica para o alívio sintomático, com queixas a perfazer um total de 21 zonas afetadas, correspondendo em média a 3.5 zonas anatómicas por cuidador. As que mais suscitaram intervenção clínica foram as regiões: “ombro”, identificadas por 5 cuidadores; “pescoço”, identificado por 4 cuidadores; “lombar”, identificada por 3 cuidadores.

Assim, ainda que com diferenças estatisticamente não significativas no “ranking” das zonas anatómicas afetadas, verifica-se que o “pódio” dos resultados obtidos é composto pelas mesmas três regiões corporais, ou seja, pescoço, região lombar e ombro, que as identificadas na literatura como as mais afetadas. Estes dados estão de acordo com diversos estudos e literatura, que aponta as regiões lombar, cervical e membro superior como sendo as mais acometidas por este tipo de lesões (EU-OSHA, 2020).

Quadro 8 - Distribuição das zonas anatómicas com sintomatologia de LME (QNM), antes e depois da formação, no segmento temporal dos últimos sete dias.

	Pescoço	Ombro	Região dorsal	Cotovelo	Região lombar	Punho / Mão	Quadril / Coxa	Joelho	Tornozelo / Pé	TOTAL
Antes	12	8	6	0	11	7	6	5	1	56
Depois	3	7	2	0	5	1	2	2	0	12
% de redução por zona	75%	12.5%	66.66%	-	54.55%	85.72%	66.66%	60%	100%	78.57%

Já no que respeita às queixas ocorridas nos últimos sete dias, constatou-se que apenas um cuidador referiu não ter qualquer queixa, sendo que os restantes treze identificaram um total de 56 zonas anatómicas com prevalência de sintomatologia. Ou seja, verificou-se ter havido um decréscimo do número total de zonas afetadas, quando comparados os valores obtidos entre o número de queixas nos últimos doze meses e o número de queixas nos últimos sete dias (64 vs 56). Constatou-se, então, que cada cuidador apresentava sintomas, em média, em 4 zonas anatómicas, algo que vai

de encontro aos achados de Rodrigues (2018), que identificou no seu estudo uma média de 4.3 regiões anatómicas afetadas. Porém, importa ressaltar que, ainda assim, 92.86% dos cuidadores informais mantinham sintomatologia presente, neste segmento temporal, continuando a dor a ser o sintoma comum a todos.

No caso destas 56 zonas afetadas identificadas antes da intervenção formativa, conforme a tabela anterior, a sua distribuição, de acordo com as regiões anatómicas, foram, por ordem decrescente, o “pescoço” (12 cuidadores), “lombar” (11), “ombro” (8), “punho/mão” (7), “dorsal” (6), “quadril/coxa” (6), “joelho” (5), “tornozelo/pé” (1) e “cotovelo” (0).

No que respeita às áreas corporais com menor incidência de sintomas entre os dados obtidos, predominam claramente as zonas que compõem o membro inferior, com exceção do cotovelo. Contudo, ressalva-se que nenhum cuidador identificou sintomatologia ao nível do cotovelo neste segmento temporal de sete dias.

Estes dados, embora mais expressivos, alinham-se com os apurados por Bazo (2014, citado por Rodrigues, 2018), que identificou sintomatologia osteomuscular em 90% dos cuidadores no último ano, verificando que 73% dos cuidadores ainda a mantinham nos últimos sete dias.

Considerando os dados obtidos na primeira avaliação, importa confrontar os resultados com os obtidos após a intervenção formativa, de forma a perceber que benefícios decorreram da mesma. Essa análise foca-se na comparação dos dados obtidos no segmento temporal dos últimos sete dias, atendendo a ser esta a única variável do QNM passível de ser influenciada pela intervenção do EEER.

Após a realização da intervenção formativa, houve uma diminuição da média de prevalência de zonas anatómicas com sintomatologia de LME, passando para 1.57 zonas afetadas, do total das 9 zonas anatómicas avaliadas. Assim, quando se comparam as queixas observadas nos últimos sete dias, antes e depois da formação, constata-se que estas diminuíram significativamente (4,00 vs 1,57), $Z = -3.210$, $p \leq .001$. Do total de 56 zonas anatómicas com prevalência de sintomatologia de LME nos últimos sete dias, identificadas e distribuídas pelos cuidadores que as assinalaram antes da intervenção, conseguiu-se eliminar a sintomatologia presente em 44 zonas, representando uma diminuição de 78.57% do total das zonas afetadas.

Relativamente à redução verificada no número de áreas anatómicas com sintomatologia de LME, as mesmas estão distribuídas, conforme a tabela anterior, verificando-se uma redução total (100%) na sintomatologia presente no “Tornozelo/pé”, seguindo-se uma redução de 85.72% no “Punho/mão”, redução de 75% da sintomatologia no “Pescoço” e de 66.66% na “Região dorsal” e no “Quadril/coxa”. Por último, houve uma redução de 60% de sintomatologia observada no “Joelho” e em 54.55% da observada na “Região lombar”, registando-se ainda uma redução de 12.50% no “Ombro”.

Ou seja, isto revela que a intervenção formativa foi mais eficaz na redução de sintomatologia nas zonas anatómicas do “Tornozelo/pé”, “Punho/mão”, “Pescoço” e “Região dorsal”, revelando estas zonas como as mais permeáveis ao plano de reabilitação, adotado no parâmetro da promoção de hábitos saudáveis do cuidador informal. Por sua vez, ainda que eficaz, revelou-se menos expressiva nas restantes zonas anatómicas, apesar dos ganhos verificados (78.57% de redução de zonas afetadas).

Não foram identificadas alterações ao nível do cotovelo, uma vez que não houve nenhuma queixa identificada nesta zona anatómica na fase de avaliação inicial, neste segmento temporal. Contudo, este dado também se alinha com o estudo realizado por Rodrigues (2018), que o identifica como a zona anatómica que, na sua investigação, menos apresentou prevalência de sintomatologia.

Estes dados estão de acordo com o previsto pela EU-OSHA (2020), que atesta que as LME incidem com maior frequência na região dorso-lombar, seguida da região cervical, ombros e restante membro superior, sendo menos frequentes nos membros inferiores. Estão também alinhados com um estudo realizado em Portugal, por Moura, Martins & Ribeiro (2019), no qual se identifica que cerca de 65% dos prestadores de cuidados referem sintomatologia no sistema musculoesquelético, onde a região lombar surge como o segmento mais afetado, seguindo-se as regiões cervical e o membro superior, deste último com maior incidência ao nível dos ombros, enquanto que nos membros inferiores, os joelhos são frequentemente assinalados como das mais afetadas (Sampaio, 2019). Picavet et al. (citados por Ritto et al., 2017) identificaram a zona cervical como a mais acometida por dor, seguindo-se os ombros, as regiões lombar e dorsal e, por fim, os membros superiores e inferiores. Já no estudo conduzido por Côté et al. (citados por Ritto et al., 2017), revela a zona lombar como a mais afetada, seguida da zona cervical.

Por sua vez, num estudo desenvolvido com 43 cuidadores, revelou que 62,7% destes apresentavam queixas relativas a dores osteomusculares nos últimos 30 dias, assinalando como mais prevalentes as dores na região lombar, cervical, ombros e joelhos (Alencar, 2010 citado por Matos et al., 2022). Assim, os resultados obtidos evidenciam que a intervenção formativa produziu efeitos positivos, não só ao nível da prevenção de LME, uma vez que não surgiu nenhuma nova LME nem agravamento da sintomatologia pré-existente, como também se revelou eficaz na redução expressiva da sintomatologia de LME presente nas diferentes zonas anatómicas.

Ao longo do tempo, outros estudos realizados a nível internacional (citados por Pereira, 2021), têm constatado os mesmos resultados, sendo exemplos: o estudo conduzido na Turquia por Çelik et al. (2018), verificando taxas de 88.3% de prevalência de sintomatologia osteoarticular na região lombar; o estudo realizado na China por Shieh et al. (2016), que relata taxas de prevalência de 72% de dor ao nível lombar; e o estudo realizado por Samaei et al. (2017) no Irão, com taxas de 69.5 % de prevalência de dor na zona lombar, compatível com LME.

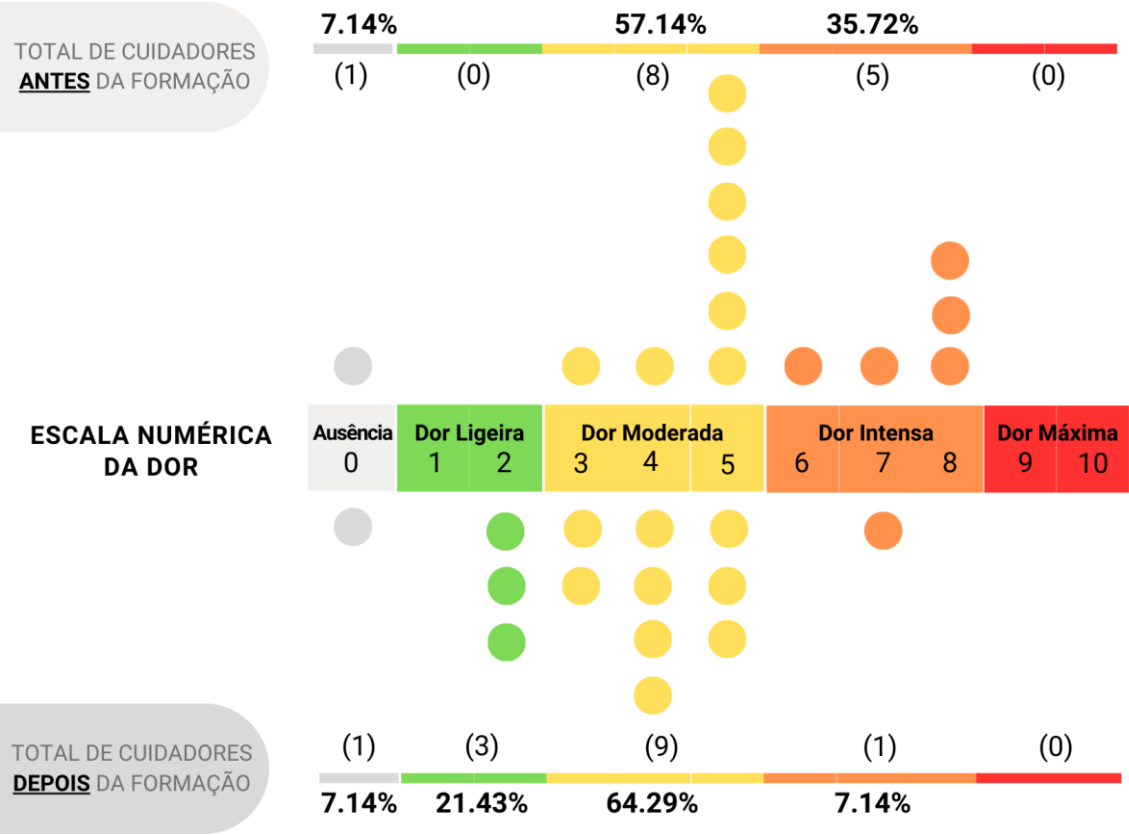
Segundo Pereira (2021), as LME são um fenómeno frequente da realidade quotidiana do prestador de cuidados, que apresenta uma incidência significativa quando comparados com outras áreas. Os prestadores de cuidados a pessoas dependentes tendem a lesionar-se por via da carga física associada à mobilização manual de cargas, ou seja, quando prestam cuidados como posicionamentos e transferência de pacientes, que acarretam elevação persistente e repetida das pessoas cuidadas (Shieh et al., 2016). Quando a prestação deste tipo de cuidados se combina com restrições físicas do cuidador, sejam devido a problemas de saúde e/ou decorridos da ergonomia do equipamento/espço de prestação de cuidados, culminam em stress fisiológico dos prestadores de cuidados, podendo originar lesões (Shieh et al., 2016). Assim, as intervenções de prevenção de LME tornam-se ainda mais relevantes, considerando o tempo de incapacidade temporária/definitiva que implicam, conduzindo ao absentismo devido ao impacto significativo na produtividade e diminuição da qualidade de vida, facto que é reconhecido e evidenciado pela literatura internacional (Shojaei, Tavafian, Jamshidi & Wagner, 2017; Silva et al., 2018; Tinubu, Mbada, Oyeyemi & Fabunmi, 2010).

4.4. AVALIAÇÃO DA INTENSIDADE DA DOR GLOBAL SENTIDA PELOS CUIDADORES INFORMAIS

No que respeita à avaliação da intensidade da dor derivada das LME, procedeu-se à sua avaliação recorrendo à escala numérica de avaliação da dor, tanto pela sua validação científica como pela facilidade de aplicação, permitindo a cada inquirido relatar a sua experiência. Apesar de ser encarada como uma avaliação subjetiva, que está dependente inteiramente do relato da pessoa inquirida, este é um elemento determinante e com grande impacto na perceção da qualidade de vida de cada pessoa. Quanto ao efeito da dor nas atividades laborais, esta reflete-se em níveis de maior ou menor incapacidade para lidar com as atividades regulares de trabalho, sendo que a perda de capacidade funcional é referida por 13% dos indivíduos com dor (Ritto et al., 2017). Por sua vez, segundo o estudo “European Pain in Cancer” citado pelos mesmos autores, a dor impacta na produtividade laboral, na medida em que 52% dos trabalhadores afirma que a dor compromete o seu desempenho laboral, implicando trabalhar com dor (83.8 dias/6 meses), perda de dias de trabalho (4.5 dias/6 meses) ou trabalho com eficiência reduzida (16.4 dias/6 meses).

Na presente investigação, atendendo à quantidade de zonas afetadas evidenciadas pela avaliação inicial com recurso ao QNM, tornou-se difícil para os cuidadores informais identificar, discernir e atribuírem classificação à dor sentida em diferentes zonas anatómicas, pelo que se optou, após discussão e anuência da enfermeira tutora, pela avaliação global da dor sentida, como forma de garantir o não enviesamento dos resultados.

Figura 3 - Intensidade da dor global manifestada pelos cuidadores informais, antes e depois da intervenção formativa.



Nota: A cada círculo corresponde um cuidador informal, perfazendo o total dos catorze cuidadores da amostra (João Marinho, 2024).

Neste sentido, conforme se pode verificar na figura anterior, antes da formação, a média observada relativa à intensidade de dor global sentida pelos cuidadores informais, segundo a escala numérica da dor, era de 5.29/10, o que corresponde à classificação de dor moderada. Do total de catorze cuidadores da amostra, apenas um atribuiu classificação 0/10 ao nível de intensidade de dor global sentida, que é o nível mais baixo da escala e corresponde a ausência de dor. É de referir que este cuidador era, simultaneamente, o que prestava cuidados há mais tempo (14 anos) e o que apresentava valor mais baixo de sobrecarga. Este facto poderá ser explicado pela sua iniciativa em buscar conhecimento que lhe permitisse aliviar a sobrecarga física e mental sentida, algo previsto por alguns autores (Andreasen, 2003; Sequeira, 2013; Spare La Rue, 2005, citados por Matos, 2017) que apontam que, à medida que o tempo passa, o cuidador poderá experienciar menor sobrecarga, tanto por via da sua crescente capacitação para a função, como pelas estratégias de *coping* que utiliza. Também Matos (2017) sinaliza que a sobrecarga sentida será mais intensa no início da função, onde a impreparação para a prestação de cuidados é maior, podendo com o tempo evoluir para as consequências positivas do ato de cuidar, tais como a maior proximidade afetiva ou até um novo sentimento de realização.

Por sua vez, oito dos cuidadores (57.14%) apresentavam dor moderada, tendo seis atribuído o nível 5 (que é o valor da moda), um o nível 4 e um o nível 3, à intensidade de dor global sentida. Contudo, cinco cuidadores apresentaram dor intensa, dos quais três classificaram a dor com nível 8 (sendo o valor mais elevado da amostra e correspondendo à moda neste segmento), um com nível 7 e um com nível 6. Os cuidadores que apresentavam dor global de intensidade 8 recorreram, nos últimos seis meses antes da intervenção formativa, a ajuda médica para alívio sintomático, com recurso a medicação opióide distinta, entre outras, enquanto os restantes cuidadores se automedicaram, maioritariamente com analgésicos e antiinflamatórios não-esteróides. Esta situação está prevista já por Coelho (2009, citado por Matos, 2017), quando afirma que o tratamento das LME deve iniciar-se com medidas conservadoras, nomeadamente analgésicos e antiinflamatórios, a par com o tratamento de reabilitação (onde se inclui o reforço muscular), juntando orientações preventivas e gerais relativas à organização do trabalho, ou mesmo o afastamento da atividade repetida. Quando se revela não ser suficiente, pode surgir a indicação para a intervenção cirúrgica.

Os fatores psicossociais (depressão, ansiedade, etc.), os fatores sociodemográficos (idade, peso, género, etc.) e outros (como a escolaridade, situação conjugal e prática de exercício físico regular), estão associados, segundo a literatura, à presença de dor, podendo esta tornar-se um problema de saúde crónico e sendo causadora de morbilidade, absentismo ao trabalho, representando elevados custos e com um grande impacto na qualidade de vida da pessoa e família (Ritto et al., 2017).

Relativamente aos cinco cuidadores que inicialmente apresentavam dor global intensa, verificou-se, após a intervenção formativa, haver um decréscimo de 80% na intensidade da dor sentida, ou seja, apenas um cuidador apresentou dor global intensa, de nível 7, após a intervenção.

Quanto aos cuidadores que apresentavam dor global moderada, constata-se haver um aumento de 8 para 9 cuidadores que manifestam esta classificação qualitativa, sendo que a moda apresentada agora nesse segmento corresponde ao nível 4 da escala da dor, havendo por isso um decréscimo no que respeita à intensidade da dor global sentida pelos cuidadores.

No que se refere aos cuidadores que apresentavam dor global ligeira, houve um aumento do número total de cuidadores (3) que manifestaram esta classificação qualitativa, o que é explicado pelo decréscimo observado nos outros níveis superiores da escala. Ou seja, apesar de haver um aumento significativo do número de cuidadores que apresentam dor ligeira no fim da intervenção, atendendo a não ter havido agravamento da dor em nenhum cuidador, o mesmo é explicado pela transferência dos cuidadores anteriormente em níveis superiores, para níveis mais inferiores de dor.

Através da análise da figura anterior, percebe-se que a intensidade da dor global manifestada pelos cuidadores diminuiu, em aproximadamente 2 níveis (1.72), passando de 5.29/10 para 3.57/10 (3.57

vs 5.29), $Z = -3.223$, $p = .008$), o que determinou haver alteração e/ou suspensão da medicação utilizada para o alívio sintomático (com menor recurso a opióides).

Desta forma, verifica-se que a apreciação da dor global é significativamente mais baixa depois da formação, concluindo-se que a intervenção formativa contribuiu positivamente para a diminuição da intensidade da dor global sentida. Assim, fruto da intervenção, surgiram como consequências positivas os ganhos em saúde e bem-estar, obtidos tanto pela diminuição da dor, como pela redução da medicação analgésica utilizada e ainda no alívio do esforço financeiro, todos associados a uma melhor qualidade de vida.

Relativamente à localização corporal da dor presente, diversos estudos apontam as zonas lombar e cervical, seguidas da cabeça e membros (superiores e inferiores) como sendo as mais afetadas. Os resultados obtidos vão de encontro aos achados de Picavet et al. (citados por Ritto et al., 2017), que identificaram a zona cervical como a mais acometida por dor, seguindo-se os ombros, as regiões lombar e dorsal e, por fim, os membros superiores e inferiores. Já no estudo conduzido por Côté et al. (citados por Ritto et al, 2017), revela a zona lombar como a mais afetada, seguida da zona cervical.

4.5. AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA DOS CUIDADORES INFORMAIS

Para Mendes et al. (2019), assumir a responsabilidade de cuidar de uma pessoa dependente exige cuidados especiais, pautados pela acentuada variação de tarefas. Porém, para os mesmos autores, a maioria dos cuidadores informais apresenta défices formativos relativos à prestação de cuidados, o que potencia os valores da perceção de sobrecarga emocional, física, social e financeira.

Quadro 9 - Valores de sobrecarga dos cuidadores informais antes e após a intervenção formativa.

	Antes		Depois		Sig.
	M	DP	M	DP	
Impacto da prestação de cuidados	29,86	7,24	26,5	6,65	.001***
Expectativas face ao cuidar	9,64	2,92	8,21	2,33	.003**
Relações interpessoais	14,57	2,14	13,64	2,13	.016***
Perceção de autoeficácia	5	0,88	4,29	1,07	.008**
Sobrecarga Total	59	10	53	10	.001***

M – Média DP - desvio padrão * $p \leq .05$ ** $p \leq .01$ *** $p \leq .001$

Considerando o exposto, e atendendo à tabela anterior no que se refere à percepção de sobrecarga total do cuidador identificada na amostra, verificou-se que, antes da formação, a pontuação mais baixa obtida foi de 35 pontos, o que corresponde à percepção de ausência de sobrecarga, referido por um cuidador, sendo que o valor máximo obtido, igualmente referido por um cuidador, foi de 70 pontos, o que corresponde à percepção de uma sobrecarga intensa. Relativamente à média da sobrecarga total percebida pelos catorze cuidadores informais antes da formação, esta era de 59.07 pontos, o que corresponde a uma sobrecarga intensa. Estes resultados vão de encontro aos achados de Dantas (2020) que, no seu estudo, apurou uma pontuação média de 57,2 pontos, o que corresponde igualmente a uma percepção de sobrecarga intensa. Conforme defendem Akgun-Citak et al. (2020) e Aksoydan et al. (2019), a formação pode contribuir para a redução dos custos com os cuidados de saúde e para a melhoria da qualidade de vida dos cuidadores e de quem é cuidado, além de apoiar os cuidadores, conferindo-lhes maior confiança na prestação dos cuidados, reduzindo a ansiedade e a frustração.

Para melhor perceber a influência da intervenção formativa nas respetivas dimensões afetas às subescalas presentes na Escala da Sobrecarga do Cuidador, procedeu-se à análise comparativa (antes e após a intervenção formativa) dos valores obtidos em cada uma das mesmas.

Os valores médios obtidos na dimensão “Impacto dos cuidados”, que varia entre 11 e 60 pontos, antes da formação verificou-se ser de 29.86 pontos, tendo diminuído significativamente para 26.50 pontos após a formação (29.86 vs 26.50), $Z = -3.310$, $p < .001$. Assim, percebe-se que a formação determinou uma diminuição média de 3.36 pontos nesta dimensão da sobrecarga, diminuindo o contributo que a percepção do “Impacto dos cuidados” teve na sobrecarga global sentida pelo cuidador. Os resultados obtidos neste estudo vão ao encontro do observado por Dantas (2020) que no seu estudo constatou que é esta dimensão a que apresenta pontuação mais elevada, tendo obtido uma pontuação média de 29, indicando que na quase totalidade dos itens que a compõem, os cuidadores evidenciavam algum nível de sobrecarga objetiva. Já no estudo de Félix (2008, citado por Rodrigues, 2018), revela que é também esta a dimensão com nível mais elevado de sobrecarga nos cuidadores, sendo identificada como aquela em que primeiramente se percebe a sobrecarga objetiva do cuidador. Efetivamente, no estudo de Sousa et al. (2021), é possível observar que a maioria dos cuidadores reportou pelo menos a ocorrência de um acidente nos últimos 12 meses, relacionando-se sobretudo com quedas ocorridas aquando da transferência/movimentação da pessoa cuidada de um local para outro, bem como na higienização e mudança de roupa. Segundo a autora, este tipo de acidentes, que são igualmente referidos como receios, não estão associados a fatores como idade e/ou condição física, uma vez que cuidadores mais jovens também reportam

este tipo de acidentes, devendo-se antes à impreparação dos cuidadores para o desempenho das tarefas. Outros estudos corroboram o impacto negativo que a prestação de cuidados a outrem pode ter na qualidade de vida do cuidador, pois evidenciam que, perante a deterioração física e o sofrimento das pessoas cuidadas, os seus cuidadores ficam mais conscientes da degradação da sua própria condição, o que potencia os receios relativamente à morte (ex.: Abreu-Figueiredo et al., 2019; Semenova & Stadtlander, 2016; Uslu-Sahan et al., 2018).

Relativamente à dimensão “Expectativas face ao cuidar” (com variação de pontuação mínima e máxima entre quatro e vinte pontos), os valores médios obtidos antes da intervenção formativa, foram de 9.64/20 pontos, tendo diminuído significativamente, depois da formação, para 8.21/20 pontos. Isto significa que a formação contribuiu para uma diminuição média de 1.43 pontos na perceção da sobrecarga ao nível das “Expectativas face ao cuidar” dos cuidadores informais (9.64 vs 8.21), $Z = -2.979$, $p = .003$. Para Sousa et al. (2021), as limitações decorrentes da impreparação para a tarefa criam desgaste, insegurança e frustração nos cuidadores, o que acarreta ter como consequência o aumento da carga subjetiva dos cuidadores, muito associada a quadros de ansiedade e depressão (Cooper et al., 2007). Segundo Dantas (2020), esta dimensão do bem-estar do cuidador é uma das mais afetadas, sendo corroborado por Trindade, et al., (2017), pois constata o receio efetivo dos cuidadores face ao seu futuro e do da pessoa cuidada, revelando preocupação, sobretudo, com a progressão da dependência da pessoa cuidada e com o aspeto financeiro, considerando não apresentarem condições financeiras para manter a prestação de cuidados por um tempo alargado, face às suas despesas pessoais. Nesse contexto, Machado (2013, citado por Dantas, 2020) refere que a maior parte dos cuidadores informais reconhece uma sobrecarga financeira elevada, derivada dos cuidados que presta à pessoa dependente, estando suscetíveis a este risco as classes sociais mais baixas. Assim, considera-se que os dados obtidos estão em concordância com os estudos citados, atendendo a se verificar que esta dimensão, na presente investigação, surgiu em segundo lugar, como sendo a que mais contribui para a perceção da sobrecarga (total) dos cuidadores informais.

Relativamente aos valores médios obtidos na dimensão “Relação Interpessoal” (que varia entre a pontuação mínima de 5 e a máxima de 20 pontos), antes da formação eram de 14.57 pontos, tendo estes diminuído para 13.64 pontos após a formação, traduzindo uma diminuição significativa de 0.93 pontos, na perceção que esta dimensão acrescenta à sobrecarga global dos cuidadores informais (14.57 vs 13.64), $Z = -2.414$, $p = .016$. Sousa et al. (2021) alerta para o facto de os cuidadores informais, no desempenho de diferentes papéis, sentirem uma menor disponibilidade

de tempo para as suas relações interpessoais, o que resulta em frustração e solidão, por não se conseguirem dedicar à realização dos próprios projetos de vida (Stackfleth et al., 2012). De facto, a função de cuidador informal pode ter implicações negativas na saúde, tanto física como mental, mas também nas relações familiares e sociais, nomeadamente em relação aos restantes membros da família (Etters et al., 2008; MCCI, 2021) e outras relações interpessoais, de onde se destacam os conflitos familiares, isolamento social, perda de privacidade, indisponibilidade para atividades sociais/lazer e a atividade profissional e financeira (Rasgado & Santos, 2010, citado por Sousa et al., 2021).

Os valores médios obtidos na dimensão “Perceção da Autoeficácia” (que varia entre pontuação mínima de 2 e máxima de 10), antes da formação eram de 5.0 pontos, sendo que diminuíram significativamente depois da formação, para 4.29 pontos (5.0 vs 4.29), $Z = -2.640$, $p = .008$. Como referem Andreasen (2003), Spare La Rue (2005) e Sequeira (2013), à medida que o tempo decorre, o cuidador pode experienciar uma diminuição da sobrecarga sentida por via da sua crescente preparação para a tarefa, algo igualmente corroborado por Matos (2017). Assim, percebe-se que a formação contribuiu para uma diminuição média de 0.71 pontos na perceção dos cuidadores informais sobre o contributo desta dimensão para a sobrecarga global sentida. Isto sugere que a intervenção formativa, apesar de não ter sido tão expressiva, determinou uma diminuição nesta dimensão da sobrecarga. Estes resultados menos expressivos poderão, então, dever-se ao facto de o tempo médio na função de cuidador, observado nesta amostra, ser de 2.5 anos, o que determina haver um tempo considerável para moldar a perceção dos cuidadores relativamente à sua autoeficácia, que se afigura mais expressiva quanto maior for o tempo decorrido na função de cuidador. Por sua vez, Matos et al. (2022), afirmam que é frequente os cuidadores informais apenas reconhecerem os benefícios das intervenções ao nível da ergonomia e mecânica corporal, após experienciarem o alívio sintomático das zonas afetadas por LME. Como explica Rodrigues (2018), é fulcral capacitar os cuidadores informais com instrumentos que promovam a sua autoeficácia no ato de cuidar, preservando simultaneamente a sua capacidade funcional, bem-estar e saúde em geral. Por contraparte, as limitações dos cuidadores, fruto da ausência de intervenções de capacitação, são geradoras de desgaste físico e mental, desencadeando insegurança e frustração nos cuidadores e tendo como consequência o aumento da sua sobrecarga subjetiva, que por sua vez está associada e é potenciada por quadros de ansiedade e depressão (Sousa et al., 2021).

Como é possível verificar no Quadro 9, após a intervenção formativa, importa ressaltar que, relativamente aos valores totais obtidos pela escala da sobrecarga, verifica-se um decréscimo médio de 6.43 pontos, sendo agora a média de 52.64 vs 59.07 verificado inicialmente,

comprovando-se uma diminuição significativa. Ou seja, estes valores evidenciam uma percepção inicial (global) de sobrecarga intensa (pontuação acima de 56), contrapondo-se a sobrecarga ligeira observada (entre 46 e 56), após a intervenção.

Os dados obtidos no presente estudo, ainda que mais expressivos ao nível de resultados na diminuição da sobrecarga global do cuidador, estão em concordância com diversos estudos anteriores, que já apontavam os cuidadores informais como uma população com elevados níveis médios de sobrecarga, e dos quais se destacam (cronologicamente): Ricarte (2009), que afirma que 64,1% dos cuidadores apresenta sobrecarga e desses 41% refere ser intensa; Machado (2012), que conclui que 63,7% dos cuidadores informais refere sobrecarga e desses, 30,4% apresentavam sobrecarga intensa; Pereira (2015), que apresenta resultados mais expressivos que outros estudos, apurou que 86,7% dos cuidadores referem sobrecarga, sendo que desses, 80% obtém classificação de sobrecarga intensa; e Trindade, et al., (2017) com resultados semelhantes aos estudos anteriores, referindo que 65% dos cuidadores apresenta sobrecarga, dos quais 45% é intensa.

Considerando a literatura consultada, estes resultados vão de encontro aos achados por Rodrigues (2018), que no seu estudo, verificou um decréscimo significativo do valor médio de sobrecarga global após a implementação do programa de intervenção de enfermagem de reabilitação.

Assim, conclui-se que os valores médios obtidos no total da Escala da Sobrecarga do Cuidador, através do somatório dos resultados das subescalas que a compõe, diminuíram significativamente depois da formação (59.07 vs 52.64), $Z = -3.298$, $p < .001$, tendo apresentado uma maior expressão na dimensão “Impacto dos cuidados”. Estes resultados indicam que a formação lecionada foi eficaz na redução da percepção da sobrecarga (em valores totais), determinando uma diminuição da média apurada para a classificação de 52.64, o que determina uma sobrecarga ligeira.

Isto vem demonstrar a efetividade e pertinência da intervenção do EEER, indo de encontro ao esperado, atendendo a que a formação se focou, principalmente, na capacitação/preservação da componente física do cuidador informal face à prestação de cuidados, sendo por isso expectável que a sobrecarga objetiva, na qual se insere a dimensão do “impacto dos cuidados”, seja aquela que apresente resultados mais expressivos, tal como se verificou. A dimensão da sobrecarga “impacto da prestação de cuidados” teve especial atenção, uma vez que se enquadra no âmbito de intervenção específica do EEER, tal como corrobora Costa e Othero (2014, citados por Matos, 2017). Estes autores defendem que o ensino sobre princípios básicos de mecânica corporal e/ou técnicas de relaxamento e conservação de energia (competência esta que se encontra no campo de atuação do EEER), devem ser incluídos numa intervenção que perspetive a diminuição da sobrecarga dos cuidados nos cuidadores informais. Isto é, apesar da formação se ter revelado eficaz na redução dos valores percepcionados da sobrecarga global pelos cuidadores informais, constata-se haver

ainda a necessidade de associar a intervenção de outros profissionais (sendo exemplo os psicólogos e outros), para a abordagem holística da problemática e visando a sua resolução integral. Os resultados obtidos neste estudo corroboram esta visão, o que vai de encontro ao já exposto por Matos (2017), quando afirma que as ações de prevenção e tratamento das LME implicam a atuação de uma equipa multidisciplinar, que seja capaz de responder de forma eficaz e efetiva à situação em apreço.

Contudo, importa referir que, ainda que menos expressivos comparativamente, obtiveram-se resultados positivos nas restantes subescalas da sobrecarga do cuidador, pelo que fica patente que, a intervenção especializada do EEER, no âmbito formativo da prevenção de LME, é abrangente a ponto de ter implicações em todas as dimensões da sobrecarga do cuidador.

Relativamente às “Expectativas face ao cuidar”, no estudo de Dantas (2020), os cuidadores atribuíram altos níveis de sobrecarga a esta dimensão, o que reforça a noção de presença substancial de sobrecarga subjetiva por parte dos cuidadores. Aliás, conforme o estudo do MCCI (2021) constatou, 90.5% dos cuidadores informais participantes afirmou que tinha a expectativa de conseguir ter mais tempo para si e de voltar às rotinas que tinham antes de iniciar a função de cuidador. Porém, conforme afirma Tatangelo et al. (2018), são vários os estudos que demonstram a baixa qualidade de vida dos cuidadores informais, associada a quadros de stress, esgotamento e doenças físicas, podendo-se afigurar como uma consequência negativa decorrente de um suporte insuficiente e necessidades não atendidas.

No que respeita à dimensão “Relações interpessoais”, conforme Dantas (2020) refere no seu estudo, esta dimensão é a que apresenta valor mais baixo, evidenciando uma baixa sobrecarga, comparativamente às outras subescalas, o que determina que esta não é uma dimensão muito impactada pelas tarefas de cuidar. Porém, os resultados obtidos neste estudo estão em discordância, considerando que se verifica uma maior diminuição dos valores de sobrecarga desta dimensão comparativamente aos derivados da dimensão de “Perceção de autoeficácia”. Isto pode encontrar fundamento, segundo alguns autores, no facto de a maioria da amostra ser oriunda de meio mais rural, onde o cuidado a dependentes é assumido de forma natural, como se já fosse previsível e incorporado na rotina diária da população. Aqui as mulheres têm um papel de maior relevo (Pereira, 2012; Trindade, et al., 2017), quer devido à proximidade afetiva e à responsabilidade do matrimónio, quer por solidariedade familiar, sentimento de gratidão, reciprocidade e/ou por obediência aos padrões e normas socioculturais (Sequeira, 2010). Por sua vez, Loureiro et al. (2013, citado por Dantas, 2020), defendem que o tipo de relação afetiva pré-

existente entre cuidador e pessoa cuidada, e a proximidade da mesma anteriormente à doença/dependência, auxiliam o processo de inserção e adaptação do cuidador a esse papel, podendo haver tendência para que a prestação de cuidados ocorra sem o desenvolvimento de sentimentos negativos, suportada pela ligação preexistente de carinho, amor e atenção.

Quanto à dimensão da “Percepção de autoeficácia”, estes resultados alinham-se com os achados de Dantas (2020), estando próximos aos valores apurados em ambos os estudos (4.29 vs 4.15), apurando-se ser esta a dimensão que menos contribuiu para a diminuição da percepção da sobrecarga total do cuidador, no final da intervenção formativa nesta amostra. Como referem vários autores, já citados anteriormente, à medida que o tempo decorre, o cuidador pode experienciar uma diminuição da sobrecarga sentida por via da sua crescente preparação para a tarefa, algo igualmente corroborado por Matos (2017). Por sua vez, entram em desacordo com os resultados obtidos por Rodrigues (2018), pois no seu estudo determinou ser esta dimensão, a par com a do “Impacto da prestação de cuidados”, as que mais contribuíram para a diminuição da sobrecarga total, após a sua intervenção com um programa de reabilitação.

Desta forma, considerando os cuidadores informais como elementos integrantes de um sistema ativo de reabilitação, o EEER contribui para que estes prestem cuidados com segurança, assente em conhecimento específico e sem descuidar as suas próprias necessidades. É, assim, passível de se transformar a sobrecarga (negativa) percecionada num ato de cuidar como fonte de bem-estar comum tanto para o cuidador, como para a pessoa cuidada (Matos, 2017).

De forma a evidenciar os ganhos decorridos da intervenção formativa sobre Prevenção de LME em Cuidadores Informais, apresenta-se de seguida a tabela que resume todos os valores obtidos pelos vários instrumentos de avaliação, nos momentos antes e após a intervenção.

Quadro 10 - Conhecimentos demonstrados, queixas no sistema musculoesquelético, intensidade global da dor e sobrecarga do cuidador, antes e depois da intervenção formativa.

	Antes		Depois		Sig.
	M	DP	M	DP	
Grelha de observação e avaliação					
Conhecimento	1,93	1,2	5	0	.001***
Posicionamento	2,29	1,2	5,79	1,81	.001***
Transferências	2,36	1,49	7,57	3,34	.002**
Domicílio	0,86	0,36	1	0	.157
Total	8,29	2,61	15,57	2,82	.003**
Questionário Nórdico Musculoesquelético					
Nº de queixas últimos 6 meses	4,57	1,34	4,71	1,54	.157
Impedimento para a realização de tarefas diárias	2,07	2,23	2,07	2,23	1.000
Necessidade de apoio profissional para alívio	1,5	2,21	1,5	2,21	1000
Nº de queixas nos últimos 7 dias	4	2,21	1,57	1,01	.001***
Escala de dor	5,29	2,164	3,57	1,742	.001***
Escala da Sobrecarga do Cuidador					
Impacto da prestação de cuidados	29,86	7,24	26,5	6,65	.001***
Expectativas face ao cuidar	9,64	2,92	8,21	2,33	.003**
Relações interpessoais	14,57	2,14	13,64	2,13	.016***
Perceção de autoeficácia	5	0,88	4,29	1,07	.008**
Sobrecarga Total	59	10	53	10	.001***

4.6. RELAÇÃO ENTRE NÚMERO DE QUEIXAS NO SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO NOS ÚLTIMOS SETE DIAS, INTENSIDADE DA DOR E SOBRECARGA DO CUIDADOR

Com a finalidade de perceber a forma como estas variáveis podem estabelecer relação entre si, procedeu-se a uma análise correlacional dos valores obtidos antes e depois da intervenção

formativa, tendo-se encontrado correlações significativas entre a intensidade da dor, o número de queixas de problemas no sistema musculoesquelético nos últimos sete dias (QNM_d4) e a sobrecarga do cuidador, conforme o quadro seguinte. Entendeu-se que as correlações existentes entre variáveis pertencentes à mesma escala, não são relevantes para a análise e discussão de resultados, uma vez que não são fruto da influência (ou não) da intervenção formativa implementada.

Quadro 11 - Correlação entre as variáveis em estudo, antes e depois da formação:

	Antes da intervenção		Depois da intervenção	
	Coeficiente de Correlação	Valor de significância (correlação significativa $p < .05$)	Coeficiente de Correlação	Valor de significância (correlação significativa $p < .01$)
Variáveis com relação (N=14)				
Dor vs QNM_d4	0.545	0.044	0.708	0.005
Sobrecarga total vs Dor	0.41	0.140	0.43	0.125
Sobrecarga Total vs QNM_d4	0.649	0.012	0.556	0.039
IPC vs Dor	0.655	0.011	0.574	0.032
IPC vs QNM_d4	0.617	0.019	0.584	0.028

Relativamente à relação entre o número de queixas de problemas no sistema musculoesquelético nos últimos sete dias e a intensidade da dor, a análise revelou haver uma correlação significativa, positiva e moderada, tanto nos dados obtidos antes da intervenção ($r = .545$), como nos obtidos após a intervenção ($r = .708$). Atendendo ao coeficiente de correlação ser positivo, significa que, quanto mais uma variável cresce, mais cresce a variável com que se relaciona. Por sua vez, é o mesmo que dizer que quanto mais essa variável diminui, mais a outra variável diminui. Ou seja, quanto menor era o número de queixas nos últimos sete dias, menor era a intensidade da dor global sentida, algo comprovado pelos resultados obtidos antes e depois da formação. Por sua vez, verificou-se que a intensidade da relação verificada, se acentuou após a intervenção formativa, tal como é expresso no aumento do valor verificado após a intervenção (.708 vs .545). Estes resultados

estão de acordo com o previsto por Matos et al. (2022), quando afirma que é frequente os cuidadores informais apenas reconhecerem a importância do conhecimento sobre mecânica corporal e ergonomia, após sentirem o alívio sintomático possível que a prática deste conhecimento confere. Recordando que a intervenção formativa contemplou: por um lado, a atuação na prevenção de novas LME, ao nível da transmissão de conhecimentos e desenvolvimento de habilidades na prestação de cuidados; e por outro, na promoção da saúde do cuidador informal, fomentando-se a prática regular de exercício físico, onde se incluíam exercícios de reforço muscular e de alongamento, para alívio da carga musculoesquelética acumulada, verifica-se que a intervenção veio reforçar a relação pré-existente entre as variáveis. Assim, demonstra-se que a intervenção formativa, nos moldes utilizados, se revelou efetiva e eficaz, ora na aquisição de conhecimento necessário para a capacidade de prevenção de LME, ora na promoção da prática de exercício físico frequente, o que determinou uma diminuição no número de zonas afetadas e na intensidade dos sintomas sentidos, explicando-se assim o estreitar da relação entre as variáveis.

Da mesma forma, na análise da relação entre os valores totais da sobrecarga do cuidador e o número de queixas de problemas no sistema musculoesquelético nos últimos sete dias, a análise revelou haver também uma correlação significativa, positiva e moderada, tanto nos dados obtidos antes da intervenção ($r = .649$), como nos obtidos após a intervenção ($r = .556$). Assim, atendendo ao coeficiente de correlação ser positivo, isso determina que quanto mais baixos eram os valores totais obtidos na avaliação da sobrecarga do cuidador, menor era o número de queixas de problemas no sistema musculoesquelético nos últimos sete dias. Porém, neste caso, verifica-se que a relação entre estas variáveis era de maior intensidade antes da intervenção, do que após a intervenção, significando que a formação teve um papel relevante no esbater da relação verificada (.556 vs .649). Estes resultados parecem indicar que a intervenção foi eficaz na diminuição da influência da sobrecarga sobre a incidência de sintomas e/ou LME, pelo que se quis aprofundar o seu entendimento.

Nesse sentido, considerando o exposto, buscou-se perceber qual o contributo da dimensão “Impacto da prestação de cuidados” para este resultado, atendendo ter sido esta a dimensão que mais expressividade teve nos resultados obtidos. Procedeu-se, então, à verificação da relação estabelecida entre esta dimensão da sobrecarga e o número de queixas de problemas no sistema musculoesquelético nos últimos sete dias, tendo em conta o facto de ser este o segmento temporal passível de ser alterado pela intervenção do EEER. Seguidamente, procedeu-se de igual forma, com vista a apurar a relação que esta dimensão da sobrecarga estabelece com a intensidade da dor

sentida, principal queixa referida pelos cuidadores informais e que contribui significativamente para a perda de qualidade de vida, conforme explicam os autores Ritto et al. (2017).

Assim, no respeitante à relação existente entre o “Impacto da prestação de cuidados” e o “Número de queixas de problemas no sistema musculoesquelético nos últimos sete dias”, constatou-se também haver uma correlação significativa, positiva e moderada, tanto no antes ($r = .617$) como no após intervenção ($r = .584$). Desta forma, como o coeficiente de correlação é positivo, isso significa que quanto menor era o contributo que a dimensão “Impacto da prestação de cuidados” tinha na percepção da sobrecarga total do cuidador, mais baixo era o número de queixas de problemas no sistema musculoesquelético nos últimos sete dias. Também aqui se constata ter havido um decréscimo no valor da intensidade da correlação após a intervenção formativa, o que vai de encontro ao resultado apurado relativamente à relação entre a sobrecarga total do cuidador e o número de queixas nos últimos sete dias.

Por sua vez, a relação observada entre a dimensão “Impacto da prestação de cuidados” e a intensidade da dor, verificou-se existir, igualmente, uma correlação significativa, positiva e moderada, tanto na avaliação inicial ($r = .655$) como na avaliação final ($r = .574$). Isto significa que quanto menor era o contributo da dimensão “Impacto da prestação de cuidados” para a percepção de sobrecarga total do cuidador, simultaneamente, menor era a intensidade da dor por eles sentida, algo que também vai ao encontro do resultado apurado da correlação entre sobrecarga total e número de queixas nos últimos sete dias.

E tal como verificado nessa correlação, a relação da intensidade da dor com a sobrecarga e desta com o número de queixas nos últimos sete dias, esbateu-se após a intervenção formativa. Estes resultados estão alinhados com a literatura, considerando haver unanimidade entre autores ao apontarem uma sobrecarga intensa, como um fator de risco para o desenvolvimento de LME. Por sua vez, a diminuição da força da relação entre as variáveis pode ser explicada pelo facto de a intervenção ter sido bem-sucedida na redução da percepção que a dimensão “Impacto da prestação de cuidados” teve na sobrecarga total dos cuidadores, o que determinou haver uma menor relação estabelecida entre a sobrecarga causada por esta dimensão e as queixas apresentadas pelos cuidadores. Ou seja, quanto menor for o contributo desta dimensão para a sobrecarga, menor será a sua relação com a intensidade da dor sentida, ou mesmo, com o número de queixas referido nos últimos sete dias. Desta forma, constata-se a eficácia e efetividade da intervenção formativa realizada, pois contribuiu para o esbater da relação verificada entre sobrecarga e incidência de sintomatologia de LME nos cuidadores informais.

De facto, os dados estão de acordo com os achados de Rodrigues (2018) que, após a sua intervenção, conclui haver uma relação de baixa intensidade entre a sobrecarga dos cuidadores e a incidência de sintomatologia de LME. Porém, os resultados da presente investigação, sugerem que essa baixa intensidade correlacional entre sobrecarga (total) e incidência de sintomatologia de LME, verificada por vários autores (Bazo, 2014, citado por Rodrigues, 2018), se fica a dever à intervenção especializada do enfermeiro de reabilitação, ou que, pelo menos, é significativamente influenciada por ela. Quanto ao facto de ainda se verificar uma relação entre as variáveis, ainda que com menor intensidade, esta ficará a dever-se ao somatório das restantes subescalas, ou seja, à influência das restantes dimensões da sobrecarga (“Expectativas face ao cuidar”, “Relações interpessoais” e “Perceção de autoeficácia”), dimensões estas que não foram alvo de intervenção específica direta.

Assim, considerando as correlações encontradas, torna-se ainda mais expressiva a relevância da atuação do EEER, comprovada pelo impacto direto que se verifica tanto ao nível da aquisição e incorporação de conhecimentos pelo cuidador, ficando mais capacitado para a prestação de cuidados, como na forma como isso se traduz em ganhos para a qualidade de vida de ambos cuidador e pessoa cuidada.

Para que melhor se perceba de que forma estas variáveis se influenciam entre si, atente-se a Tatangelo et al. (2018), que aponta que são vários os estudos que demonstram que os cuidadores informais apresentam baixa qualidade de vida, manifestando frequentemente depressão, stress, esgotamento e doenças físicas, das quais as LME são exemplo claro.

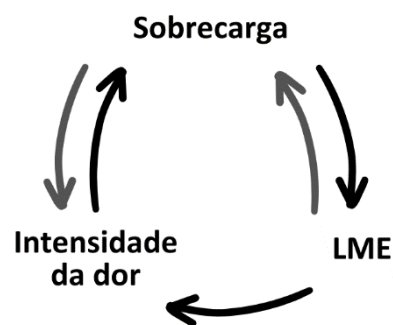
De facto, a Eurocarers (2020) e Rodrigues (2018) afirmam que, na maioria das situações, os cuidadores informais iniciam a prestação de cuidados sem qualquer formação específica para o cuidar, sendo os cuidados baseados apenas no senso comum. Por sua vez, Sousa et al. (2021) acrescenta que um número significativo de cuidadores identifica como principais dificuldades na prestação de cuidados, a falta de informação e de apoio, algo também corroborado por Matos (2017), uma vez que esta autora afirma que, apesar de atualmente se verificar um incremento dos esforços desenvolvidos para responder às necessidades das pessoas carentes da continuidade de cuidados na comunidade, estes são ainda escassos.

Assim, percebe-se que a falta de conhecimento/capacidade para prestação de cuidados de saúde à pessoa dependente, interfere diretamente na qualidade de vida do cuidador, na medida em que aumenta a sua perceção de sobrecarga emocional, física, social e financeira (Mendes et al., 2019). Por sua vez, o aumento da sobrecarga, traduz-se, ao longo do tempo, em quadros de stress, depressão, ansiedade e doença física do cuidador, o que aumenta, por si só, a probabilidade de desenvolver LME (Matos, 2017).

Por outro lado, Matos (2017) esclarece que o stress provoca alterações bioquímicas no cérebro, aumentando a excitabilidade neural, resultando num processo doloroso, algo que vai de encontro ao exposto por Ritto et al. (2017) pois, segundo estes autores, níveis elevados de stress, ansiedade e depressão implicam um aumento na intensidade da dor sentida. Ou seja, quanto maiores forem os níveis de stress do cuidador, mais suscetível está ao desenvolvimento de LME e, consequentemente, de processos dolorosos, que serão percebidos como tendo maior intensidade.

Da mesma forma se percebe que, quanto maior for o número de queixas do cuidador ao nível do sistema musculoesquelético nos últimos sete dias, maior poderá ser a perceção da sobrecarga sentida pelo cuidador, por via da dimensão “impacto da prestação de cuidados”, tendo-se uma variável a “alimentar” a outra, e vice-versa, qual ciclo vicioso.

Figura 4 - Imagem demonstrativa da influência exercida entre sobrecarga, intensidade da dor e LME. (João Marinho, 2024)



Assim, fica clara a importância das intervenções de capacitação do cuidador informal, tanto ao nível do conhecimento como na otimização da sua condição física, como forma de interromper este ciclo, o que se traduz num aumento na qualidade de vida do cuidador e na qualidade dos cuidados que presta à pessoa dependente.

Nesta linha de raciocínio, a formação com vista à capacitação dos cuidadores informais, além de os apoiar, confere-lhes uma maior confiança nas tarefas da prestação de cuidados, implicando uma diminuição da ansiedade e da frustração por eles sentida, podendo contribuir, simultaneamente, para a redução dos custos com os cuidados de saúde e ainda para a melhoria da qualidade de vida, tanto dos cuidadores como de quem é cuidado (Akgun-Citak et al., 2020; Aksoydan et al., 2019), algo que se constatou na presente investigação.

5. SÍNTESE E CONCLUSÕES DO ESTUDO

Nesta secção deve-se incluir uma síntese do conhecimento atual sobre o tema e da relevância do estudo realizado. A conclusão deve responder à questão inicial “Quais os resultados de uma intervenção formativa em prevenção de LME e gestão de sobrecarga em cuidadores informais?”, bem como demonstrar em que medida poderão ser relevantes os resultados do estudo.

O planeamento de uma intervenção de reabilitação ao nível da formação para a prevenção de LME permitiu a reflexão sobre conceitos, procedimentos e técnicas subjacentes à temática, situando no cuidador informal o foco da atuação, procurando diminuir/contornar os obstáculos à fluidez orgânica dos cuidados prestados à pessoa dependente. A intervenção formativa realizada pretendeu, e conseguiu, capacitar o cuidador/família, envolvendo-os no planeamento e execução dos cuidados à pessoa dependente, recorrendo a um conjunto de saberes, orientações e ajudas técnicas que os dotaram de conhecimento e competências específicas que são úteis à superação das barreiras encontradas. Permitiu também providenciar melhores cuidados à pessoa dependente, precavendo-se da instalação de lesões nos cuidadores e diminuindo assim a sobrecarga sentida associada à prestação de cuidados, minimizando os efeitos produzidos pela interação dos fatores de risco com as consequências funcionais negativas observadas.

Esta intervenção, sob a forma de um pacote formativo, contemplou 10 sessões teórico-práticas individuais em contexto domiciliário, com duração média de 45-60 minutos cada, numa periodicidade bissemanal, entre Março e Maio de 2023. Teve como foco a promoção da saúde dos cuidadores informais, através da fomentação da prática de exercício físico regular para otimização da sua condição global, e da transmissão de conhecimento relativo à ergonomia e mecânica corporal, áreas fulcrais para a correta execução de técnicas que envolvam a movimentação manual de cargas (posicionamento e transferência).

Considerando o exposto, a presente investigação pretendeu e conseguiu demonstrar os benefícios da intervenção especializada do EEER, ao nível da capacitação dos cuidadores informais para a prevenção de LME e gestão da sobrecarga. Para tal, foram delineados os objetivos gerais e específicos, todos eles atingidos, tendo-se dado resposta aos mesmos, através: da promoção do conhecimento sobre a prevenção das LME e gestão da sobrecarga nos cuidadores informais de pessoas dependentes no domicílio, e da aferição de em que medida a aquisição desse conhecimento produziu efeitos positivos na prevenção das LME e na melhoria da sua saúde. Assim, especificamente, determinou-se: a incidência de sintomatologia de LME nos cuidadores informais; aferiu-se o conhecimento detido pelos cuidadores informais sobre LME, mecânica corporal, dispositivos auxiliares e utilização de medidas preventivas de LME, se a formação básica ministrada

produziu melhorias na incidência de sintomatologia de LME, na percepção da sobrecarga ao nível do impacto da prestação de cuidados, na demonstração de comportamentos ao nível do conhecimento, da técnica de posicionamento, técnica de transferência e preparação do ambiente domiciliar para a prestação de cuidados; e percebeu-se ainda em que medida a sobrecarga interfere no surgimento de sintomatologia e/ou LME.

Assim, e de acordo com a análise dos resultados obtidos na caracterização da amostra, a mesma é composta por 14 pessoas, das quais 85.7% são do sexo feminino, com idades compreendidas entre 30 e 84 anos, sendo a média de idade de 64 anos. Relativamente à relação de parentesco, verificou-se que 57.1% eram o cônjuge da pessoa cuidada, 14.3% eram filhos e 28.6% tinham outro grau de familiaridade. Quanto à escolaridade, a franca maioria (85.7%) apresentava escolaridade igual ou inferior ao 3º ciclo de ensino, variando entre um mínimo de 1º ciclo do ensino básico (21.4%), e um máximo de ensino secundário (14.3%), e no que respeita à situação profissional, 42.9% eram ativos. Em média, exerciam a função de cuidador há 30 meses (2.5 anos), variando entre um mínimo de 2 meses e um máximo de 168 meses (14 anos). Também se constatou que 28.6% eram a única pessoa a prestar cuidados, tendo os restantes algum tipo de apoio.

Verifica-se também que: o tipo de cuidados prestados estava distribuído por cuidados de higiene (87.5%), mobilização manual de doentes (78.6%, tanto para posicionamentos, como transferências); 78.6% tinha percepção sobre adoção de posturas incorretas durante a prestação de cuidados; 71.4% tinha percepção de desconhecimento relativo à mecânica corporal e ergonomia, sendo que 28.6% reconheceu não utilizar qualquer ajuda técnica e 21.4% apresentavam espaço exíguo para a prestação de cuidados. Mais de metade da amostra (57.1%) referiu já apresentar sintomatologia de LME antes de iniciar a função de cuidador, mas metade da amostra (50%) reconhece que a sua saúde piorou após assumir a função de cuidador. Importa referir que nenhum cuidador manifestou melhoria da sua saúde após iniciar essa função. Outro dado comum, é o facto de 100% serem cuidadores de pessoa dependente em grau moderado (50%), grave (7.1%) ou total (42.9%). Assim, percebe-se que a amostra, apesar contextos sociodemográficos diferentes, apresenta similaridades ao nível do género do cuidador, do tipo de cuidados que presta, na adoção de posturas incorretas, na falta de conhecimentos prévios sobre mecânica corporal e ergonomia e no grau de dependência da pessoa cuidada (mínimo de dependência moderada a um máximo de dependência total).

Portanto, no que respeita à apreciação global dos dados obtidos relativos aos conhecimentos demonstrados, em todas as áreas avaliadas (“conhecimentos”, “técnica de posicionamento”,

“técnica de transferência” e “preparação do domicílio para a prestação de cuidados”), verifica-se que a formação foi eficaz na transmissão e aquisição pelos cuidadores informais do conhecimento lecionado, na medida em que aumentou significativamente (52.15%) o número de respostas certas, quando comparados os dados entre avaliação inicial (35%) e avaliação final (88.52%). Efetivamente, verificou-se que os cuidadores participantes desta investigação, antes da formação, apresentavam défices relativos a estas matérias, tendo a formação sido eficaz na correção da franca maioria, o que demonstra o contributo que deu para a capacidade de prevenção de LME dos cuidadores informais.

Esmiuchando os resultados obtidos em cada dimensão destas áreas avaliadas, verifica-se que os ganhos ao nível do conhecimento sobre ergonomia e mecânica corporal, LMERT e produtos de apoio, após a intervenção formativa, representaram um aumento expressivo (61.4%) do conhecimento nos cuidadores informais acerca destas matérias.

Quanto à dimensão da “técnica de posicionamento”, verificou-se um aumento significativo (50%) na média de itens demonstrados relativos à sua correta execução, comprovado pela comparação dos dados obtidos entre a avaliação inicial (32.7%) e a avaliação final (82.7%). Isto implica que a formação foi eficaz na aquisição e demonstração de conhecimento teórico-prático pelos cuidadores informais relativo à técnica lecionada, o que contribui favoravelmente para a sua capacidade de prevenção de LME.

Relativamente à dimensão da “técnica de transferência”, também se verificou um aumento significativo (52.1%) na média de itens demonstrados corretamente, aquando da execução desta técnica, comprovados pela comparação entre os dados obtidos na avaliação inicial (23.6%) e na avaliação final (75.7%). Estes dados vêm demonstrar que a formação promoveu a aquisição e consequente demonstração do conhecimento teórico-prático lecionado, o que se afigura relevante para a capacidade de prevenção de LME dos cuidadores informais.

No que respeita à dimensão “preparação do ambiente”, a comparação dos resultados obtidos antes e após a formação, não se revelaram estatisticamente significativos, uma vez que a maioria dos cuidadores (11) já apresentava, dentro das limitações impostas pela própria habitação, o domicílio preparado para a prestação de cuidados. Este resultado pode ser explicado pelo tempo médio em que assumem a função de cuidador (2.5 anos), durante o qual já contactaram com diversos profissionais de saúde e dos quais obtiveram indicações. Ressalva-se, no entanto, que os cuidadores informais que não apresentavam o ambiente domiciliar preparado para a prestação de cuidados, foram alvo de formação complementar, procurando-se encontrar soluções personalizadas a cada contexto, de forma a minimizar o impacto deste no surgimento de novas lesões. Neste sentido, após a formação, verifica-se um ganho total de 100% (3/3), tendo-se conseguido eliminar/minorar

os obstáculos identificados passíveis de ser alterados (ex.: reorganização do mobiliário na habitação, de forma a permitir uma maior liberdade de movimentos, adequação dos materiais de apoio à tarefa a executar, etc).

Assim, considera-se que a intervenção formativa foi eficaz na aquisição e integração na prática dos conteúdos lecionados, na medida em que a média dos conhecimentos totais demonstrados, nas quatro áreas avaliadas, são significativamente mais elevados depois da formação (88.5% vs 36.35%), em todos os cuidadores informais, revelando-se uma mais-valia para a prevenção de LME nesta população.

Relativamente aos dados apurados na avaliação feita ao número de queixas dos cuidadores informais no sistema musculoesquelético, antes da formação, verifica-se que o “pódio” das zonas anatómicas mais afetadas com sintomatologia de LME nos últimos doze meses são compostos pelas mesmas três regiões corporais (“pescoço”, “ombro” e “região lombar”), ainda que com diferenças estatisticamente não significativas no “ranking”, sendo estes resultados equiparáveis aos de outros estudos (EU_OSHA, 2020).

Do total de número de zonas afetadas identificadas pelos cuidadores informais nos últimos doze meses (64), antes da formação, quase metade destas (45.31%) determinaram impedimento na realização de tarefas diárias, sendo que dessas, houve (72.41%) ainda as que implicaram a procura de ajuda profissional para o alívio sintomático, não havendo variação relevante no “pódio” das zonas mais acometidas.

Já no que respeita às queixas ocorridas nos últimos sete dias, antes da formação, verificou-se um decréscimo do número total de zonas afetadas, quando comparados os valores obtidos entre este segmento temporal (56 zonas afetadas) e o número de queixas nos últimos doze meses (64 zonas afetadas). Nos últimos sete dias, antes da formação, apenas um cuidador referiu não ter qualquer queixa, sendo que os restantes (92.86%) referiram permanecer a incidência de sintomatologia, sendo a dor o sintoma comum a todos.

Porém, após a formação, no segmento temporal dos últimos sete dias, que é a única variável que pode apresentar variações mediante a intervenção do EEER, verificou-se um decréscimo acentuado no número de queixas identificadas pelos cuidadores em todas as zonas anatómicas identificadas pelo QNM, expresso tanto pela número médio de zonas afetadas por cuidador informal (4 vs 1.57), como pela diminuição do número total de queixas neste segmento temporal (56 vs 12).

A formação, nos moldes adotados, revelou-se eficaz na redução/eliminação de sintomatologia em todas as zonas anatómicas, sendo as zonas anatómicas do “Tornozelo/pé” (100%), do “Punho/mão” (85.72%) e do “Pescoço” (75%) aquelas que se demonstraram ser as mais permeáveis aos benefícios

da formação. Por sua vez, ainda que menos expressivos, verificaram-se ganhos nas restantes zonas anatómicas, sendo o “Joelho” (60%), a “Região lombar” (54.55%) e o “Ombro” (12.50%), aquelas que registaram menor decréscimo na incidência de sintomatologia.

Após a formação, não foram identificadas novas LME pelos cuidadores informais, o que vem reforçar a eficácia da intervenção tanto ao nível da prevenção de (novas) LME, como na redução/eliminação da sintomatologia de LME nas zonas que eram previamente acometidas, contribuindo significativamente para uma melhor qualidade de vida dos cuidadores informais.

No que respeita aos resultados relacionados com a intensidade da dor, a presente investigação avaliou a dor global sentida pelos cuidadores, não fazendo distinção pelas zonas anatómicas. Esta opção metodológica deveu-se à dificuldade dos cuidadores informais em discernir e atribuírem classificação à dor sentida em diferentes zonas anatómicas, pelo que se optou, após discussão com e anuência da enfermeira tutora, pela avaliação global da dor sentida, como forma de garantir o não enviesamento dos resultados.

Neste sentido, verificou-se que, antes da formação, a média observada relativa à intensidade de dor global sentida pelos cuidadores informais correspondia à classificação de dor moderada (5.29/10), tendo a mesma diminuído significativamente (1.72 níveis) após a intervenção (3.57/10). Antes da formação, houve vários cuidadores (35.71%) que classificaram a sua dor global como intensa (nível 8), mas após a intervenção, apenas 1 cuidador (7.14%) manteve essa classificação qualitativa (nível 7), o que significa que se verificou, após a intervenção, uma redução expressiva (80%) nesta classificação qualitativa de dor intensa.

No que respeita aos cuidadores que apresentavam dor global moderada, constata-se haver um aumento (de 8 para 9 cuidadores) nesta classificação qualitativa, após a intervenção. Contudo, o valor da moda desta classificação qualitativa diminuiu (5 vs 4), correspondendo assim a uma diminuição na intensidade da dor global sentida. Quanto àqueles que apresentavam dor global ligeira, também se verificou um aumento do número total de cuidadores (1 vs 3) neste segmento, após a intervenção. Contudo, em ambos os casos, tal facto é explicado pela transferência dos cuidadores anteriormente em níveis superiores, para níveis mais inferiores de intensidade da dor, considerando não se ter registado agravamento da dor em nenhum cuidador informal.

Desta forma, conclui-se que a intervenção formativa influenciou positivamente para a diminuição significativa da intensidade da dor global sentida pelos cuidadores, tendo como benefícios, pós intervenção, os ganhos em saúde e bem-estar obtidos não só pela diminuição da intensidade da dor, mas também pela diminuição da medicação analgésica utilizada, implicando um alívio do

esforço financeiro, o que implica, no seu conjunto, uma melhor qualidade de vida para os cuidadores informais.

No que respeita aos resultados obtidos referentes à percepção de sobrecarga global do cuidador, verificou-se que a amostra, antes da formação, apresentou classificação média de uma sobrecarga intensa (59.07 pontos), tendo a mesma, após a intervenção, diminuído para a classificação de sobrecarga ligeira (52.64 pontos).

Considerando os moldes da intervenção formativa, percebe-se que a dimensão mais permeável à sua influência foi a dimensão “Impacto da prestação de cuidados”, que apresentou a descida média mais expressiva (29.86 vs 26.50), comparativamente às restantes dimensões desta escala.

Contudo, é de ressaltar que, ainda que menos expressivas, se verificou uma diminuição significativa nas médias obtidas em cada uma das restantes dimensões (“Expectativas face ao cuidar” redução média de 1.43 pontos; “Relações interpessoais” redução média de 0.93 pontos; “Percepção de autoeficácia” redução média de 0.71 pontos), o que evidencia a influência positiva da intervenção formativa na diminuição da percepção dos cuidadores da sobrecarga sentida, tanto a nível global como em cada dimensão que a compõe.

Os resultados obtidos indicam haver uma sobrecarga objetiva relevante nos cuidadores informais da amostra, onde as especificidades da atuação do EEER se revelam mais preponderantes, pois tem um maior foco no reforçar/salvaguardar o aspeto físico dos prestadores de cuidados. Ou seja, era expectável que as dimensões correspondentes à sobrecarga objetiva, fossem aquelas que apresentassem melhores resultados após a intervenção, algo corroborado por diversos autores (Costa & Othero, 2014, citados por Matos, 2017) e que se veio a comprovar. De facto, o ensino sobre princípios básicos de mecânica corporal e/ou técnicas de relaxamento e conservação de energia integram as competências específicas do EEER, sendo que a literatura defende que estes devem ser incluídos em intervenções que perspetivem a diminuição da sobrecarga dos cuidados nos cuidadores informais.

Desta forma, apesar da formação se ter revelado eficaz na redução dos valores percepcionados da sobrecarga global pelos cuidadores informais, e em todas as suas dimensões, constata-se a necessidade de associar a intervenção de outros profissionais, tal como é defendido por outros autores (Matos, 2017).

No que respeita às relações encontradas entre as variáveis em estudo, verificou-se existirem correlações significativas, tanto antes como após a intervenção formativa, entre sobrecarga, número de queixas no sistema musculoesquelético nos últimos sete dias e a intensidade da dor.

Relativamente à relação entre o número de queixas de problemas no sistema musculoesquelético nos últimos sete dias e a intensidade da dor, a análise dos dados obtidos demonstrou haver uma correlação significativa, positiva e moderada, tanto nos dados obtidos antes da intervenção ($r = .545$), como nos obtidos após a intervenção ($r = .708$). A interpretação dos dados permite aferir que quanto menor era o número de queixas nos últimos sete dias, menor era a intensidade da dor global sentida. Por sua vez, verificou-se que a intensidade da relação observada se acentuou após a intervenção formativa ($.708$ vs $.545$), algo que pode ser explicado pelo formato da intervenção, assente na transmissão de conhecimentos e na otimização da condição física global do cuidador. Assim, demonstra-se que a intervenção formativa, nos moldes adotados, foi efectiva e eficaz nos dois eixos abordados, traduzindo-se numa diminuição no número de zonas afetadas e na intensidade dos sintomas sentidos, explicando-se assim o estreitar da relação entre as variáveis.

Por sua vez, a análise da relação entre os valores totais da sobrecarga do cuidador e o número de queixas de problemas no sistema musculoesquelético nos últimos sete dias, identificou haver igualmente uma correlação significativa, positiva e moderada, tanto nos dados obtidos antes da intervenção ($r = .649$), como nos obtidos após a intervenção ($r = .556$). A interpretação dos resultados permite aferir que quanto mais baixos eram os valores totais da avaliação da sobrecarga do cuidador, menor era o número de queixas de problemas no sistema musculoesquelético nos últimos sete dias. Contudo, ao contrário da relação anterior, constata-se que a intensidade da relação entre estas variáveis era maior antes da intervenção, do que após a intervenção, o que significa que a intervenção formativa teve implicações no esbater da relação verificada ($.556$ vs $.649$). Ou seja, os resultados indicam que a intervenção foi eficaz na redução da influência da sobrecarga sobre a incidência de sintomas e/ou LME.

Considerando o exposto, buscou-se perceber se a dimensão “Impacto da prestação de cuidados” evidenciava a mesma relação, analisando-se a relação entre esta dimensão e o número de queixas identificadas nos últimos sete dias, e entre esta dimensão da sobrecarga e a intensidade da dor. Assim, no respeitante à relação existente entre o “Impacto da prestação de cuidados” e o “Número de queixas de problemas no sistema musculoesquelético nos últimos sete dias”, verificou-se haver uma correlação significativa, positiva e moderada, tanto no antes ($r = .617$) como no após intervenção ($r = .584$), o que significa que quanto menor era o contributo da dimensão “Impacto da prestação de cuidados” para a percepção da sobrecarga total do cuidador, mais baixo era o número de queixas de problemas no sistema musculoesquelético nos últimos sete dias, confirmando existir o mesmo comportamento entre as variáveis que no observado na relação entre sobrecarga total e número de queixas nos últimos sete dias.

Já na relação observada entre a dimensão “Impacto da prestação de cuidados” e a intensidade da dor, também se verificou existir uma correlação significativa, positiva e moderada, tanto na avaliação inicial ($r = .655$) como na avaliação final ($r = .574$), o que significa que quanto menor era o contributo da dimensão “Impacto da prestação de cuidados” para a perceção de sobrecarga total do cuidador, simultaneamente, era menor a intensidade da dor por eles sentida. A interpretação dos resultados obtidos permite aferir que a intervenção formativa implicou o esbater da intensidade da relação observada entre estas variáveis após a intervenção, podendo isso ser explicado pelo sucesso da mesma na aquisição e implementação dos conhecimentos lecionados e promoção de hábitos saudáveis, algo que se coaduna com a literatura, atendendo haver unanimidade entre autores ao apontarem a capacitação dos cuidadores como uma forma eficaz de reduzir a sobrecarga por eles sentida e, por conseguinte, diminuir a relação entre sobrecarga e o risco de desenvolvimento de LME (Akgun-Citak et al., 2020; Aksoydan et al., 2019), algo que se constatou nesta investigação.

Assim, os resultados da presente investigação, sugerem que a relação de baixa intensidade entre sobrecarga (total) e incidência de sintomatologia de LME, verificada por vários autores (Bazo, 2014, citado por Rodrigues, 2018), se fica a dever à intervenção especializada do enfermeiro de reabilitação, ou que, pelo menos, é significativamente influenciada por ela.

Considerando as correlações encontradas, torna-se ainda mais expressiva a relevância da atuação do EEER, comprovada pelo impacto direto que se verifica tanto ao nível da aquisição e incorporação de conhecimentos pelo cuidador, como da otimização da sua condição física, ficando mais capacitado para a prestação de cuidados e prevenção de LME. Além disso, simultaneamente, a intervenção foi relevante na forma como se traduz em ganhos para a qualidade de vida de ambos, cuidador e pessoa cuidada, “quebrando-se” o ciclo vicioso de influência entre variáveis.

A implementação de intervenções de caráter preventivo em relação à sobrecarga e aos riscos de LMERT no cuidador informal acarreta benefícios para si e para a sociedade em geral, na medida em que melhoram a qualidade das condições de cuidados prestados à pessoa dependente, aumentam a satisfação, confiança e motivação do cuidador perante a sua capacidade de prestação de cuidados e contribuem para a redução da percentagem de doença relacionada com LMERT. Desta forma, traduzem-se os ganhos em menor desgaste do cuidador, em menos gastos em saúde por via de lesões e em menos internamentos da pessoa cuidada para descanso do cuidador.

Com esta intervenção formativa de capacitação para prevenção de LME e gestão da sobrecarga, através dos eixos adotados, procurou-se dar resposta a uma lacuna que se evidencia na prática dos cuidados prestados ao cuidador da pessoa dependente em contexto domiciliar. Entende-se

que as intervenções que promovam a capacitação do cuidador informal devem iniciar-se precocemente, ainda em contexto hospitalar sempre que possível, ou na comunidade através dos Cuidados de Saúde Primários e dos EEER da comunidade.

Ressalva-se a necessidade de haver o envolvimento multidisciplinar de outros profissionais, que aportem as suas competências a esta temática, resultando numa resposta mais robusta, bem como a necessidade de haver outros tipos de estudo que aprofundem o entendimento da relação entre variáveis. Deste modo, contribui-se para uma visão mais abrangente e concreta do tema em estudo, culminando em soluções holísticas, eficazes e mais eficientes.

Desta forma, consideram-se alcançados todos os objetivos elencados, na medida em que, através da promoção do conhecimento sobre prevenção de LME e gestão da sobrecarga em cuidadores informais de pessoas dependentes no domicílio, foi possível aferir haver benefícios decorrentes da intervenção especializada do EEER. Para tal, determinou-se na amostra a incidência de sintomatologia de LME, tendo-se percebido a influência da sobrecarga no surgimento de sintomatologia e/ou LME. Aferiu-se o conhecimento demonstrado pelos cuidadores informais relativamente às temáticas lecionadas (LME, mecânica corporal, medidas preventivas de LME, produtos de apoio e utilização efetiva de medidas preventivas de LME), bem como o seu domínio das técnicas que implicam a movimentação manual de doentes (posicionamentos e transferências) e da preparação do seu domicílio para a prestação de cuidados, tendo-se verificado melhorias significativas, decorrentes da intervenção efetuada, ao nível do conhecimento demonstrado pelos cuidadores informais nas áreas lecionadas, bem como na influência que esta intervenção teve no alívio de sintomatologia de LME e no alívio da perceção de sobrecarga pelos cuidadores.

**6. O ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL: UMA OPORTUNIDADE PARA DESENVOLVER
COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO E COMUNS DO
ENFERMEIRO ESPECIALISTA**

Todo o campo de estágio se afigura como um ambiente propício e rico em oportunidades para o estudante poder desenvolver as suas capacidades e competências, pois permite transpor o conhecimento adquirido em contexto académico para a prática clínica, com a devida segurança. Nesse âmbito, de forma a poder aproveitar ao máximo essa experiência enriquecedora que cada estágio traz e encarando a relevância com que se reveste o ENP, foi possível, após entendimento com a minha entidade patronal, ver aprovado o pedido de licença sem vencimento, algo que me permitiu atender a este estágio de forma plena e assídua, numa média de 5 dias por semana em horário laboral completo durante os seis meses do ENP, indo bem além das horas mínimas legalmente estipuladas e que se demonstrou ser uma oportunidade única para o desenvolvimento de competências. Atendendo à disponibilidade de tempo para a realização do ENP, considerou-se pertinente aproveitar cada momento e situação proporcionada para aprofundar e cimentar o conhecimento adquirido, bem como para desenvolver o máximo de competências possíveis, dentro das restrições existentes (ex.: tipologia de utentes). Assim, entendeu-se que este capítulo deve espelhar o trajeto realizado, focando tanto as situações que melhor evidenciam o emprego das competências necessárias à prática clínica do EEER, como a forma como as mesmas foram desenvolvidas, tanto dentro do contexto da investigação realizada, como fora dela.

Nesse sentido, e com vista ao desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista e das específicas de EEER, conforme estipulado em Diário da República, delinearam-se como objetivos gerais para o ensino clínico:

- Desenvolver competências específicas de intervenção do EEER na área motora, sensorial, cognitiva, cardiorrespiratória, da alimentação, da eliminação e da sexualidade;
- Desenvolver competências específicas de intervenção do EEER na prevenção de LME em cuidadores informais.

Por sua vez, desses emergiram objetivos específicos, com metas mais definidas, de forma a permitir direcionar os esforços para garantir o seu alcançar. Assim, definiram-se como objetivos específicos do ensino clínico:

- Avaliar as alterações que impliquem na limitação da funcionalidade, em utentes e seus cuidadores;
- Implementar programas de treino de AVD, com intuito de otimizar a qualidade de vida da pessoa, promovendo a maximização da autonomia e independência e a adaptação às limitações da mobilidade;
- Promover a mobilidade, acessibilidade e participação social da pessoa cuidada e seus cuidadores;
- Implementar programas de treino neurológico, motor e cardiorrespiratório;

- Avaliar o impacto dos programas de treino implementados;
- Desenvolver uma prática profissional considerando os processos das tomadas de decisão ética, fundamentadas em valores, princípios e normas deontológicas;
- Dinamizar programas de melhoria contínua da qualidade desenvolvidos no serviço;
- Desenvolver competências no âmbito da gestão e coordenação de cuidados de enfermagem e de recursos humanos;
- Prestar cuidados de enfermagem especializados, assentes na evidência científica.

Assim, ao longo deste capítulo, proceder-se-á à descrição e análise das atividades e situações diversas que permitiram alcançar os objetivos traçados e, conseqüentemente, o desenvolvimento das referidas competências.

6.1. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Na definição de Padrões de Qualidade em Enfermagem de Reabilitação, a Ordem dos Enfermeiros (2015a, p. 16656), reconhece que a intervenção do EEER

“traz ganhos em saúde em todos os contextos da prática expressos na prevenção de incapacidades e na recuperação das capacidades remanescentes, habilitando a pessoa uma maior autonomia.” Para isso, este enfermeiro

“concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas. O nível elevado de conhecimentos e experiência acrescida, permite-lhe tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação, maximizando o potencial da pessoa” (Ordem dos Enfermeiros, 2019a, p. 13565).

Considerando todas as áreas de intervenção do EEER, facilmente se compreende que as atividades realizadas não são exclusivas de um domínio de competência. Ao revés, verifica-se uma transversalidade com sobreposição entre os diferentes domínios, podendo-se estar simultaneamente a cuidar, a capacitar para a reinserção e exercício da cidadania e ainda a maximizar a funcionalidade.

Contudo, de forma a clarificar o modo como cada dimensão foi trabalhada e desenvolvida, serão de seguida descritas as atividades que foram realizadas de modo à obtenção dos objetivos que permitiram o desenvolvimento das competências específicas do EEER.

6.1.1 - Competência para Cuidar de Pessoas com Necessidades Especiais, ao Longo do Ciclo de Vida, em Todos os Contextos da Prática de Cuidados

Neste domínio estão englobadas as competências: Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades (J1.1); Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição, doença, saúde e/ou incapacidade (J1.2); Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções ao nível motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade (J1.3); Avalia os resultados das intervenções implementadas (J1.4).

No decorrer do estágio, estando o mesmo inserido no âmbito da intervenção na comunidade, foi possível contactar com pessoas provenientes das mais diversas realidades e que necessitavam de cuidados de enfermagem de reabilitação variados, fossem elas utentes do foro ortopédico, neurológico e/ou cardiorrespiratório. Uma vez munido de conhecimento técnico e científico relevante, suportado e fundamentado por teóricas da Enfermagem, procurou-se sempre adotar uma visão holística de cada situação, tendo como focos de atenção a pessoa e seu ambiente, mantendo uma postura e metodologias assentes no pensamento crítico, e uma intervenção estruturada e baseada na evidência científica, de forma a poder assegurar a maior qualidade possível no cuidado prestado.

Assim, genericamente, o “modus operandi” adotado iniciava-se com a consulta prévia do processo clínico e com uma entrevista informal e não estruturada à pessoa e ao cuidador informal, de forma a aprofundar o conhecimento sobre a situação clínica do utente, suas necessidades e história pessoal, para se melhor identificarem as áreas de intervenção.

Em seguida, procedia-se à avaliação inicial diferenciada, que é de crucial importância, pois permite reconhecer fenómenos, identificar problemas e estabelecer prioridades de implementação dos cuidados de enfermagem necessários. Esta avaliação deve recorrer a instrumentos que possibilitem a realização de uma avaliação sistematizada da pessoa e meio ambiente, ou seja, devem “medir a incapacidade, monitorizar os progressos, melhorar a comunicação, medir a eficácia do tratamento e documentar os benefícios das intervenções de realização” (Kelly-Hayes, 2000, p. 163).

Devido à diversidade de etiologia dos utentes, foi necessário, para cada área de intervenção, recorrer a diferentes tipos de escalas e instrumentos, consoante as necessidades identificadas. A sua utilização foi útil tanto na avaliação inicial, permitindo identificar necessidades e estabelecer uma base de partida para os cuidados, como ao longo da intervenção, facilitando o aferir da evolução da pessoa e evidenciando os ganhos em saúde. A opção pelos instrumentos de avaliação utilizados baseou-se no facto de estarem validados para a população portuguesa e permitirem a

recolha de dados pertinentes para fundamentação da tomada de decisão, atendendo permitirem objetivar as dimensões afetadas, as consequências funcionais negativas daí resultantes e quais os fatores de risco para a pessoa.

O recurso a diferentes instrumentos de avaliação permitiu avaliar as alterações atuais e potenciais a nível motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório da alimentação e da eliminação e, com base nesta avaliação, também foi identificada a capacidade funcional da pessoa para realizar as atividades de vida diária.

Simultaneamente à avaliação inicial do utente, era avaliado o seu ambiente, pois o enfermeiro precisa atentar não só as necessidades e capacidades da pessoa alvo de cuidados, mas também aos recursos existentes ao seu dispor, onde se inclui a família/cuidador (Kelly-Hayes, 2000), de forma a serem discutidas com o utente e família as alterações da função identificadas (no utente) e os fatores de risco associados presentes no seu ambiente (domicílio/cuidador).

Após a avaliação inicial global, definiam-se primeiramente as estratégias a implementar em parceria, envolvendo utente e cuidador no planeamento do processo de recuperação, de forma a promover uma maior consciencialização e adesão aos programas implementados, otimizando-se o bem-estar e a qualidade de vida a par com os resultados esperados. De seguida, procurava-se identificar e eliminar/minimizar os efeitos dos fatores de risco presentes em cada situação, concebendo-se e implementando planos de cuidados individualizados, após seleção e prescrição de intervenções direcionadas que promovessem otimização e/ou reeducação da função alterada. Posteriormente era feita a monitorização da eficácia das intervenções implementadas, ajustando e otimizando-as sempre que pertinente e em função dos resultados evidenciados. Importa realçar que todas as intervenções foram primeiramente planeadas e discutidas com a enfermeira tutora, e demais equipa multidisciplinar, antes da sua efetiva implementação.

A título de exemplo, aponta-se a intervenção com a Sra. JF, de 92 anos, que vivia com a filha e genro, sendo previamente dependente de supervisão para as AVD. Com diagnóstico de fratura do colo do fémur direito após queda e consequente miopatia de desuso após internamento, apresentava diminuição da força muscular no membro operado e gonalgia e lombalgia resultantes do esforço acrescido no membro oposto. Após alta hospitalar, apresentava-se dependente em grau elevado para AVD, com dificuldade e receio acrescidos na marcha. Por sua vez, o domicílio apresentava diversas escadas, separando fisicamente a zona habitacional da utente das restantes zonas de convívio, como a sala e cozinha. Isso impunha, entre outras, a realização das refeições sozinha, limitando-a na sua participação social e familiar. Essa situação, mais que a dependência acrescida nos autocuidados, era responsável por episódios de labilidade emocional, tanto na utente como na sua família.

Assim, e recordando o dever previsto na teoria de Roy, a intervenção contemplou a avaliação da funcionalidade da pessoa, bem como a identificação dos fatores de risco presentes no seu ambiente, de forma a apurar as variáveis a trabalhar. Após a avaliação, foram identificadas as áreas de intervenção, definindo-se em conluio com a utente e família as prioridades, os objetivos e os resultados esperados face aos problemas existentes e/ou potenciais, pelo que as intervenções, objetivaram a reeducação da função motora e sensorial, melhorando a sua autonomia e independência na realização das AVD (teoria de Ropper). Como resultado desta visão de cuidados centrada na pessoa, e que reconhece a influência do ambiente no processo de transição saúde/doença (Meleis, 2000; Miller, 2012), conceberam-se e implementaram-se intervenções ponderadas e selecionadas, que visaram a maximização da capacidade da utente (teoria de Orem), a promoção da sua autonomia e independência e a adaptação à limitação apresentada. Para tal, recorreu-se à implementação gradual de exercícios de mobilização (ativas-assistidas, ativas; ativas-resistidas) e manutenção das amplitudes articulares; exercícios de reforço muscular, como subir e descer escadas; assim como ao ensino, instrução e treinos de equilíbrio e de marcha com auxiliares. Progressivamente, também se implementou o treino específico de AVD, ensinando, instruindo e treinando exercícios de alongamento e técnicas de conservação de energia. Os ganhos em saúde decorridos desse processo, permitiram ainda a reintegração da utente no seio familiar, contribuindo significativamente para a sua qualidade de vida e bem-estar.

Assim, as intervenções tinham por base a visão holística da pessoa e seu ambiente, a avaliação da sua capacidade funcional e dos fatores de risco presentes. Como tal, a implementação desta metodologia, alinhada com os pressupostos das teorias de enfermagem, possibilitou um cuidado centrado na pessoa, maximizando a sua funcionalidade, minimizando os efeitos dos fatores de risco e assisti-la na adaptação à limitação apresentada, durante todo o processo de transição. Importa referir que esta foi a postura adotada perante todas as situações encontradas.

Esta atuação está também alinhada com os desígnios estabelecidos pela Ordem dos Enfermeiros para a intervenção do EEER, uma vez que esse profissional tem como objetivo

“assegurar a manutenção das capacidades funcionais dos clientes, prevenir complicações e evitar incapacidades, assim como proporcionar intervenções terapêuticas que visam melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a Independência nas atividades de vida e minimizar o impacto das incapacidades instaladas” (OE, 2019a, P. 13565).

Por sua vez, para garantir a eficácia da sua atuação, o EEER

“Utiliza técnicas específicas de reabilitação e intervém na educação dos clientes e pessoas significativas no planeamento da alta, na continuidade dos cuidados e na reintegração das

“pessoas na família e na comunidade, proporcionando-lhes assim o direito à dignidade e à qualidade de vida.” (OE, 2019a, p. 13565).

No decorrer do ensino clínico, houve oportunidade de intervir ao nível da reeducação funcional respiratória, onde foram aplicadas manobras de limpeza das vias aéreas, com o objetivo de assegurar a permeabilidade das mesmas. Nesse âmbito, foram feitas avaliações dos ruídos ventilatórios com estetoscópio, realizados ensino, instrução e treino do ciclo ativo das técnicas respiratórias, das técnicas da tosse e da drenagem postural modificada, procurando-se maximizar os efeitos das intervenções recorrendo às manobras acessórias (Branco, 2012; Cordeiro & Menoita, 2014; OE, 2018).

Foi também possível ensinar, instruir e treinar a consciencialização da respiração, respiração diafragmática e dissociação dos tempos respiratórios, de forma a se prevenir e/ou corrigir possíveis defeitos ventilatórios, visando-se otimizar a distribuição e a ventilação alveolar. Nesse sentido, procurou-se a reeducação respiratória ao nível abdomino-diafragmático e costal, recorrendo-se a vários exercícios, como o treino específico para os diferentes músculos respiratórios, com recurso a diferentes produtos de apoio (ex.: balões, bastão, espirometria de incentivo, etc.), tendo-se com isso conseguido melhorar a performance dos mesmos (Branco, 2012; Cordeiro & Menoita, 2014; OE, 2018). Importa referir que, aquando da execução das técnicas e manobras, foram explicadas e implementadas as diferentes posições de relaxamento e descanso, de forma a reduzir a sua tensão muscular e psíquica (Branco, 2012; Cordeiro & Menoita, 2014; OE, 2018 & 2020). Paralelamente, era também feita a monitorização das saturações de oxigénio e frequência cardíaca, como forma de mensurar efeitos decorrentes da intervenção e para garantir a segurança das mesmas, podendo funcionar ainda como fator motivador para o utente (OE, 2020).

Com o objetivo de se manter e/ou recuperar a mobilidade costal e diafragmática e de se impedir a formação de aderências pleurais, foi possível implementar técnicas como abertura costal seletiva e a terapêutica de posição. Já no que respeita à correção de defeitos respiratórios, foi implementado treino de reeducação ao esforço com controlo da respiração e técnicas de conservação de energia, desenvolvendo-se a reeducação física global através do treino das AVD, sempre numa ótica progressiva e mediante a tolerância da pessoa (Branco, 2012; Cordeiro, 2014; OE, 2018 & 2020).

Exemplo destas intervenções, é o caso do sr. JA, de 78 anos. Utente previamente autónomo nas AVD, que é referenciado para a ECCL para cuidados de reabilitação, após internamento prolongado por agudização da DPOC. Apresentava-se dependente em grau moderado para os autocuidados (exceto alimentação e eliminação), com diminuição da força muscular global e presença de secreções ao nível das bases pulmonares, revelando dificuldade na mobilização das mesmas. Fumador, com prescrição de oxigenoterapia suplementar por 18 horas/dia.

Após avaliação inicial, onde se contemplou a dependência e funcionalidade, saturações de oxigénio, níveis de ansiedade, dispneia e (in)tolerância ao esforço e técnicas para limpeza das vias aéreas (como a tosse), foram discutidas com utente e cuidadora (esposa) as áreas a intervir e as prioridades de atuação. Definiram-se objetivos e resultados esperados, delinearam-se e implementaram-se intervenções, a par da monitorização constante das saturações de oxigénio. Esta monitorização permitia não só aferir o efeito das intervenções, como funcionou como elemento motivador no utente, uma vez que este percebia o impacto positivo das intervenções adotadas.

Com vista ao controlo dos efeitos dos fatores de risco, procedeu-se, entre outras, à promoção de sessões de educação para a saúde ao nível da evicção tabágica, principal responsável para o desenvolvimento da patologia e suas agudizações.

Do planeamento conjunto e das sessões educativas, emergiu um compromisso de corresponsabilização assumido entre utente/família e profissionais de saúde, que alavancou as restantes intervenções. O plano implementado tinha por objetivos promover a reeducação funcional respiratória e motora e a capacitação do utente para a autogestão da sua condição, enquanto se buscava minorar os efeitos advindos dos fatores de risco presentes.

Com a progressão do programa, foi possível diminuir o aporte de oxigénio para 10 horas/dia (até ao término do estágio), diminuir para cerca de metade o consumo tabágico e, simultaneamente, melhorar a sua condição física global e tolerância ao esforço, recuperar a sua autonomia e independência nas AVD e devolver-lhe o controlo sobre a sua condição e projeto de saúde, promovendo a qualidade de vida e bem-estar.

Relativamente à reeducação sensorial, motora e funcional, houve oportunidade de ensinar, instruir e treinar diferentes técnicas, sendo exemplo o posicionamento terapêutico, a estimulação sensorial (superficial, profunda, propioceptividade) e as mobilizações dos diferentes segmentos corporais (passivas, ativas-assistidas, ativas e ativas-resistidas). No caso (mas não restrito) de utentes com alterações neurológicas, a avaliação contemplava as alterações das funções cognitivas, sensoriais, da mobilidade e motricidade, da linguagem, da deglutição, do padrão intestinal e vesical, da integridade cutânea e das alterações emocionais e sociais (Menoita et al, 2012), sempre a par com a avaliação do ambiente. Maioritariamente no caso de vítimas de AVC, procurou-se incluir com maior atenção, atividades terapêuticas como a automobilização e a facilitação cruzada, a lateralização com carga no cotovelo, o rolamento com rotação controlada da anca, assim como o posicionamento preventivo da espasticidade.

Relativamente às alterações das funções cognitivas, eram adotadas intervenções que promovessem o estímulo orientado e assistido da função afetada, fosse ela de memória, atenção, compreensão, orientação, etc. No respeitante à comunicação, e seguindo as orientações expressas

por Fonseca et al (2018), foi possível intervir tanto na reabilitação/reversão de afasias e/ou disartrias, como na promoção de meios alternativos de comunicação (não verbal, escrita, imagiológica). Quanto ao treino da alimentação, houve oportunidade para realizar avaliações a alterações da deglutição (através da escala de GUSS), ensinando, instruindo e treinando as diferentes consistências alimentares, mediante a capacidade manifestada pelo utente, e realçando a importância de se as respeitarem (Menoita et al, 2012). Dada a evolução apresentada pelos utentes, foi possível progredir para a capacitação destes na realização independente da tarefa, com ou sem recurso a produtos de apoio (como engrossador de talher). Após a avaliação, e em articulação com a nutricionista e serviços de alimentação, de forma a se adequarem às necessidades específicas de cada utente, eram discutidas e implementadas as intervenções de acordo com os planos de reeducação traçados.

Considerando que a neurologia está na base de tudo, as intervenções nunca se limitavam ao desenvolvimento exclusivo de uma capacidade. Ao invés, buscava-se conciliar a reeducação funcional neurológica com a reeducação funcional motora e cardiorrespiratória, como forma de potenciar os efeitos das intervenções elencadas, integrando-as na visão holística do problema, da pessoa e seu ambiente (Branco, 2012; Fonseca et al, 2018; Menoita et al, 2012; OE, 2018 & 2020). Como exemplo de intervenções em utentes do foro neurológico, destaca-se o Sr. JS, 41 anos. Utente previamente autónomo nas AVD, é vítima de acidente provocado pelo resvalar de uma carrinha no monte, do qual resultou um TVM ao nível da C6-C7. Apresenta tetraplegia, incontinência vesical e fecal e impotência, com impacto profundo no estado emocional. Vive maritalmente com a companheira/cuidadora, D. BS, de 30 anos. Referenciação para ECCI para acompanhamento no domicílio do processo de reabilitação em curso na ULSAM.

Após avaliação inicial e discussão com a equipa multidisciplinar e profissional, em articulação estreita com o serviço de Medicina Física e Reabilitação (MFR), apuraram-se as áreas prioritárias de intervenção, delineando com utente e cuidadora os objetivos e resultados esperados, bem como ajustando expectativas. A intervenção da ECCI era num contexto de complementaridade com o trabalho desenvolvido e coordenado pela MFR da ULSAM.

Não evidenciando alterações das funções cognitivas, da linguagem e/ou deglutição, as intervenções de enfermagem de reabilitação focaram-se na mobilização osteoarticular (passiva, ativa-assistida) dos segmentos corporais, estimulação sensorial (superficial, profunda, proprioceptividade), treino neuromotor e prevenção da espasticidade, visando capacitar o utente para o uso de cadeira de rodas elétrica. Simultaneamente, foi fundamental intervir ao nível da capacitação para gestão emocional, aspecto primordialmente afetado pela repentina imposição de alteração do seu projeto de vida. Por sua vez, considerando ser a primeira vez que assumia a função de cuidadora, houve

necessidade de efetuar ensinamentos, instruções e treinamentos à D. BS relativamente a autocuidados, prevenção de lesões, posicionamento e transferências, capacitar para a manipulação e manutenção de sonda vesical, a par da sua própria gestão emocional e da do utente.

A sobrecarga evidenciada pela cuidadora, que se demonstrava empenhada, capaz e motivada para a aquisição de conhecimentos e competências na prestação de cuidados, era quase “palpável”, sendo frequentes as situações de descontrolo emocional e choro. A preocupação resultava sobretudo da quantidade impressionante de informação técnica a que se viu “obrigada” a entender e dominar e do facto de se sentir impreparada para a tarefa. Já, relativamente ao ambiente, este era pautado por um domicílio com condições ideais para a prestação de cuidados, estando carente de barreiras arquitectónicas e dotado de diversos produtos de apoio, dos quais se destacam a cama articulada, a grua de transferências, as talas de Margaret, barras de apoio, entre outros.

Assim, e atendendo ao contexto, concebeu-se um plano que visasse a maximização da capacidade funcional da pessoa, a promoção da sua adaptação à limitação e o controlo dos efeitos dos fatores de risco, tanto para o utente como para a sua cuidadora (Miller, 2012).

É de referir que, apesar da ECCI não prestar cuidados de higiene, houve oportunidade de ensinar, instruir e treinar os autocuidados de higiene pessoal, o vestir e despir, posicionamento e transferência, eliminação vesical e intestinal e na sexualidade. Estas intervenções de capacitação para as AVD destacaram-se pelo impacto percebido pelos utentes e cuidadores, aos níveis da qualidade de vida e da reintegração da pessoa na família e na sociedade. Para tal, e de forma a estimular a participação e adesão aos programas de reabilitação implementados, o treino das AVD considerava o seu domicílio e ambiente familiar, costumes e hábitos pessoais, procurando-se assim desenvolver a sua capacidade funcional e adaptação à limitação apresentada.

No que respeita à sexualidade, esta temática afigurou-se como um desafio, pois nenhuma resposta satisfazia plenamente as necessidades sentidas. Porém, adotou-se uma abordagem centrada na orientação para a redefinição do conceito de intimidade, com validação emocional e respeito mútuo e assente na comunicação eficaz, que se revelou pertinente na condução da transição saúde-doença e na adaptação às novas limitações (Menoita et al, 2012), uma vez que permitiu a reorganização da dinâmica do casal e o planeamento de um novo projeto de vida a dois.

Com o plano de intervenções implementado, foi possível, no utente, a recuperação parcial da sensibilidade nos membros superiores, coordenação e desempenho motor ao nível do controlo do manípulo da cadeira de rodas elétrica, maior colaboração/autonomia nos autocuidados de vestir/despir (parte superior do corpo), que se traduziu numa melhoria considerável da sua qualidade de vida. Permitiu também melhorar a dinâmica do casal ao nível da intimidade, da comunicação e resiliência conjunta. Por sua vez, na cuidadora foi possível capacitar para a prestação

de cuidados, numa ótica preventiva de lesões, otimizando a qualidade da sua execução, tanto para o utente como para a cuidadora. Permitiu ainda promover a adoção de hábitos saudáveis, como a prática de exercício físico frequente.

A prevenção e/ou correção de alterações musculoesqueléticas teve um lugar de destaque neste ensino clínico, atendendo serem das principais queixas e mais frequentemente manifestadas, tanto em utentes como nos seus cuidadores. Em ambos os casos, eram apontadas como um contributo significativo para a degradação da sua qualidade de vida, pelo que se tornaram objeto de estudo mais aprofundado no projeto de investigação desenvolvido.

Assim, considerando a avaliação inicial como base de partida para o apuramento das necessidades e seleção dos cuidados a prestar a utentes do foro ortopédico, considerando as indicações da OE (2016), na avaliação da motricidade, foram mais frequentemente avaliadas: a força muscular (Medical Research Council) em todos os movimentos dos vários segmentos corporais; do tônus muscular (escala modificada de Ashworth); das amplitudes articulares (com recurso ao goniómetro); e da coordenação motora (recorrendo-se à prova índice-nariz e à prova calcanhar Joelho). Para avaliação do equilíbrio corporal estático/dinâmico de pé/sentado, aplicou-se a escala de equilíbrio de Berg e, relativamente à avaliação da marcha, foi possível utilizar o 30-Second Chair Stand Test e a escala de Tinetti, facilitando uma avaliação objetiva. Na avaliação da funcionalidade recorreu-se, pontualmente, à escala de Medida de Independência Funcional, sendo mais comum a utilização do índice de Lawton-Brody para apurar as limitações da funcionalidade a nível da realização das atividades básicas e instrumentais da vida diária e o seu respetivo impacto no quotidiano da pessoa.

Assim, após avaliação inicial, a intervenção contemplava a conceção conjunta com utente/família de objetivos, estratégias e resultados a esperar, implementando-se programas de reeducação funcional motora com exercícios de mobilização osteoarticular, reforço muscular (isométricos e isotónicos), treino de equilíbrio e marcha com diferentes auxiliares, técnicas de correção postural e exercícios de alongamento e relaxamento muscular, mediante necessidade (OE, 2013). Desta forma, buscava-se melhorar a condição física global, mantendo/recuperando a massa muscular, amplitude articular e capacidade funcional, prevenindo-se ainda as lesões musculoesqueléticas e seus efeitos incapacitantes. Foi dada ainda especial atenção ao ensino, instrução e treino das técnicas de posicionamento e transferências a cuidadores informais, uma vez serem áreas apontadas pela bibliografia como as mais potenciadoras de provocar ou agravar as alterações musculoesqueléticas que apresentem (OE, 2013).

Porém, para se alinhar a intervenção com a teoria das consequências funcionais, que norteou toda a visão do projeto de investigação, foi necessária a avaliação do ambiente, uma vez que Miller

(2012) considera que o ambiente são todas as condições externas à pessoa que influenciam as dimensões biológica, psicológica, espiritual e da funcionalidade.

Assim, na avaliação inicial, a par com a aplicação das diferentes escalas, era também avaliado o ambiente quanto a fatores com potencial de limitação da atividade e/ou que diminuíssem a segurança do domicílio para a prestação de cuidados, como o caso de barreiras arquitetónicas.

Atendendo ao exposto, considera-se alcançado o objetivo específico de avaliar as alterações que determinem limitações à funcionalidade em utentes dos diferentes foros, tendo sido possível, a par com a avaliação da funcionalidade, intervir ao nível cardiorrespiratório, cognitivo, sensorial, motor, da alimentação, da eliminação e da sexualidade, com resultados positivos em todas as áreas.

6.1.2 - Competência para Capacitar a Pessoa com Deficiência, Limitação da Atividade e/ou Restrição da Participação para a Reinserção e Exercício da Cidadania

Nesse domínio, inserem-se as seguintes competências: Elabora e implementa programas de treino e de atividades de vida diárias, visando à adaptação às limitações de mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida (J2.1); Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social (J2.2).

As alterações da capacidade funcional condicionam a independência da pessoa, produzindo efeitos negativos na sua qualidade de vida e bem-estar. Tendo por objetivo a minimização destes efeitos, o EEER intervém com a pessoa, considerando o seu potencial e condição de saúde, trabalhando na sua capacitação através da reeducação física global, recorrendo a sessões de educação para a saúde, treino específico de AVD e da prática de exercício físico regular, contribuindo assim para a prevenção das consequências da inatividade (no utente) e para a prevenção de lesões musculoesqueléticas (nos cuidadores informais) (Miller, 2012).

Para clarificar as intervenções ao nível da capacitação da pessoa com limitação da atividade, visando a sua reinserção e exercício da cidadania, aponta-se a situação do Sr. J.E., de 88 anos. Este utente, por apresentar limitação da mobilidade resultante da diminuição da força muscular global (em contexto de doença pulmonar e cardíaca), via-se incapaz de subir e descer escadas, atividade fundamental para si, pois o seu domicílio é pautado por desníveis entre as divisões, condicionando a sua mobilidade tanto dentro como no acesso à própria residência.

Neste sentido, foi avaliada a limitação da atividade e as suas implicações para a participação nas AVD, bem como avaliado o seu contexto, tendo-se identificado e minorado/eliminado as barreiras arquitetónicas presentes. Paralelamente, procurou-se capacitar para o autocuidado numa ótica de promoção da autonomia e independência, através de treinos específicos de AVD, com recurso a

produtos de apoio selecionados, prescritos, ensinados e supervisionados na sua utilização. De entre estes, realçam-se o assento de sanita elevado, a cadeira sanitária, a esponja de cabo comprido para realização dos cuidados de higiene pessoal, a calçadeira para sapatos, a barra de apoio a escadas e o andarilho.

Relativamente a produtos de apoio, uma vez verificada a sua necessidade, os mesmos foram selecionados, prescritos, ensinados, instruídos e treinados na sua utilização aquando da realização das AVD, tais como, e no caso do sr. J.E.: alimentação (engrossador de talher), higiene (esponja de cabo comprido), vestuário (calçadeira), eliminação (elevador de sanita) e locomoção (andarilho e barra de apoio a escadas).

A seleção, prescrição, ensino, instrução e treino de produtos de apoio é uma competência reconhecida do EEER (OE, 2019a), estando preconizada através do Regulamento das Competências Específicas do EEER e pelo Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados especializados em enfermagem de reabilitação (OE, 2015a). Porém, ressalva-se o facto de os mesmos não terem comparticipação económica para aquisição, sempre que careçam de prescrição médica.

Mantendo-se o objetivo de aumentar o seu bem-estar e qualidade de vida, através da maximização da capacidade funcional, importa referir que, para intervir na capacitação do cuidador e pessoa cuidada, é fundamental haver uma avaliação do ambiente, uma vez que “a capacidade reflete a aptidão do indivíduo ajustada ao ambiente” (OMS, 2004, p. 17). As condições do ambiente influenciam a pessoa, principalmente se existirem alterações das capacidades sensoriais e motoras. Porém, o EEER é dotado de competências que lhe permitem capacitar a pessoa e família para a implementação de estratégias de resolução de problemas, que visem a promoção do bem-estar e qualidade de vida, através da maximização da funcionalidade (Miller, 2012).

Atendendo a estes pressupostos, e considerando a definição de ambiente proposta por Miller (2012), no decorrer do estágio foi possível realizar avaliações, das quais resultaram indicações de estratégias que optimizassem este domínio. A avaliação do ambiente permitiu identificar condições habitacionais desfavoráveis, tanto macros (ex.: a existência de desníveis como escadas com ausência de contraste ou ocultas por tapetes e passadeiras soltas, chuveiros sem presença de barras de apoio, etc.), como micros (ex.: a iluminação insuficiente, a própria disposição e tipo de mobiliário, etc.), sendo todas elas promotoras de uma maior limitação da independência da pessoa cuidada e, por vezes, potenciadoras de LME em cuidadores, aquando da prestação de cuidados. Constatou-se que, por vezes, um mero degrau no chuveiro se pode afigurar como uma barreira intransponível, dada a limitação da pessoa e/ou cuidador. Porém, simplesmente com a colocação de barras de apoio, é possível ultrapassar essa barreira em segurança, demonstrando-se assim a

importância da intervenção do EEER na identificação, ensino e supervisão da transformação do domicílio num ambiente capacitador (Fernandes & Almeida, 2017).

Durante o ensino clínico, e visando a eliminação/minimização do efeito produzido por essas barreiras, foi possível intervir na promoção de um ambiente capacitador, mudando-se da perspetiva centrada no relato da pessoa sobre a sua condição, passando antes a enquadrá-la no seu ambiente. Isto permitiu uma visão mais abrangente e integrativa relativamente às problemáticas decorrentes de diferentes condições de saúde, de pessoa e de ambiente.

Desta forma, além dos programas de reabilitação implementados, no caso concreto do Sr. J.E. foi possível promover a capacitação para a reinserção e exercício da cidadania, através do recurso a produtos de apoio que atenuassem as suas limitações e promovessem a sua independência nas AVD, e à identificação e remoção/minimização dos efeitos das barreiras arquitetónicas encontradas.

Considerando a reinserção social, ao longo do estágio, a pessoa foi sempre encarada de forma holística, havendo uma avaliação dos seus contextos domiciliar e social. As intervenções planeadas e implementadas pretenderam, por um lado, capacitar a pessoa para a realização independente das AVD, e por outro, capacitar a sua família/cuidador para assistirem nos cuidados na medida adequada às capacidades da pessoa, em vez de a substituírem na execução da tarefa, promovendo-se a independência e segurança na realização da mesma. Este foi um foco de atenção na avaliação dos contextos e dinâmicas familiares, pois neste âmbito, e fruto talvez da cultura social, constatou-se que um dos fatores de risco que impulsiona as consequências funcionais negativas é a desvalorização da capacidade funcional da pessoa dependente.

A esse nível, destaca-se como exemplo a situação do Sr. F, de 86 anos, e sua cuidadora e filha D. A., de 56 anos. Fruto da situação clínica do pai, com alterações inerentes do envelhecimento às quais se associam obesidade, diabetes tipo II, insuficiência cardíaca, SAOS, com realização de CPAP noturno e histórico de quedas recentes, resultou a necessidade de prestação de cuidados de apoio constantes, tendo os mesmos sido assumidos exclusivamente pela D. A. e por comum acordo entre todos os membros da família, na ótica de garantirem o carinho e bem-estar. Porém, fruto da relação afetiva existente, e dentro dos valores, crenças e costumes da família, os cuidados prestados pela D. A. seguiam uma lógica de substituição da pessoa na função, e não de reabilitação para a função (visões previstas nas teorias de Orem e Meleis), tanto por entendimento da cuidadora como por exigência do utente. Por sua vez, estas ações agravaram a degradação da capacidade funcional do utente, tornando-o cada vez mais dependente, o que reforçava a “necessidade de o substituir na função”, aumentando a sobrecarga sentida pela cuidadora, qual ciclo vicioso. O utente mostrava-se cada vez mais dependente, ao mesmo tempo que aumentava a perceção da sobrecarga pela

cuidadora, evidenciando já sintomatologia de LME. Como consequência desse entendimento e dinâmica familiar, resultaram em episódios frequentes de labilidade emocional e culminaram no isolamento social da D. A., que abandonou as atividades de lazer (por falta de tempo) e optou por se despedir do emprego para poder assumir integralmente a função de cuidadora, dentro dessa concepção, indo ao encontro do previsto pelo MTSSS (2017), que reconhece a dificuldade de conciliar uma vida profissional ativa com a função de cuidador.

Assim, precocemente se percebeu que a atuação precisava assentar em dois focos: um relativo à maximização da capacidade funcional do utente (através de treino específico de AVD, reforço muscular, treino de marcha com andarilho, aumento da tolerância à atividade física com cinesiterapia respiratória e técnicas de conservação de energia, etc.) numa busca pela autonomia e independência deste; outro relativo à capacitação da cuidadora para a prestação de cuidados (com foco nas técnicas de posicionamento, mobilização e transferência), à prevenção de LME e a promoção da atividade física regular, como estratégia de otimização do seu bem-estar e condição global e de gestão de sobrecarga.

No âmbito das ações de substituição da pessoa na função, a intervenção com os cuidadores procurava evidenciar as capacidades funcionais da pessoa cuidada, numa ótica da promoção progressiva da autonomia e independência, atendendo ser este um aspecto extremamente relevante para a satisfação da pessoa cuidada, estimulando o desenvolvimento da funcionalidade (Miller 2012).

Sem descorar o potencial processo disruptivo das relações familiares, houve preocupação em identificar a sobrecarga subjetiva patente na cuidadora (ao nível das dimensões da sobrecarga “expectativas face ao cuidar” e às “relações interpessoais”), orientando-se as diferentes intervenções no sentido de minimizar o impacto destas, por via da sua capacitação para melhor gestão da sobrecarga e através da intervenção formativa, recordando que a formação se afigura como uma boa estratégia para o alívio da sobrecarga sentida pelo cuidador informal (Akgun-Citak et al., 2020; Aksoydan et al., 2019; EU-OSHA, 2020; Matos, 2017; Sousa et al., 2021).

Assim, atendendo ao exposto, as intervenções com a D. A., que servem também de exemplo das intervenções realizadas no âmbito da investigação feita, seguiram os parâmetros e orientações patentes na investigação realizada, seguindo dois eixos de atuação: um, que visava a promoção da sua saúde e a gestão da sobrecarga através da prática de exercício frequente, com implementação de treino de reforço muscular e técnicas de relaxamento e alongamento; e outro, que buscava a capacitação para a prestação de cuidados, focando o ensino, instrução e treino das técnicas de posicionamento, mobilização e transferência, numa ótica de ergonomia e prevenção de LME.

Ao enfermeiro exige-se um conjunto de atributos profissionais e pessoais, que possibilitem uma abordagem de cuidado centrado na pessoa. Para tal, deve estabelecer uma relação terapêutica que promova um ambiente propício aos cuidados, estabelecendo sistemas organizacionais que auxiliem no suporte e tomada de decisão partilhada (McCormack et al., 2015; McCormack & McCance, 2006).

A intervenção adotada na mediação de tomadas de decisão ética, neste caso, visava possibilitar o alívio da sobrecarga manifestada pela D. A., sem que houvesse perdas para o utente na prestação e qualidade dos cuidados prestados. Assim, esta assentou na explicação das consequências para a saúde de cuidadora e utente decorrentes dessa dinâmica de exigência de substituição da pessoa na função. Através do respeito pelos seus costumes, crenças e sistemas de valores, foi possível que ambos compreendessem o fenómeno de sobrecarga subjacente, reconhecendo a necessidade e comprometendo-se com a mudança de comportamentos, tanto a D. A. no tipo de assistência dada (agora numa ótica de reabilitação e não de substituição), como o Sr. F., ao melhorar a sua condição global para não se tornar tão dependente da sua ajuda. Para tal, decidiram conjuntamente passar a planear semanalmente as atividades, de forma a reverter o isolamento social da D. A. sem haver perda de apoio e/ou qualidade nos cuidados prestados ao Sr. F.

Este conjunto de intervenções permitiu simultaneamente: maximizar a capacidade funcional do utente, promovendo a autonomia e independência; capacitar o cuidador informal, pela otimização da resposta às necessidades evidenciadas pela pessoa doente; e capacitar a cuidadora para reorganização do seu projeto de vida, contemplando a prestação como parte integrante desse projeto, mantendo o foco também nas suas próprias necessidades.

Claramente, o conhecimento e compreensão da dinâmica familiar foi determinante para o sucesso das intervenções, possibilitando a parceria entre utente e cuidador, envolvendo-os no planeamento e execução dos cuidados, motivando-os para a recuperação e promovendo uma maior adesão aos programas de reabilitação prescritos. Assim, torna-se evidente a necessidade de se encarar o cuidador/família como um elemento-alvo de intervenção pelo EEER, devendo-se avaliar as suas capacidades e identificar as suas dificuldades nos cuidados que presta, de forma a se planearem as intervenções que maximizem a sua capacidade para a prestação dos cuidados necessários (Clay & Parsh, 2016; Reinhard, Givan, Petlick & Bemis, 2008).

Desta forma, houve a preocupação de se demonstrar envolvimento e compromisso com a pessoa cuidada e seus cuidadores, numa relação empática que promovesse a integração das suas crenças e valores nos cuidados prestados, mantendo uma visão holística dos mesmos. Foi possível colaborar tanto na satisfação das necessidades, como nas tomadas de decisão partilhada, o que se traduziu

num maior envolvimento da pessoa e família nos planos de cuidados, aumentando a satisfação com os mesmos.

Em suma, consideram-se alcançados dois dos objetivos específicos do ensino clínico, pois foi através da identificação de fatores facilitadores e de risco para a limitação da atividade e incapacidade; da definição conjunta com pessoa/cuidador e respetiva responsabilização pelas estratégias a implementar e os resultados a esperar; e do ensino, instrução, treino e supervisão da utilização de produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação), visando a maximização funcional da pessoa; que foi possível implementar programas de treino de AVD, como treino de equilíbrio, proprioceptivo e exercício neuromuscular, com o intuito de promover a maximização da autonomia e qualidade de vida e a adaptação às limitações inerentes à sua condição clínica.

Por sua vez, foi o diagnóstico de alterações que determinem limitações da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania e a minimização do impacto dos fatores de risco, tais como a identificação de barreiras arquitectónicas, que tornou possível delinear intervenções que visassem a orientação para a eliminação das barreiras identificadas no seu contexto de vida, adequando a utilização de sistemas de apoio e redes na comunidade para aumentar a reintegração e a adaptação familiar e social, sensibilizando-se a comunidade para a importância da adoção de práticas inclusivas a par com a partilha de conhecimento sobre legislação e normas técnicas promotoras da integração e participação cívica. Desta forma, considera-se igualmente alcançado o objetivo específico da promoção da mobilidade, acessibilidade e a participação social.

6.1.3 - Competência para Maximizar a Funcionalidade Desenvolvendo as Capacidades da Pessoa

Neste domínio englobam-se as seguintes competências: Consegue implementar programas de treino motor e cardiorrespiratório (J3.1); Avalia e reformula programas de treino motor e cardiorrespiratório em função dos resultados esperados (J3.2).

O EEER tem o dever de intervir com a pessoa e família, promovendo o seu bem-estar e qualidade de vida, através da maximização da funcionalidade (Miller, 2012), seja relativamente a um quadro de doença, de deficiência ou a uma dificuldade, sendo necessário determinar a natureza dos problemas existentes em termos de funcionalidade (Collière, 1997).

Assim, ao longo do estágio, desenvolveram-se intervenções em parceria com a pessoa e cuidador, com objetivo de otimizar as capacidades funcionais, promovendo um melhor desempenho cardiorrespiratório e motor. Para tal, realizaram-se ensinamentos, instruções e treinos que favorecessem

a reeducação física global, tais como o fortalecimento muscular, treino específico de AVD, reeducação ao esforço e tolerância à atividade física, de forma a promover a maximização da funcionalidade na pessoa e, conseqüentemente, melhorando o seu desempenho motor e cardiorrespiratório. Nesse sentido, também foi importante o ensino, instrução e treino de diferentes posições de relaxamento e descanso, técnicas de conservação de energia, de exercícios de mobilização osteoarticular e correção postural, sempre a par com a consciencialização e controle da respiração e o treino específico dos músculos envolvidos no processo respiratório. Desta forma, perspectivava-se otimizar a coordenação e eficácia dos músculos respiratórios, bem como otimizar a capacidade da pessoa em controlar a sua respiração, diminuindo o uso e permitindo o relaxamento dos músculos acessórios (Branco, 2012; Cordeiro & Menoita, 2012; OE, 2018 & 2020). Segundo Hoeman (2000) e Menoita (2012), o sucesso do processo de reabilitação não passa apenas pela reeducação funcional, mas sobretudo pelo desempenho da pessoa nas restantes horas do dia, pelo que é crucial promover a aquisição de conhecimentos que, pela potenciação das suas capacidades, lhe permitam lidar com as alterações de saúde e que promovam o seu bem-estar e qualidade de vida, devolvendo-lhe assim o controlo sobre os cuidados que recebe e sobre a sua vida (Fernandes & Vareta, 2019). Pois, ao se promover a aquisição de conhecimento através da partilha de informação, potencia-se a possibilidade de maximização da capacidade funcional da pessoa (Miller, 2012), o que permite a prevenção de complicações e a torna mais independente na gestão adequada da sua doença (DGS, 2009).

Atendendo ao exposto, o planeamento das sessões de reeducação funcional contemplava o ensino à pessoa e cuidadores sobre a fisiopatologia da doença presente e das patologias associadas, as suas conseqüências funcionais inerentes, a importância da adesão ao tratamento, o programa de reabilitação com os exercícios a realizar considerando como, quando e com que frequência deve executá-los. Contemplava ainda a promoção de adoção/manutenção de hábitos de vida saudáveis, como a prática de exercício físico, a alimentação equilibrada, a vacinação sazonal e a evicção tabágica.

Todavia, é fundamental a monitorização desde a implementação das intervenções aos resultados obtidos, em função dos objetivos previamente definidos em parceria com a pessoa/família, de forma a se possibilitar o ajuste do programa de reabilitação, sempre que necessário, e a que se verificarem os ganhos em saúde. Para tal, recorria-se a instrumentos de avaliação e escalas adequadas a cada situação, como forma de mensurar e validar o sucesso das intervenções implementadas, dando-se ainda visibilidade aos ganhos em saúde decorridos das intervenções do EEER através de indicadores de resultado (OE, 2019a).

Ao nível da maximização da funcionalidade da pessoa, sublinham-se, entre outras destacadas em exemplos anteriores, as intervenções adotadas no projeto de investigação. Este projeto de investigação, que tem como objetivo a capacitação dos cuidadores informais para a prevenção de LME, foi implementado sob a oferta de um “pacote formativo” contemplando 10 sessões de educação para a saúde (teóricas e teórico-práticas), bissemanalmente, durante 6 semanas. Neste contexto, foi também desenvolvido um folheto informativo, centrado na prática de exercício físico frequente como ferramenta útil na reeducação/manutenção da capacidade funcional e na gestão da sobrecarga do cuidador informal.

No desenvolvimento destas competências, sublinha-se a importância do conhecimento adquirido em sala de aula, complementado pela pesquisa de artigos e bibliografia relevante em bases de dados científicas, bem como os momentos de partilha de conhecimentos e reflexão com a enfermeira tutora e demais elementos da equipa. Foram intervenções que permitiram aprofundar o nível de conhecimentos, fundamentar a prática de cuidados e suportar as intervenções realizadas. Fica, assim, patente que foi possível conceber e implementar programas de treino neuromotor e cardiorrespiratório, monitorizando a sua execução e os resultados obtidos, face aos objetivos previamente definidos com a pessoa e cuidador. Para tal, mobilizou-se conhecimento com base na evidência científica sobre as funções cognitivas, cardiorrespiratórias e motoras, e implementaram-se programas e planos de reabilitação adequados, considerando-se situações de imprevisibilidade, complexidade e/ou vulnerabilidade. Procedeu-se ao ensino, instrução e treino sobre técnicas e tecnologias (incluindo a atividade e o exercício físico) que maximizem o desempenho a nível motor, cardíaco e respiratório, em função dos objetivos individuais da pessoa e o seu projeto de saúde, cumprindo-se, desta forma, o intuito de promover a saúde através da reabilitação/capacitação para a autogestão e prevenção de lesões.

Concluindo a análise deste domínio, é relevante referir que, com as atividades realizadas, foi possível alcançar os objetivos gerais de desenvolvimento de competências específicas da intervenção de EEER na área cardiorrespiratória, cognitiva, sensorial, motora, da alimentação, da eliminação e da sexualidade, bem como o objetivo geral de desenvolver competências específicas de intervenção do EEER na prevenção de LME no cuidador informal. Este último foi elencado com base no facto da prevenção de LME ser uma área de intervenção do EEER e na qual se procurava atingir a perícia. Como as LME relacionadas com o trabalho são um fenómeno multidimensional, a intervenção foi também multifacetada, pois considerou o fenómeno e a pessoa de forma holística. Realizou-se uma avaliação multifatorial dos fatores que potenciam o surgimento de lesão, delineando e implementando programas de reabilitação que eliminassem ou diminuíssem os seus efeitos, a par com a promoção de hábitos saudáveis, como a prática de exercício físico regular.

6.2. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Para desenvolver competências comuns do enfermeiro especialista, foram igualmente considerados os objetivos específicos elencados para o ENP e as atividades planeadas que, no seu conjunto, permitiram o alcançar dos mesmos e, consequentemente, o desenvolvimento das competências.

6.2.1 – Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

Neste domínio, incluem-se as seguintes competências: Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção (A1); Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (A2).

Ao longo do estágio, este foi um domínio que foi sendo aperfeiçoado, atendendo que a tomada de decisão ética deve ser baseada em valores, princípios e normas deontológicas, sendo transversal a todo o exercício profissional de enfermagem. No cerne deste domínio, estão as decisões tomadas relativas aos cuidados prestados, pretendendo-se que se traduzam em comportamentos nos quais fique patente o respeito pela pessoa, enquanto ser único e detentor de autonomia e dignidade, inserido num ambiente com o qual interage (OE, 2002).

Para o desenvolvimento destas competências foi fulcral promover e assegurar os direitos da pessoa cuidada, como sendo o acesso à informação, à confidencialidade e ao respeito pela sua autodeterminação, devendo os profissionais da equipa de cuidados atentar ainda aos seus valores, crenças e costumes.

Este domínio foi sendo demonstrado através de intervenções como a elaboração em parceria com utente/família dos planos de cuidados de reabilitação, sendo fornecida e explicada toda a informação sobre a patologia em causa, sobre fatores de risco presentes e seus efeitos possíveis, e sobre os objetivos/vantagens por detrás de cada intervenção, respeitando a tomada de decisão informada e apoiando as suas escolhas.

Sempre que não era demonstrada pelo utente a capacidade para exercer a sua autonomia, era ainda mais determinante o envolvimento da família, de forma a se atenderem às preferências da pessoa cuidada nas intervenções implementadas, estando enquadradas e respeitando o seu sistema de valores. O exercício constante deste domínio permitiu a aquisição de conhecimentos sobre diferentes sistemas de valores e crenças, reforçando a necessidade de individualização e adaptação dos cuidados às necessidades da pessoa cuidada, sempre numa visão holística do mesmo.

Considerando a transversalidade deste domínio em todos os cuidados, o mesmo está contemplado, suportado e devidamente regulado por diversos documentos legais, de forma a garantir a aplicação dos seus princípios intrínsecos. Assim, pode-se constatar a sua presença no regulamento do exercício profissional dos enfermeiros (OE, 2015b), no código deontológico do enfermeiro (OE, 2015b), no regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista (OE, 2019b), e ainda no regulamento das competências específicas do EEER (OE, 2019a).

Clarificada a sua importância para a prática de cuidados de excelência, percebe-se que a exigência da prática profissional deve ser indissociável dos princípios éticos e deontológicos da profissão, pois as relações de cuidado resultantes dessa conduta são um bem comum para todos (Kitson & Campbell, 1996).

Assumir a função de perito numa área, pressupõe ter competências acrescidas para o desempenho dessa função, pelo que se torna ainda mais premente a valorização dos pilares fundamentais da profissão. Assim, no decorrer do estágio, a atuação buscou sempre assentar no respeito pela pessoa e reconhecimento da sua dignidade, na promoção da sua autonomia e independência, enquanto se assegura a proteção dos seus direitos. Desta forma, aperfeiçoaram-se as intervenções, adaptando a prática de cuidados às situações decorridas do quotidiano.

Com exemplo desta atuação, recorde-se a situação do Sr. F. e a D. A. Segundo o sistema de valores, crenças e costumes presentes nesta família determinavam, por entendimento comum entre todos os seus elementos, que era obrigação da D. A., na qualidade de filha mais velha, prestar todos os cuidados necessários ao Sr. F., devendo estar permanentemente disponível, tendo para isso se demitido do seu trabalho. O cuidado era entendido numa óptica de substituição da pessoa na função, tornando o utente mais dependente, dependência essa que, por sua vez, aumentava a sobrecarga sentida pela D. A., resultando numa degradação mútua da saúde. Por um lado, o Sr. F. estava insatisfeito com os cuidados prestados, defendendo a necessidade de permanência constante da filha, por outro, a D. A. sentia-se desgastada e com frequentes episódios de labilidade emocional, acumulando tensão, estando tudo encaminhado para uma provável disrupção da dinâmica familiar.

A intervenção a este nível incidiu na transmissão de conhecimento que os permitisse tomar uma decisão consciente, ponderada e informada, que atendesse/solucionasse os problemas de ambas as partes. Assim, respeitando o seu sistema de valores, mas reconhecendo não ser benéfico para ambos, explicaram-se as consequências resultantes dessa dinâmica ao longo do tempo, tanto no utente como na cuidadora. Utilizaram-se estratégias como a escuta ativa, a aceitação e validação, a empatia, a clarificação de temáticas e a mediação, como formas de promover uma relação de parceria, permitindo que ambos encontrassem uma resposta satisfatória de parte-a-parte.

O resultado foi o compromisso assumido em conjunto, acordando em planejar juntos as atividades da semana, de forma a garantir momentos de descanso e lazer à D. A. sem haver perda da qualidade nos cuidados prestados ao Sr. F. Desta forma, foi possível proceder à reestruturação do plano de cuidados de enfermagem de reabilitação, agora verdadeiramente centrado nas suas necessidades e preferências, resultando na adesão motivada ao tratamento e melhorando, pelo reconhecimento mútuo da importância do trabalho de cada um, a relação afetiva existente. Toda a situação explana bem a essência dos cuidados de enfermagem, pois é “a relação com o doente que se torna o eixo dos cuidados no sentido em que é simultaneamente o meio de o conhecer e de compreender o que ele tem, mas ao mesmo tempo, detém em si próprio um valor terapêutico” (Collière, 1997, p.152) Segundo o código deontológico do profissional de enfermagem, o enfermeiro deverá abster-se de juízos de valor sobre o comportamento da pessoa, ou seja, deve evitar impor os seus próprios sistemas de valores, no que se refere à consciência e à filosofia de vida da pessoa cuidada (OE, 2015b). O respeito pela autonomia e pela liberdade de decisão isenta de interferências de terceiros, está no cerne deste dever, pois possibilita e valoriza o respeito pela tomada de decisão consciente e verdadeiramente livre, estando intimamente ligado à doutrina da dignidade humana e dos direitos humanos fundamentais. Como tal, é dever dos profissionais de enfermagem a capacitação da pessoa para o seu exercício (Fernandes & Vareta, 2019).

Desta forma, no decorrer das intervenções, promovia-se o direito da pessoa à autonomia através do respeito pela sua tomada de decisão e preferências nos cuidados de que era alvo, integrando-se nos mesmos os seus valores e crenças, enquanto se considerava sempre o seu projeto de saúde e os objetivos a alcançar. As intervenções permitiram potenciar as capacidades da pessoa, desenvolvendo a sua autonomia e independência nos autocuidados, culminando na sua reintegração na comunidade (Martins & Mesquita, 2016).

Por sua vez, ao se estabelecer uma parceria na relação de cuidados, assente na empatia e respeito pelos valores e crenças da pessoa cuidada, bem como no reconhecimento da sua autonomia, aumenta-se o envolvimento e satisfação do utente nos cuidados de que é alvo, conferindo-lhe um maior controlo sobre a sua situação, e passando simultaneamente a corresponsabilizá-lo pelo seu processo de recuperação. Esta postura de corresponsabilização, traduz-se num maior envolvimento, controlo e satisfação pelo utente, motivando-o para a sua recuperação (Fernandes & Vareta, 2019; (McWilliam, Ward-Griffin, Sweetland, Sutherland & O'Halloran, 2001).

Assim, a corresponsabilização partilhada entre a pessoa cuidada/família e o profissional de saúde, coloca o utente e família no centro de todas as tomadas de decisão, sendo isso apenas possível se a relação empática estabelecida for de parceria e transparência em todo o processo, para que este seja, efetivamente, centrado na pessoa (Silva, 2014). Não consiste na desresponsabilização do

profissional, nem meramente no facultar-se informação ou no se proporcionar tudo o que a pessoa deseja. Assenta sim, na conceção da pessoa/família trabalhar em conjunto com o profissional de saúde, desde o planeamento dos cuidados, sua implementação e avaliação dos mesmos, considerando e integrando as suas crenças e valores, estilos de vida e preferências, situação familiar e social, de forma a se adaptarem as respostas adequadas às suas necessidades (Gil, 2013).

Desta forma, tornou-se fulcral evidenciar competências pessoais e profissionais que fomentassem o estabelecer de uma relação terapêutica, tornando o ambiente propício aos cuidados, através da implementação de sistemas de tomada de decisão partilhada e organizacionais de suporte. Deste modo, ficou patente a demonstração da capacidade de intervir perante diferentes crenças e valores, da promoção do envolvimento e compromisso com o sujeito/família alvo de cuidados, da relação empática e colaborativa na tomada de decisão, da satisfação das necessidades numa visão holística de cuidados, de onde resultou o cuidado centrado na pessoa e, consequentemente, aumentando a sua satisfação com os mesmos (McCormack et al., 2015).

Atendendo ao exposto considera-se que, através da abordagem feita e atividades desenvolvidas descritas, foi alcançado o objetivo específico referente ao desenvolvimento de uma prática profissional considerando os processos das tomadas de decisão ética, fundamentadas em valores, princípios e normas deontológicas.

6.2.2 – Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

Neste domínio incluem-se as seguintes competências: Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas e institucionais na área da governação clínica (B1); Concebe, gera e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade (B2); Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro (B3).

No desenvolvimento de competências neste domínio, torna-se imprescindível o aprofundar de conhecimentos, pois só compreendendo profundamente um tema, se pode ambicionar melhorá-lo. Assim, foi necessária a familiarização com os projetos, protocolos e normas em vigor no serviço, complementando-se com pesquisas bibliográficas de relevo, nas áreas da prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação, da aplicação dos princípios da gestão de cuidados, da qualidade e da prevenção de LME em cuidadores informais, garantindo um ambiente seguro e capacitador.

Como exemplo de atividades realizadas neste âmbito, realça-se o contributo dado a projetos de melhoria contínua da qualidade na área da prevenção de LME em cuidadores informais (derivado da investigação realizada), as sessões de formação em serviço (sobre vantagens da adoção de

ginástica laboral e prevenção de LMERT), as sessões de educação para a saúde e a partilha entre colegas.

Através destas atividades, foi possível o desenvolvimento gradual de capacidades e competências ao nível de: aquisição de conhecimentos avançados sobre as diretivas na área da prevenção de LME (em contexto laboral ou domiciliário); análise e planeamento estratégico com foco na qualidade dos cuidados; definição de indicadores de resultado a utilizar; participação e gestão de processos de melhoria da qualidade; partilha de resultados obtidos da investigação realizada com demais equipa da UCC.

O planeamento destas sessões revelou-se muito enriquecedor, pois possibilitou transpor o conhecimento adquirido na teoria para domínio operacional, traduzindo-se numa intervenção multidimensional. Para a sua execução, pôde-se contar com a orientação e auxílio da enfermeira tutora, bem como a colaboração dos restantes elementos da equipa, o que culminou em planos de intervenções holísticos, centrados na pessoa, enquadrando-a no seu ambiente. Esses contributos e cooperações nas sessões de educação para a saúde ficaram pautadas pelo espírito de entreajuda, numa procura contínua pela melhoria dos cuidados prestados.

Por sua vez, da sessão focada na formação dos pares relativamente aos benefícios da ginástica laboral (apêndice 7), reservada aos elementos da UCC, resultou uma reflexão sobre formas de prevenção de LMERT, acabando por emergir a proposta de adoção desta prática pelo serviço. Esta atividade desenvolvida, de cariz teórico-prático, procurou evidenciar os diferentes riscos da imobilidade prolongada, por via da necessidade laboral em trabalhar por longos períodos em posições estáticas e/ou com movimentos repetitivos (ex.: trabalho em secretária), bem como das vantagens que a prática de ginástica laboral acarreta para a saúde dos trabalhadores. Nesse sentido, após a exposição teórica dos conceitos, realizou-se a componente prática, seguindo a mesma lógica de promoção da saúde direcionada aos cuidadores informais, envolvendo todos os participantes em exercícios de mobilização articular, reforço e alongamento muscular, como formas de aliviar as tensões musculoesqueléticas acumuladas, contribuindo para a melhoria da sua condição global.

Assim, além dos benefícios previamente referidos, desta atividade resultaram, além da adoção da ginástica laboral pela UCC, pedidos de colaboração em outras áreas de especialidade, como o caso da otimização de exercícios respiratórios e atividade física na grávida e de novas técnicas de relaxamento (ações iniciadas, mas não concluídas na duração do estágio). Assim, pode-se afirmar que esta atividade complementou de forma relevante o desenvolvimento das competências deste domínio, na medida em que se compreendeu, avaliou, analisou, planeou e operacionalizou o

conhecimento científico adquirido, tendo resultado em ações transformadoras e promotoras da melhoria contínua da qualidade.

Na ECCI desenvolveu-se um manual de promoção da atividade física, primando pela versatilidade de aplicação tanto a utentes como aos seus cuidadores, podendo servir ainda como ferramenta potenciadora do trabalho de reabilitação realizado com o utente (sob supervisão do EEER). Desta forma, permite-se a sistematização e uniformização da intervenção da equipa de enfermagem relativamente à fomentação da prática de exercício físico nos diversos públicos, sendo possível a adaptação a cada situação clínica, considerando a visão adaptada do modelo das consequências funcionais (Miller, 2012).

Ao nível da partilha entre colegas, ressaltando todos os valiosos e importantes momentos formativos (formais e informais) entre os elementos da ECCI e UCC, destaca-se também a oportunidade de assessorar, ainda que de forma informal, enfermeiras de cuidados gerais de lar e /ou hotel geriátrico, tanto no âmbito da continuidade e manutenção dos cuidados de reabilitação aos seus utentes, bem como na ergonomia aplicada às técnicas de transferências, mobilização e posicionamento. Este é um exemplo da estreita articulação e relação de proximidade existente entre instituições, pautada pelo respeito entre pares, estando patente o reconhecimento das competências evidenciadas pelos diferentes profissionais da ECCI, sendo esta muitas vezes uma referência de qualidade e conhecimento válido em diversas áreas de intervenção social, educacional e de saúde.

É responsabilidade do enfermeiro especialista identificar as áreas com potencial de melhoria na atuação da equipa de enfermagem e intervir de modo a minimizá-las. Para tal, deve orientar, aconselhar e liderar, enquanto descodifica, dissemina e conduz investigação relevante que possibilite melhorar de forma contínua a prática de enfermagem (OE, 2019b). Deve ainda desenvolver sistemas que fomentem a sensibilização, responsabilização e capacitação dos restantes profissionais, garantindo a segurança da pessoa cuidada (Fernandes & Almeida, 2017). Assim, ao identificar-se uma área com potencial de melhoria na intervenção com o cuidador informal, como a da prevenção de LMERT, foi possível elaborar documentos que contribuem para a sistematização do método de atuação da equipa de enfermagem.

Desta forma, considera-se igualmente alcançado o objetivo da dinamização de programas de melhoria contínua da qualidade desenvolvidos no serviço.

6.2.3 – Domínio da Gestão dos Cuidados

Neste domínio incluem-se as competências: Gere os cuidados otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional (C1); Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando à otimização da qualidade dos cuidados (C2).

No decorrer do estágio ficaram patentes a visão holística dos cuidados e a capacidade de conduzir uma avaliação global da pessoa e seu meio ambiente, identificando-se necessidades, fatores de risco associados e capacidades passíveis de serem maximizadas. Essa avaliação permitia não só compreender a situação presente, como criava uma base de partida para o planeamento dos cuidados de saúde, priorizando-se e adequando-se as intervenções mediante a situação apresentada e referenciando-se para os demais elementos da equipa multidisciplinar e profissional, sempre que necessário.

Para uma eficiente gestão e coordenação de recursos e cuidados, é fundamental haver uma articulação clara e robusta, porém flexível, com os restantes profissionais que compõem as equipas de saúde e/ou demais parceiros institucionais. Com o intuito de desenvolver estas competências, apontam-se as atividades realizadas ao nível: da avaliação e identificação das necessidades da pessoa e seu ambiente; da consequente análise crítica e discussão colaborativa para as tomadas de decisão, no seio da equipa multidisciplinar e profissional; procedendo-se posteriormente à referência para outros profissionais de saúde, quando justificado. Através destas intervenções, foi possível fazer a gestão dos cuidados de enfermagem em virtude das necessidades reais ou potenciais da pessoa e família e face aos recursos existentes. Permitiu ainda orientar a decisão relativa à delegação de que tarefas (e nunca responsabilidades), envolvendo-se assim todos elementos da equipa (cuidadores incluídos) na promoção e/ou prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação.

A título de exemplo, destaca-se a intervenção com os Srs. C., casal idoso a residir temporariamente em hotel geriátrico, após queda com fratura do colo do fémur esquerdo do Sr. C. A esposa e cuidadora D. C., era também ela portadora de doença, apresentando úlceras venosas que a condicionavam na sua mobilidade e capacidade de prestar cuidados ao marido. Por sua vez, o domicílio onde residiam era ao nível de um segundo andar, em prédio sem elevador. Embora reconhecessem que o hotel não era a melhor opção a médio/longo prazo, atendendo aos gastos financeiros que representava, não conheciam redes de apoio comunitário capazes de resolver o problema de assistência ao Sr. C., permitindo o seu regresso ao domicílio.

Neste sentido, considerando a diminuição da amplitude e força muscular apresentadas com dor associada, houve necessidade de articular (ao nível da saúde) com o médico, para o alívio da dor, e

com a equipa de cuidados do hotel geriátrico, conciliando esforços e garantindo a realização bi-diária das intervenções do programa de reeducação funcional motora, tendo estes sido ensinados, instruídos e treinados nos mesmos. Por sua vez, o programa de reeducação funcional motora incidiu em mobilizações osteoarticulares (ativas-assistidas, ativas, ativas-resistidas, numa ótica progressiva mediante tolerância do utente), treino de reforço muscular, com exercícios isométricos (ex.: contrações prolongadas) e isotónicos (ex.: subir e descer escadas) e treino de marcha com canadianas, com o objetivo de promover a sua reinserção e exercício da cidadania. Foi também necessária a articulação com a assistente social, no sentido de se orientar para uma rede de apoio que assegurasse a continuidade dos cuidados a prestar, permitindo o regresso de ambos ao domicílio.

Atendendo ao exemplo, fica clara a capacidade de elaboração de planos de reabilitação em conluio com a pessoa/família, e articulando com variados atores, no sentido de fomentar a sua autonomia, independência e reintegração no seu ambiente e devolvendo o controlo da situação e projeto de vida. Ficou também patente a capacidade de adequação dos recursos existentes às necessidades manifestadas, bem como a de contributo pertinente na tomada de decisão e de potenciar o trabalho da equipa multiprofissional. Também é relevante mencionar a avaliação do ambiente, encarado como sendo as condições externas à pessoa que influenciam as dimensões biopsicoespiritual e da funcionalidade (Miller, 2012). Na situação descrita, o ambiente afigurava-se como potenciador da limitação da funcionalidade da pessoa, pelo que, com a intervenção, foi possível capacitá-la para a superação deste obstáculo, permitindo o seu reingresso na comunidade, promovendo o seu bem-estar e qualidade de vida.

Outra das atividades que se destaca para o desenvolvimento desta competência, é a participação ativa em reuniões da equipa multiprofissional onde, após apresentação dos dados recolhidos nas avaliações realizadas, se analisavam as situações de cada utente/família e determinavam as prioridades de atuação segundo plano estruturado de intervenções. É de realçar a importância que a comunicação eficaz tem não só neste contexto, como para todos os contextos de interação humana e, conseqüentemente, é fundamental para a prática de enfermagem (Fernandes & Vareta, 2019).

Atendendo às funções do EEER, torna-se fundamental para a elaboração do plano de intervenção de enfermagem de reabilitação haver uma eficiente articulação com os demais elementos da equipa multiprofissional (Miller, 2012), de forma a poder intervir objetivamente na potenciação da capacidade, promoção da independência e autonomia e maximização da satisfação da pessoa (OE, 2019b).

A DGS (2017) garante que para assegurar a continuidade dos cuidados é necessário haver, entre os elementos da equipa e/ou demais parceiros, uma comunicação eficaz na transmissão de informação. Por sua vez, segundo o Artigo 109 do estatuto da Ordem dos Enfermeiros, prevê-se o dever do enfermeiro em assegurar a continuidade dos cuidados com qualidade, assumindo a responsabilidade por todas as atividades que delega (OE, 2019b).

Atendendo ao exposto, percebe-se que comunicar de forma eficaz é uma capacidade que o EEER deve dominar, uma vez que influencia diretamente a sua prática, tanto na confiança estabelecida com a pessoa, como na estabelecida com outros profissionais. São o respeito, a compreensão e a cooperação, alavancadas pela comunicação eficaz, que permitem integrar diferentes habilidades de indivíduos distintos, transformando-a numa equipa multidimensional e profissional, com capacidade coletiva para uma prestação de cuidados mais eficiente, holística e centrada na pessoa (Abreu, Munari, Queiroz & Fernandes, 2005).

Esta postura foi um dos fatores determinantes para o desenvolvimento desta competência, pois assegurou o reconhecimento pelo domínio de cada profissional, permitiu a escolha e adaptação de metodologias mais eficazes de trabalho, sempre de forma articulada, cooperativa e de complementaridade, acabando por fomentar a análise das situações numa ótica de reabilitação nos outros elementos da equipa (Hesbeen, 2003).

Afinal, a eficácia de uma equipa revela-se pela capacidade demonstrada pelos diferentes profissionais que a integram em dar respostas adequadas às necessidades da pessoa, considerando os recursos disponíveis, numa verdadeira simbiose de competências (Hesbeen, 2003), objetivando-se a promoção da continuidade de cuidados e fomentando o suporte dos serviços de saúde quanto às necessidades evidenciadas pela pessoa e família (Turner, Gardner, Staples, E. Chapman, 2008).

Relativamente à dinâmica de interação com os restantes elementos da equipa, é de sublinhar o reconhecimento e receptividade destes relativamente aos contributos que o EEER tem para a qualidade dos cuidados prestados, reconhecendo a sua pertinência e perícia na área que intervém, sabendo como, quando, onde e porquê de fazer uso desses conhecimentos (Nunes, 2010). A este nível, apontam-se as solicitações de assessoria por parte da restante equipa, que procuravam otimizar e/ou validar as suas intervenções. Como exemplo, destacam-se os contributos dados ao nível do conhecimento sobre posicionamento anti-espástico na pessoa vítima de AVC, na otimização da ergonomia aquando da técnica de transferência e materiais de apoio à sua execução e na fomentação de hábitos saudáveis em contexto laboral, como a prática de exercício físico (ginástica laboral), visando a prevenção de LME decorridas do trabalho.

É através da realização de registos que o enfermeiro garante a autonomia da sua intervenção (Silva, 2010), uma vez que clarificam a situação presente, as avaliações e intervenções realizadas, bem

como a evolução do quadro clínico da pessoa, tendo validade jurídica e garantindo a proteção legal da pessoa cuidada e do profissional que os redigiu (Phaneuf, 2001). Assim, os registos eram realizados de forma clara e objetiva, tanto no programa SClínico como na plataforma da RNCCI, permitindo a gestão dos planos de cuidados de reabilitação implementados, enquadrando-os na visão holística e integrada dos cuidados.

Adotando os pressupostos da teoria das consequências funcionais, a intervenção do EEER coloca-o numa posição de relevo para liderar a gestão de cuidados, pois esta assenta numa visão holística da pessoa e seu ambiente, avaliando necessidades de cuidados imediatas e a longo prazo da pessoa/família e ambiente, mediando e orientando um conjunto de decisões acerca do planeamento e implementação dos cuidados, visando minimizar efeitos de fatores de risco e promovendo capacidades e maximizando a funcionalidade (Miller, 2012). Por sua vez, o EEER deve usar e otimizar a rede de suporte da pessoa, que inclui um grupo de atores não profissionais que são abrangidos pelo processo de reabilitação (Hesbeen, 2003), reconhecendo-a como parceira na prestação de cuidados e simultaneamente, merecedora de ser também alvo desses cuidados.

Assim, relativamente à gestão de cuidados, esta foi pautada pela colaboração estreita e entreajuda entre os elementos da equipa multidisciplinar e profissional, baseada na clareza e eficácia da comunicação (Hoeman, 2000), considerando a pessoa em todas as suas dimensões e centrando-a na prestação de cuidados. Deste modo, foi possível coordenarem-se cuidados de enfermagem/saúde, identificando problemas e alocando os recursos humanos adequados a cada situação, envolvendo sempre utentes/famílias no planeamento e execução dos mesmos, motivando e corresponsabilizando-os assim, pelo sucesso dos programas definidos.

Assim, entende-se ser esta a grande valência do EEER na comunidade. Poder atuar como agente facilitador da transição saúde-doença ao longo do ciclo de vida e em todos os contextos da saúde da pessoa/família, moldando e transformando o seu contexto num ambiente capacitador, desenvolvendo capacidades e maximizando a funcionalidade, numa ótica de promoção da autonomia e independência, reinserção e exercício da cidadania e, por último, o bem-estar e qualidade de vida. A ECCL surge como uma equipa de cuidados de saúde, com função de facilitar a transição da saúde-doença, considerando a pessoa e o seu ambiente, numa atuação holística e verdadeiramente centrada na pessoa. É quem garante na comunidade a continuidade do trabalho de recuperação iniciado em contexto hospitalar, adequando e adaptando os cuidados às necessidades da pessoa e/ou seu ambiente, devendo-se entender a referenciação como uma garantia da continuidade na comunidade dos cuidados prestados à pessoa.

Desta forma, em linha com o exposto, entende-se ter-se atingido o objetivo de desenvolver competências no âmbito da gestão e coordenação de cuidados de enfermagem e de recursos

humanos, tendo-se clarificado as atividades realizadas para o desenvolvimento dessas competências.

6.2.4 – Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

Nesse domínio incluem-se as seguintes competências: Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade (D1); Baseia a sua práxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento (D2).

Segundo a OE (2019b), os domínios de competências comuns do enfermeiro especialista estão interligados pautando-se pela transversalidade, o que os torna passíveis de serem trabalhados em conjunto. Assim, é o enfermeiro especialista quem detém competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem especializados, considerando as respostas humanas aos processos de saúde-doença e evidenciando elevados níveis de compreensão de fenómenos, de análise clínica e de tomada de decisão, dentro da área na qual intervém.

A reflexão permanente sobre tomadas de decisão alavancou o desenvolvimento de competências neste domínio, pois facilitou a consciencialização do papel do EEER perante determinada situação. Fruto dessas reflexões, emergiram várias hipóteses, que permitiram deliberar e priorizar os cuidados a prestar, adequando-os às necessidades da pessoa e seu ambiente, numa ótica de respeito pelos seus valores e direitos (Nunes, 2006). Paralelamente à reflexão autónoma, o recurso à supervisão das enfermeiras tutora e orientadora, possibilitou explorar, em segurança, as fundamentações das ações tomadas, relacionando-as com os motivos que originaram essa ação.

A par com a tomada de decisão, surge a responsabilidade profissional para com o utente/família, pois a decisão, que se pretende refletida, responsável e orientada pelos valores e princípios delineados no código deontológico do enfermeiro, é a percussora da ação. Assim, é crucial desenvolver a capacidade de reflexão, sendo condição indispensável para que o enfermeiro se torne especialista, uma vez que é a reflexão intencional que permite gerar e desenvolver conhecimento em enfermagem. Esta capacidade de reflexão é então central para a evolução da prática e do desempenho profissional, sendo basilar para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados (Fernandes & Vareta, 2019).

Segundo Grazzola et al (2014), do pensamento reflexivo resultam novas visões conceituais que, quando testadas pela experiência, transformam a aprendizagem num processo cíclico de reflexão-ação-reflexão. Isso possibilita a evolução dos conceitos, que depois de adquirirem novos significados, permitem equacionar formas alternativas de atuação, num contexto de dinâmica formativa, que comporta tanto a ativação de experiências anteriores, como a integração de novos conhecimentos.

Outro aspeto relevante para qualidade da prestação de cuidados decorre do facto de um enfermeiro especialista deter um conjunto de conhecimentos válidos e robustos, atendendo que deve *“ser capaz de em cada situação de cuidados, usar a evidência em função do bem do outro, protegendo a sua vulnerabilidade e respeitando os seus valores e expectativas”* (Botelho, 2010, p. 1). É através do respeito pelos direitos de valores universais e constitucionais da pessoa, numa conduta pautada pelos princípios éticos, morais e respetivo código deontológico que, quando em associação ao conhecimento científico e experiência profissional, o enfermeiro ascende ao nível de perito (Fernandes & Vareta, 2019).

Basear a sua atuação na evidência científica, é inerente da prática profissional do enfermeiro especialista. Como tal, durante o estágio, foi possível aprofundar conhecimentos, ora através de pesquisas de artigos e bibliografia relevante para cada domínio e consequente reflexão, ora pelos esclarecimentos obtidos junto da enfermeira tutora, ou ainda pelo aporte fornecido pelos demais profissionais da equipa. Com o conhecimento adquirido, foi possível transpô-lo para a prática, fundamentando as intervenções e atividades formativas realizadas, agindo como gestor e promotor da incorporação de novo conhecimento na prática de cuidados.

Com o intuito de contribuir para a melhoria contínua da qualidade, divulgaram-se os resultados obtidos na condução da investigação realizada, em sessão informativa à ECCL, tendo-se recorrido a indicadores de resultados propostos pela Ordem dos Enfermeiros. Neste domínio de competências, foi ainda desenvolvido, no âmbito da intervenção da ECCL, um manual de orientação para a prática de exercício físico (disponível para posterior aplicação pela equipa), contemplando o reforço e alongamento muscular, numa perspetiva de prevenção de LME e promoção do bem-estar e qualidade de vida do cuidador informal. Já no que respeita à formação de pares, aponta-se a sessão formativa realizada com foco na relevância da atividade física regular mesmo em contexto laboral (Ginástica laboral), como forma de prevenção de LME decorrente do trabalho.

Considerado o exposto, fica patente que, nas atividades desenvolvidas, a prática clínica de prestação de cuidados de enfermagem especializados, assentes na evidência científica, foi um aspeto intrínseco e indissociável da atuação do EEER, pelo que se considera alcançado esse objetivo específico.

7. CONCLUSÃO FINAL DO RELATÓRIO DE ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

Os atuais programas de ciclo de estudos preveem a realização dos ENP, com apresentação de um Relatório Final obrigatório, sendo encarados como excelentes oportunidades para otimizar a produção de conhecimento ao nível da investigação científica em Enfermagem de Reabilitação, aproximando o meio académico da prática clínica.

Ao longo do percurso do presente ENP, encontraram-se diversos desafios que enriqueceram o conhecimento, não só adquirido previamente durante o ensino académico e científico, mas principalmente adquirido em contexto profissional, através das diversas experiências que permitiram concretizar os objetivos propostos inicialmente. Foi necessário planear o desenvolvimento de inúmeras estratégias e atividades, como respostas aos diversos problemas e limitações encontrados ao longo das mais de 410 horas de contacto efetivo (6 meses). O Relatório Final é um requisito da OE para a atribuição de título de EEER, procurando resumir as competências adquiridas, com base num referencial teórico e reflexivo que orientou todas as atividades desenvolvidas no âmbito da Enfermagem de Reabilitação na Comunidade.

Efetivamente, desenvolveram-se competências específicas do EEER, designadamente na promoção da maximização da autonomia, capacitação, qualidade de vida, interferindo positivamente no processo de transição saúde/doença, com vista à sua reabilitação/reintegração, através de cuidados, técnicas e tecnologias específicas de reabilitação, no âmbito da conceção, implementação e avaliação de programas de reeducação funcionais. Paralelamente, exigiu uma reflexão de base ética e legal sobre a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa/cuidador/família em contexto comunitário, e o desenvolvimento de competências ao nível da melhoria contínua, da gestão de cuidados, da investigação, da formação e assessoria.

A função de cuidador informal é, em si mesmo, um fenómeno que cada vez mais carece de atenção por parte da comunidade científica, dado os enormes desafios e impactos a que estão expostos, com elevado potencial para a limitação da sua funcionalidade e participação social. O desenvolvimento da enfermagem de reabilitação tem um papel fulcral, com o contributo de respostas dos sistemas de saúde a estes novos desafios, considerando as suas competências profissionais, promotoras da readaptação/reeducação funcional. Nesse sentido, justifica-se a necessidade de constante atualização de conhecimentos, dos quais a investigação assume um papel determinante, para que os EEER possam ser agentes promotores da segurança e qualidade dos cuidados. Assim, a qualidade da enfermagem enquanto ciência, assenta na prática baseada na evidência e na evidência baseada na prática. No entanto, atendendo às características intrínsecas de um ENP, podem encontrar-se limitações ao nível dos estudos, de metodologias e de abrangência temporal.

A capacitação do cuidador informal para a prevenção de LME e gestão da sobrecarga, revela-se uma importante área de atuação do EEER, tendo a investigação deste ENP procurado dar respostas que contribuam para um melhor entendimento científico. Confirmada a premissa previamente levantada, que demonstra os benefícios que uma intervenção formativa produz na prevenção de LME e gestão de sobrecarga em cuidadores informais, a intervenção adotada traduziu-se simultaneamente em ganhos concretos para a sua saúde e qualidade de vida, bem como para a sociedade em geral, na medida em que se perspetiva poderem prolongar, em segurança, a prestação de cuidados à pessoa dependente no domicílio. Desta forma, evidenciou-se a influência positiva de um programa de enfermagem de reabilitação na capacitação dos cuidadores informais. Os resultados obtidos na investigação realizada reforçam a visibilidade aos cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação, uma vez que, após o dispositivo de formação foi notória a melhoria dos cuidados e a capacitação do cuidador. A maioria dos cuidadores informais referiu, e continua a referir, que o ensino, instrução e treino sobre movimentação manual de cargas, onde se incluem as técnicas de posicionamento e transferência, nem sempre são abordados pelos profissionais de saúde, sendo esta uma lacuna passível de ser ultrapassada com intervenções formativas regulares pelo EEER da comunidade.

Os resultados refletem, ainda, que a maioria dos cuidadores informais perceciona a degradação do seu estado de saúde, sobretudo a nível físico e psicológico, experimentando ainda alteração das rotinas familiares e sociais. A totalidade dos cuidadores informais participantes apresenta alterações do sistema musculoesquelético condizentes com LME, revelando não terem real noção da gravidade que as mesmas podem assumir quando descoradas/não-tratadas, optando frequentemente por medidas farmacológicas em regime de auto-prescrição. Assim, foi crucial o ensino de posições de relaxamento, exercícios de alongamento e de fortalecimento muscular, com fomentação da prática de exercício físico regular, a par com a informação e capacitação para a prestação de cuidados em segurança, especialmente aquando da movimentação manual de cargas. Desta forma, os resultados deste estudo, vêm reforçar a necessidade de ensino, instrução e treino sobre como prevenir as LME e gerir a sua sobrecarga, pois evidencia que o cuidador informal de pessoas dependentes no domicílio é, por norma, carente de informação e formação básica, sendo frequente não demonstrarem conhecimentos e comportamentos adequados para cuidar da pessoa dependente, salvaguardando a sua própria segurança, podendo a exigência deste novo papel levar à exaustão física, com conseqüente surgimento de lesões musculoesqueléticas, exaustão psicológica e social.

A maior força deste estudo é identificada como os ganhos em saúde para os visados, numa ótica de promoção para a saúde e com as mudanças de comportamentos, prevenindo as lesões

musculoesqueléticas do cuidador, bem como uma melhor adaptação e capacitação deste para a função. Estas ações levarão a uma redução de complicações inerentes e veiculadas pela impreparação para a tarefa de cuidar, implicando no decréscimo do número de internamentos para descanso do cuidador e acarretando, consequentemente, a diminuição dos custos em saúde, o que se traduz como benefícios para cuidador, pessoa cuidada e sociedade em geral, além de dar visibilidade ao trabalho e ação na comunidade do EEER.

As maiores fraquezas desta investigação prendem-se com o tamanho da amostra e a regionalidade da mesma. Prende-se ainda com o facto de estudos do tipo quase-experimental não permitirem a generalização das conclusões, fomentando apenas a realização de novos estudos que as possam comprovar/refutar.

Após a realização deste trabalho fica a convicção de que este é, de facto, um tema que carece de investimento dentro da área de investigação em Enfermagem e que, no futuro, deve ser mais estudado. Pretende-se com os resultados deste estudo: dar um contributo para a melhoria da qualidade de vida da pessoa dependente no domicílio; capacitar de mais conhecimentos e competências os cuidadores informais para a prevenção das lesões musculoesqueléticas e gestão da sobrecarga sentida; promover a adoção de hábitos saudáveis e sensibilizar para a temática; promover uma prestação de cuidados domiciliários em segurança e prolongada no tempo; diminuir o número de internamentos para descanso do cuidador, aliviando o esforço das respostas institucionais de saúde; desenvolver conhecimento nesta área, contribuindo para respostas mais robustas, eficazes e eficientes a esta problemática; promover a educação, o ensino e melhorar práticas de enfermagem; e por fim obter ganhos em saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU-FIGUEIREDO, R. Sá, L., LOURENÇO, T., & ALMEIDA, S. (2019). Ansiedade relacionada à morte em cuidados paliativos: validação do diagnóstico de enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*, 32(2), 178-185. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900025>

ABREU, L. M., MUNARI, D. B., QUEIROZ, A. L. & FERNANDES, C. N. (2005). O trabalho de equipe em enfermagem: revisão sistemática da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 58(2), 203-7

ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO NORTE, I.P. – Promoção da Saúde. [Em linha]. Porto, 2008. [Consultado em 19 Abr. 2024]. Disponível na WWW <URL: <http://portal.arsnorte.minsaude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Sa%C3%BAdede%20P%C3%BAblica/Promo%C3%A7%C3%A3o%20da%20Sa%C3%BAdede>

AKGUN-CITAK, E., ATTEPE-OZDEN, S., VASKELYTE, A., BRUCHEM-VISSER, R., POMPILI, S., KAV, S., ACAR, S., AKSOYDAN, E., ALTINTAS, A., AYTA, A., BASKICI, C., BLAZEVICIENE, A., SCARPA, A., KIZILTAN, G., & MATTACE-RASO, F. (2020). Challenges and needs of informal caregivers in elderly care: Qualitative research in four European countries, the TRACE Project. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 87, 103971. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2019.103971>

AKSOYDAN, E., AYTA, A., BLAZEVICIENE, A., BRUCHEM-VISSER, R., VASKELYTE, A., MATTACE-RASO, F., ACAR, S., ALTINTAS, A., AKGUN-CITAK, E., ATTEPE-OZDEN S., BASKICI, C., KAV, S. & KIZILTAN, G. (2019). Is training for informal caregivers and their older persons helpful? A systematic review. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 83, 66-74. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2019.02.006>

ALCÂNTARA, R. M. S. – Programa de exercícios para prevenção de lesões músculo-esqueléticas ligadas ao trabalho em trabalhadores do sector das telecomunicações. Lisboa: Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, 2014. Tese de mestrado.

ALVES, M. (2015). *Os Impactos do cuidar de idosos dependentes em contexto domiciliário e a importância do apoio do cuidador*. Dissertação de Mestrado. Instituto Politécnico de Castelo Branco. Escola Superior de Educação. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Castelo Branco.

ANDREASEN, N. C. – Admirável Cérebro Novo: Dominar a Doença Mental na Era do Genoma. Lisboa: Climepsi Editores, 2003. ISBN 9789727960842. 400 p.

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE SEGURANÇA (APSEI) – As lesões musculoesqueléticas relacionadas com o trabalho. Lisboa. [Em linha]. (2022). [Consultado em 19 janeiro 2022]. Disponível na WWW: <URL: <https://www.apsei.org.pt/areas-de-atuacao/seguranca-no-trabalho/as-lesoes-musculosqueleticas-relacionadas-com-o-trabalho-lmert/>>.

ARAÚJO, F. [et al] - Validação do Índice de Barthel numa Amostra de Idosos não Institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Lisboa. ISSN 08709025. N.º 35 (Jul.-Dez. 2007), p. 59 – 66

ARAÚJO, O., LAGE, I., CABRITA, J., & TEIXEIRA, L. (2016, April). Eficácia do programa INCARE na sobrecarga dos cuidadores informais de pessoas idosas após um AVC. *Revista Portuguesa de Saúde Mental*, 5.

AZEVEDO, B. D. S., NERY, A. A., & CARDOSO, J. P. (2017). Occupational stress and dissatisfaction with quality of work life in nursing. *Texto Contexto Enferm.* 26(1):e3940015. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017003940015>.

BOYLAN, L. N. & BUCHANAN, L. C. – Reabilitação de Base Comunitária. In Hoeman, S. P. – *Enfermagem de Reabilitação – Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados*. 4ªed. Loures: Lusodidacta, 2011. ISBN 978-989-8075-31-4. p.187-200

BOTELHO, M. A. R. (2010). Evidência e Ética. *Pensar em Enfermagem*, 2(14), 1.

BRANCO, P.S. (2012). *Temas de Reabilitação - Reabilitação Respiratória*. Medesign, Lda.

BRANCO, T. & SANTOS, R. (2010). *Reabilitação da Pessoa com AVC*. (1a ed). Coimbra : Formasau - Formação e Saúde, Lda. ISBN 978-989-8269-09-6.

BRANCO, M. P. C. (2015). *O Cuidador Informal no Processo de Adaptação à Dependência no Autocuidado*. Viana do Castelo: Instituto Politécnico de Viana do Castelo – Escola Superior de Saúde, 2015. Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

ÇELIK, S. et al. (2018). Critical-Care Nurses' Pain Experiences and the Prognostic Factors. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 37(1), 3-11. doi: 10.1097/DCC.0000000000000276.

CLAY, A. & PARSH, B. (2016). Patient and Family-Centered Care: It's Not Just for Pediatrics Anymore. *AMA Journal of Ethics*, 18(1), 40-44. DOI: 10.1001/journalofethics.2016.18.01.medu3-1601

COELHO, S., MENDES, I. (2011). *Da pesquisa à prática de enfermagem aplicando o modelo de adaptação de Roy*. Revista Reflexão. Consultado em: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452011000400026>

COLLIÈRE, M. (1997). *Promover a vida*. Lisboa: Lidel.

CORDEIRO, M. C. O. & MENOITA, E. C. P. C. (2014). *Manual de boas práticas na reabilitação respiratória*. (2ª Ed.). Loures: Lusociência.

COSTA, A., OTHERO, M. – *Reabilitação em Cuidados Paliativos*. Loures: Lusodidacta, 2014. ISBN 978-989-8075-41-3. 381 p.

COSTA, É. C. S. [et al] – Sobrecarga Física e Mental dos Cuidadores de Pacientes em Atendimento Fisioterapêutico Domiciliar das Estratégias de Saúde da Família de Diamantina (Mg). *Revista Baiana de Saúde Pública*. Salvador – Bahia. ISSN 2318-2660. V.37, N.º 1 (Jan. – Mar. 2013), p. 133-150.

DANTAS, Pedro D. F. (2020). A sobrecarga do cuidador informal do idoso dependente e alvo de cuidados de enfermagem de reabilitação na região autónoma da madeira: Um estudo transversal-

descritivo. Funchal: Escola Superior de Enfermagem de S. José de Cluny, 2020. Dissertação de mestrado.

DECRETO-LEI n.º 330/1993. In Diário da República I Série. 226 (1993/09/25) 5391-3865

DECRETO-LEI n.º 101/2006. In Diário da República I Série. 109 (2006/06/06) 3856-3865

DECRETO-LEI n.º 28/2008. In Diário da República I Série. 38 (2008/02/22) 1182-1189

DECRETO-LEI n.º 12/2009. In Diário da República I Série. 171 (2008/09/04) 6225-6233

DESPACHO n.º 10143/2009. In Diário da República II Série. 74 (2009/04/16) 15438-15440

DESPACHO n.º 3618-A/2016. In Diário da República II Série. 49 (2016/03/10) 8660-(5)-8660-(6)

DIÓGENES, M.; PAGLIUCA, L. (2003). *Teoria do Autocuidado: análise crítica da utilidade na prática da enfermeira*. Revista Gaúcha Enfermagem, Porto Alegre. (2003). 24(3), pp.286-293.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2008). *Lesões Musculoesqueléticas Relacionadas com o Trabalho: Guia de Orientação para a Prevenção*. Programa Nacional Contra as Doenças Reumáticas. Lisboa.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. (2009). *Orientações Técnicas sobre Reabilitação Respiratória na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. (2017). *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. Norma nº 001/2017. Lisboa: Direção-Geral de Saúde.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2020). Programa Nacional de Saúde Ocupacional. Recuperado por <https://www.dgs.pt/saude-ocupacional/programa-nacional4.aspx>.

DIXE, M. A. C. R. & QUERIDO, A. I. F. – Cuidador informal de pessoa dependente no autocuidado: fatores de sobrecarga. Revista Enfermagem Referência. [Em linha]. Vol. V nº 3, (2020), p. 1-8. ISSN 0874-0283. [Consultado em 15 dezembro 2021]. Disponível na WWW: <URL: http://scielo.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832020000300004&lng=pt&nrm=iso>.

DUARTE, M. S., GONÇALVES, N. R., FERREIRA, G. N. T. & CUNHA R. G. (2017). THE IMPACT OF A LABOR GYMNASTICS PROGRAM MEASURED THROUGH THE NORDIC OSTEO MUSCULAR SYMPTOMS QUESTIONNAIRE. e-Scientia, 10(1), 1-12. Recuperado por <https://revistas.unibh.br/dcbas/article/view/2007/pdf>.

EUROCARERS – About Carers. [Em linha]. (2020). [Consultado em 6 janeiro 2022] Disponível na WWW: <URL: <https://eurocarers.org/about-carers/>>.

EUROPEAN AGENCY FOR SAFETY AND HEALTH AT WORK. (2020). Work-related diseases. Recuperado por <https://osha.europa.eu/en/themes/work-related-diseases>.

EUROPEAN AGENCY FOR SAFETY AND HEALTH AT WORK. (2019). Event summary: Give musculoskeletal health to children and young workers. Recuperado por <http://osha.europa.eu>.

EU-OSHA – Lesões Musculoesqueléticas. [Em linha]. 2021. [Consultado em 19 janeiro 2022]. Disponível na WWW: <URL: <https://osha.europa.eu/pt/themes/musculoskeletal-disorders>>.

ETTERS, L. G. D. & HARRISON, B. (2008). Caregiver burden among dementia patient caregivers: a review of the literature. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 20(8), 423-428. [http:// dx.doi.org/10.1111/j.1745-7599.2008.00342.x](http://dx.doi.org/10.1111/j.1745-7599.2008.00342.x)

FALZON, P. – Ergonomia. 3ª ed. Paris: Editora Edgard Blücher Ltda, 2014. ISBN 978-85-212-0412-1

FERNANDES, J. A. B. A. (2011). *Resiliencia y vulnerabilidad en familias de personas con esquizofrenia*. Tese de Doutoramento.

FERNANDES, J. B. & ALMEIDA, A. S. (2017). *Prevenção de Quedas no Hospital. A aplicação da teoria das consequências funcionais*. Berlin: NEA

FERNANDES, J.B., SÁ, M.C. (2021). *Desenvolvimento de Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Papa-Letras. ISBN: 978-989-8214-76-8

FERNANDES, J. B. & VARETA, D. A. (2019). *Enfermagem Avançada*. Lisboa: Papa-Letras.

FERNANDES, C. S., COUTO, G., CARVALHO, R., FERNANDES, D., & FERREIRA, P. (2018). *Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho autorreferidos por profissionais de saúde de um hospital em Portugal*. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, 16(3), 353-359. doi: 10.5327/Z1679443520180230.

FERREIRA, M. P. F. - DOENTE COM AVC: GANHOS NA QUALIDADE DE VIDA APÓS INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO. [S.l.] : Instituto Politécnico de Viana do Castelo, 2014

FERREIRA, M. F. A. P.; PERES, M. R. - Implementação de um programa de reabilitação: intervenção do enfermeiro especialista de reabilitação numa UCI. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*. ISSN 2184-3023. 3:2 (2020) 68–75. doi: 10.33194/rper.2020.v3.s2.10.5828.

FONSECA, J. (Coord.) (2018). *Afasia e comunicação após a lesão cerebral*. Papa-Letras. Lisboa. ISBN: 978-989-8214-65-2

FORTIN, M. F. – FUNDAMENTOS E ETAPAS DO PROCESSO DE INVESTIGAÇÃO. Loures: Lusodidacta, 2009. ISBN 978-989-8075-18-5. 618 p.

GILL, P. S. (2013). Patient Engagement: An investigation at a primary care clinic. *International Journal of General Medicine*, 6, 85-98. DOI: 10.2147/IJGM.S42226

GRAZZOLA, N., STEFANO, J., THÉRIAULT, A. & AUDET, C. (2014). Positive experiences of doctoral-level supervisors-in-training conducting group-format supervision: a qualitative investigation. *British Journal of Guidance and Counselling*, 42(1), 26-42. DOI: 10.1080/03069885.2013.799263

HESBEEN, W. – Reabilitação - Criar Novos Caminhos. Loures: Lusodidacta, 2003. ISBN: 978-792-8383-43-5. 184p.

HOEMAN, S. P. – Enfermagem de Reabilitação – Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados. 4ªed. Loures: Lusodidacta, 2011. ISBN 978-989-8075-31-4.839p.

HOFFMAN, F., & RODRIGUES, R. (2010). *Informal carers: Whotakes care of them? Policy Brief*. Viena: European Centre for Social Welfare Policy and Research.

INSTITUTO POLITÉCNICO DE VIANA DO CASTELO. Escola Superior de Saúde – Orientações para a Elaboração e Apresentação de Trabalhos Científicos: Projetos, Relatórios, Monografias e Dissertações. 2013. Acessível na Escola Superior de Saúde, Viana do Castelo, Portugal

INSTITUTO DA SEGURANÇA SOCIAL. (2019). guia prático: complemento por dependência. Retrieved from <http://www.seg-social.pt/iss-ip-instituto-da-seguranca-social-ip>

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES – CIPE versão 2 - Classificação internacional para a prática de enfermagem. Ordem dos Enfermeiros, 2011. ISBN 978-92-95094-35-2.

INTERNATIONAL ERGONOMICS ASSOCIATION – Definition and Domains of Ergonomics [Em linha] International Ergonomics Association. Zurique, 2017. [Consultado em 01 Dezembro 2023]. Disponível na www: <URL: <http://www.iea.cc/whats/index.html>

INTERNATIONAL ERGONOMICS ASSOCIATION – What is Ergonomics. [Em linha]. [Consultado em 3 janeiro 2022] Disponível na WWW: <URL: <https://iea.cc/what-is-ergonomics/>>.

JACKSON, S. L. (2011). Research Methods and Statistics: A Critical Thinking Approach. Thinking (Vol. Third). Retrieved from http://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=YXHuw_allgYC&oi=fnd&pg=PR4&dq=Research+Methods+and+Statistics+A+Critical+Thinking+Approach&ots=kSMOV_Pw5Wn&sig=38DWL0li-myg004AO6apOzAyfdo

KARINO, M. E., FELLI, V. E. A., SARQUIS, L. M. M., SANTANA, L.L., SILVA, S. R., & TEIXEIRA, R.C. (2015). Workloads and strain processes of nursing workers at teaching hospital. Cienc Cuid Saúde, 14(2), 1011-1018. doi: 10.4025/cienccuidsaude.v14i2.21603.

KELLY-HAYES, M. (2000). Avaliação Funcional. In Hoeman, S. P. (Coords). *Enfermagem de Reabilitação - Aplicação e processo* (p.162-172). Loures: Lusociência

KELLY-HAYES, M., PHIPPS, M. A. – Avaliação da Função e Medidas de Resultados. In Hoeman, S. P. – Enfermagem de Reabilitação – Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados. 4ªed. Loures: Lusodidacta, 2011. ISBN 978-989-8075-31-4. p. 177 - 186

KITSON, A. & CAMPBELL, R. (1996). *The Ethical Organisation*. London: MacMillan Press Ltd.

LELIS, C. M., BATTAUS, M. R. B., FREITAS F. C. T., ROCHA, F. L. R., MARZIALE, M. H. P. & ROBAZZI, M. L. C. C. (2012). Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho em profissionais de enfermagem: revisão integrativa da literatura. Acta Paulista de Enfermagem. 25(3):477-82.

LOUREIRO, L., FERNANDES, M. M., MARQUES, S., NÓBREGA, M. L., & RODRIGUES, R. P. (2013). Sobrecarga de cuidadores familiares de idosos: prevalência e associação com características do idoso e do cuidador. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 47(5), 1133 - 1140. Doi: 10.1590/S0080-623420130000500017

LOUREIRO, N. V. – A Sobrecarga Física, Emocional e Social dos Cuidadores Informais de Idosos com Demência. Porto: Faculdade de Ciências Humanas e Sociais. Universidade Fernando Pessoa, 2009. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

MACHADO, A.R.C. & ARAÚJO, C.A.C. (2015). As perturbações músculo-esqueléticas no trabalho em saúde: as dimensões organizacional e psicossocial. *Revista Investigação em Enfermagem*, 10(2) , 17-25.

MACHADO, P. A. (2013). Papel do prestador de cuidados: Contributo para promover competências na assistência do cliente idoso com compromisso do autocuidado (Dissertação de Doutoramento, Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde). Retrieved from <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/15344>

MAGALHÃES, A. [et al.] (2021). Programa de prevenção de lesões musculoesqueléticas em profissionais de saúde: “Reabilitar Quem Cuida”. In RIBEIRO, O. – *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas*. 1ª ed. Lisboa: Lidel, 2021. ISBN 978-989-752-723-4, p. 474-482.

MANUAL TÉCNICO II - Métodos e Técnicas A Análise da Informação: Abordagens Experimentais e Quasi-Experimentais [Em linha]. [Consultado em 24 julho 2022].

Disponível na WWW: <URL: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/1075780/mod_resource/content/1/GL5%20A%20an%C3%A1lise%20da%20informa%C3%A7%C3%A3o%20abordagens%20experimentais%20e%20quasi-experimentais.pdf

MARTINS, R. & MESQUITA, M. F. P. (2016). Fraturas da Extremidade Superior do Fémur em Idosos. *Millenium*, 50(21), 239-252.

MATOS, M. J. & ARAÚJO, C. (2021). Prevenção de Lesões Musculoesqueléticas nos cuidadores Informais de Doentes Dependentes no Domicílio: Intervenção do enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação – *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*. Porto, Vol.4 Nº1 (2021) p. 56-63. ISSN 2184-3023. DOI: <https://doi.org/10.33194/rper.2021.v4.n1.157>

MATOS, M. J. F. (2017). A intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na prevenção de lesões músculo-esqueléticas na comunidade. Viana do Castelo: Instituto Politécnico de Viana do Castelo – Escola Superior de Saúde, 2017. Dissertação de Mestrado.

MATOS, S., ABREU, M., SOUZA, A.P., LUCENA, A., OLIVEIRA, M.J. & OLIVEIRA, S.H. (2022). Prevenção de Lesões Músculo Esqueléticas em Cuidadores de Idosos Através da Aplicação do Arco de

Magueres. International Congress of Occupation Health Nursing. Universidade de Aveiro. ISBN: 978-972-789-786-5. DOI: <https://doi.org/10.48528/dkqw-1033>

McCORMACK, B., BORG, M., CARDIFF, S., DEWING, J., JACOBS, G., JANE, N. ... WILSON, V. (2015). Person-centredness - the “state” of the art. *International Practice Development Journal*, 5(1), 1-16.

McCORMACK, B. & McCANCE, T. V. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56(5), 472-479. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x

McWILLIAM, C. L., WARD-GRIFFIN, C., SWEETLAND, D., SUTHERLAND, C. & O’HALLORAN, L. (2001). The experience of empowerment in inhome services delivery. *Home Health Care Services Quarterly*, 20(4), 49-71. DOI: 10.1300/J027v20n04_03

MELEIS, A.; SAWYER, L.; IM, E.; HILFINGER, D.; SCHUMACHER, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*. ISSN 0161-9268. Vol. 23, nº 1, Setembro. 12-28. Consultado em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10970036>;

MENDES, P., FIGUEIREDO, M., SANTOS, A., FERNANDES, M., & FONSECA, R. (2019). Sobrecargas física, emocional e social dos cuidadores informais de idosos. *Acta Paulista de Enfermagem*, 32(1), 87-94. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900012>

MENOITA, E. C. (Coord.)(2014). *Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC - Contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusociência

MESQUITA, C. C., RIBEIRO, J. C., & MOREIRA, P. (2010). Portuguese version of the standardized Nordic musculoskeletal questionnaire: Cross cultural and reliability. *Journal of Public Health*, 18(5), 461–466. <http://doi.org/10.1007/s10389-010-0331-0>

MILLER, C. A. (2012). *Nursing for wellness in older adults*. (6ª Ed.) Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

MOURA, M. I. R. L., MARTINS, M. M. F. P. S., & RIBEIRO, O. M. P. L. (2019). Musculoskeletal symptoms of hospital nurses: contribution of rehabilitation nurses. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(23), 121-132. doi: <https://doi.org/10.12707/RIV19035>.

NOBRE, A. F. B. – A reabilitação das lesões músculo-esqueléticas relacionadas com o trabalho em saúde. Viana do Castelo: Instituto Politécnico de Viana do Castelo, 2017. Dissertação de mestrado.

NUNES, L. (2006). Autonomia e responsabilidade na tomada de decisão clínica em enfermagem. Comunicação apresentada no II Congresso Ordem dos Enfermeiros, Lisboa.

NUNES, L. (2010). Do Perito e do Conhecimento em Enfermagem. *Revista Percursos*, 17, 3-9

MINISTÉRIO DO TRABALHO, SOLIDARIEDADE E SEGURANÇA SOCIAL. (2017). Medidas de intervenção junto dos cuidadores informais. Retrieved from <https://www.app.com.pt/medidas-de-intervencao-junto-dos-cuidadores-informais-documento-enquadrador-perspetiva-nacional-e-internacional>

MOVIMENTO CUIDAR DOS CUIDADORES INFORMAIS. (2021). *O que é ser Cuidador Informal em Portugal?* https://movimentocuidadoresinformais.pt/wp-content/uploads/2021/04/cuidadores-informais_infografia_2021_A4.pdf

NEVES, S. (2016). *A sobrecarga do cuidador informal do doente de alzheimer*. Instituto Superior Miguel Torga.

OLDENKAMP, M., HAGEDOORN, M., WITTEK, R., STOLK, R., & SMIDT, N. (2017). The impact of older person's frailty on the care-related quality of life of their informal caregiver over time: results from the TOPICS-MDSproject. *Journal Quality of Life Research*, 26, 2705–2716. <http://dx.doi.org/10.1007/s11136-017-1606-5>

ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2002). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Enquadramento conceptual enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – *História da Enfermagem de Reabilitação*. [Em linha]. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa. Nº 9 (Jul. 2003), p.12–13. [Consultado em 10 Dez. 2022]. Disponível na www: <URL: http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Revistas/ROE_9%20final.pdf

ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise dos Casos* [Em linha] Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2005. ISBN 972-99646-0-2. 457p. [Consultado em 10 Dezembro 2022.] Disponível na WWW: <URL: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CodigoDeontologicoEnfermeiro_edicao2005.pdf

ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2010). Regulamento das Competências Específicas do EEER. Ordem Dos Enfermeiros, 5. <https://doi.org/10.1007/s00192-015-2783-9> Regulamento das Competências Específicas do EEER. Ordem dos Enfermeiros. . ISSN 14333023 09373462. (2010) 5.DOI: 10.1007/s00192-015-2783-9.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2010). *Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados: Referencial do Enfermeiro*. [Em linha]. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Março 2010. [Consultado em 10 Dez. 2022]. Disponível na www: <URL: <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/documents/rncci%20-%20v.final%20referencial%20do%20enfermeiro%20-%20abril%202009.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS. Porto. Guia Orientador de Boas Práticas - Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade - posicionamentos, transferências e treino de deambulação. 2013. ISBN 978-989-8444-24-0.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2015a). Regulamento n.º 350/2015 Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação. Diário da República 2ª série, n.º 119 (22/06/2015), 16655-1660.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2015b). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2015c) - *Core de Indicadores por categoria de Enunciados Descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação*. Porto. Ordem dos Enfermeiros

ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2016a). Porto. *Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação*. Ordem dos Enfermeiros.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2016b). *Membros Activos Especialistas* [Em linha] Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2016. [Consultado em 10 Dez. 2022]. Disponível na [www: <URL: http://www.ordemenfermeiros.pt/Documents/2016_Especialistas_00_Nacionais.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/Documents/2016_Especialistas_00_Nacionais.pdf)

ORDEM DOS ENFERMEIROS - Conselho de Enfermagem e Mesa do Colégio de Enfermagem de Reabilitação. (2018). *Guia Orientador de Boa Prática - Reabilitação Respiratória*. Ordem dos Enfermeiros – Janeiro 2018. ISBN 978-989-8444-41-7

ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2019a). *Regulamento n.º 392/2019 Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Diário da República 2ª série, n.º 85 (03/05/2019), 13565-13568.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2019b). *Regulamento n.º 140/2019 Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Diário da República 2ª série, n.º 26 (06/02/2019), 4744-4750.

ORGANIZATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. (2019). *Health at a Glance - OECD indicators*. Paris: Author

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. (2004). *CIF: Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. (2011). *Relatório mundial sobre a deficiência*. São Paulo: Author.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. (2015). *Relatório mundial de envelhecimento e saúde*. Suíça: Author.

PEREIRA, H. (2011). *Subitamente Cuidadores Informais! A experiência de transição para o papel de cuidador informal a partir de um evento inesperado*. Universidade de Lisboa.

PEREIRA, D. T. R. (2021). *As Lesões Músculo-Esqueléticas Relacionadas com o Trabalho nos Enfermeiros, em Cuidados de Saúde Diferenciados*. Escola Superior de Saúde de Coimbra. Dissertação de Mestrado.

PETRONILHO, F. A. S. – *A transição dos membros da família para o exercício do papel de cuidadores quando incorporam um membro dependente para o autocuidado: uma revisão da literatura*.

Revista Investigação em Enfermagem. [Em linha]. Fev. (2010) p. 43-48. [Consultado em 3 janeiro 2022]. Disponível na WWW <URL: <http://hdl.handle.net/1822/21668>>.

PHANEUF, M. (2001). *Planificação de cuidados: um sistema integrado e personalizado*. Lisboa: Quarteto.

PORTUGAL. Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Reabilitação - Parecer nº 12/2011. 2010-09-12. Parecer sobre atividades de vida diária. Acessível na Ordem dos Enfermeiros

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde – Guia de Orientação para Prevenção das Lesões Musculoesqueléticas e Relacionadas com o Trabalho: Programa Nacional Contra as Doenças Reumáticas. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2008. ISBN 978-972-675-169-4. 28p.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE – Apresentação, Missão, Visão e Valores [Em linha] Viana do Castelo: Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE, 2016 [Consultado em 22 Dezembro 2022] Disponível na www: <URL: <http://www.ulsam.min-saude.pt/institucional/missao-visao-e-valores/>>

PORTUGAL. Ministério da Saúde. (4 set 1996). Regulamento n.º 161/96. Diário da República nº 205, Série I-A.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. (6 jun 2006). Decreto lei nº 101/2006. Diário da República nº 109, Série I-A.

PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. (18 Fev. 2011). Regulamento nº 125/2011: Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Diário da República nº35, 2ª série.

PORTUGAL. Presidência do Conselho de Ministros. (08 ago 2019). Decreto Lei nº 100/2019. Diário da República nº 148, Série I. PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. (03 mai. 2019). Regulamento nº 392/2019: Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação. Diário da República nº 85, 2ª Série.

RASGADO, S., & SANTOS, V. (2010). O descanso do cuidador. In Pretextos (eds), *Condição de recursos para acesso a prestações sociais* (p.3-4). Revista do Instituto da Segurança Social, I.P. n, 39, Setembro.

REGULAMENTO DAS COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA - Reg. no 140/2019. Diário da República, 2.a série (19- 4744–4750).

REPE. (s.d.). *Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem*. Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro alterado pelo Decreto-lei nº 104/98 de 21 de Abril.

REINHARD, S. C., GIVEN, B., PETLICK, N. H. & BEMIS, A. (2008). Supporting Family Caregivers in Providing Care. In Hughes, R. (Coords.). *An Evidence-Based Handbook for Nurses* (pp. 1-64). Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality.

- RIBEIRO, O. (Coord.) (2021). *Enfermagem de Reabilitação - Conceções e Práticas*. Lidel-Edições Técnicas, Lda. ISBN: 978-989-752-723-4
- RICARTE, L. F. (2009). Sobrecarga do cuidador informal de idosos dependentes no Concelho da Ribeira Grande (Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto). Retrieved from <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/19131/2/ESCx.pdf>
- RITTO, C. , ROCHA, F.D., COSTA, I., DINIZ, L., RAPOSO, M.B., PINA, P.R., MILHOMENS, R. & FAUSTINO, S.A. (2017). *Manual de Dor Crónica*. (2ª ed.). Fundação Grunenthal. Lisboa : [s.n.] - 316 p.
- RODRIGUES, A. – Enfermagem de Reabilitação na Comunidade. [Em linha]. Prezi, 2014, 33p. [Consultado em 19 Dez. 2022]. Disponível na www: <URL: <https://prezi.com/lc1Inv0sk-i/enfermeiro-de-reabilitacao-na-comunidade/>
- RODRIGUES, L.M.P. (2018). Influência de um programa de intervenção de Enfermagem de Reabilitação no cuidador informal - minimização da Sobrecarga e prevenção de lesões músculo-esqueléticas associadas ao cuidar. Escola Superior de Saúde de Bragança.
- SAMPAIO, F. E. (2019). *Lombalgia associada às condições ergonômicas na atividade de enfermagem* - Artigo de revisão. ReserchGate, 1-11. Recuperado por https://www.researchgate.net/publication/332350029_Lombalgia_associada_as_condicoes_ergonomicas_na_atividade_de_enfermagem_-Artigo_de_revisao.
- SAMAEI, S. E., MOSTAFAEI, M., & JAFARPOOR, H. (2017). Effects of patient-handling and individual factors on the prevalence of low back pain among nursing personnel. *Work*, 56(1) 551–561. doi:10.3233/WOR-172526.
- SANTOS, A. R. V. – Lesões Musculoesqueléticas relacionadas com o Trabalho nos Enfermeiros em Contexto Hospitalar. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 2015. Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
- SANTOS, P. M., MARTINS, R., & SERRANHEIRA, F. (2016). PREVALÊNCIA DA DOR LOMBAR EM ENFERMEIROS EM CONTEXTO HOSPITALAR. *Gestão e Desenvolvimento*, 24(1), 161-171. doi: <https://doi.org/10.7559/gestaoedesenvolvimento.2016.289>.
- SEMENOVA, V., & STADTLANDER, L. (2016). Death anxiety, depression, and coping in family caregivers. *Journal of Social, Behavioral, and Health Sciences*, 10(1), 34-48. <http://dx.doi.org/10.5590/JSBHS.2016.10.1.05>
- SERRANHEIRA, F, SOUSA-UVA, M., SOUSA-UVA, A. (2015). Hospital nurses tasks and work-related musculoskeletal disorders symptoms: A detailed analysis. *Work*, 51(3), 401-9. doi: 10.3233/WOR-14193.
- SEQUEIRA, C. A. C. - Adaptação e Validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit [Em Linha] Revista Referência. Coimbra. ISSN 0874-0283. Série II, N.º 12 (Março 2010), p. 9-16. [Consultado

em 18 Dezembro 2022]. Disponível na WWW <URL: file:///C:/Users/Sony/Downloads/1Revista_Refer%C3%Aancia.pdf

SEQUEIRA, C. (2010). Cuidar de idosos com dependência física e mental. Lisboa: Lidel.

SEQUEIRA, C. (2013). Difficulties, coping strategies, satisfaction and burden in informal Portuguese caregivers. *Journal of Clinical Nursing*, 22(3-4), 491-500. Doi: 10.1111/jocn.12108

SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE (2019). *Cuidador Informal: Direitos e os deveres do cuidador e da pessoa cuidada aprovados*. <https://www.sns.gov.pt/noticias/2019/09/06/cuidador-informal/>

SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE – Atividades preventivas em saúde. [Em linha]. (2022). [Consultado em 19 janeiro 2022]. Disponível na WWW: <URL: <http://www.ulsm.min-saude.pt/mais-saude/atividades-preventivas-em-saude/>>.

SHIEH, S., SUNG, F., SU, C., TSAI, Y. & HSIEH, V. C. (2016). Increased low back pain risk in nurses with high workload for patient care: A questionnaire survey. *Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology*, 55(1), 525-529. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.tjog.2016.06.013>.

SHOJAEI, S., TAVAFIAN, S., JAMSHIDI, A., & WAGNER, J. (2017). A Multidisciplinary Workplace Intervention for Chronic Low Back Pain among Nursing Assistants in Iran. *Asian Spine J*, 11(3), 419-26. doi: 10.4184/asj.2017.11.3.419.

SILVA, M. S. (2010). *O acesso aos cuidados de enfermagem após alta hospitalar: uma análise do impacto da partilha de informação*. Dissertação de Mestrado.

SILVA, D. (2014). *Helping measure person-centred care - A review of evidence about commonly used approaches and tools used to help measure person-centred care*. (Evidence review, March 2014). London: the Health Foundation.

SILVA, T. P., ARAÚJO, W. N., STIVAL, M. M., TOLEDO, A. M., BURKE, T. N. & CARREGARO, R. L. (2018). Musculoskeletal discomfort, work ability and fatigue in nursing professionals working in a hospital environment. *Rev Esc Enferm USP*, 52(e03332). doi: 10.1590/S1980-220X2017022903332.

SOUSA, C., GONÇALVES, G., BRAZ, N. & SOUSA, A. (2021). Cuidadores Informais: Principais Dificuldades e Receios no Ato de Cuidar. *PSIQUE*. E-ISSN 2183-4806 • VOLUME XVII • ISSUE FASCÍCULO 2 1ST JULY JULHO – 31ST DECEMBER DEZEMBRO 2021 • PP. 9-25 DOI: <https://doi.org/10.26619/2183-4806.XVII.2.1>

SPAR, J.; LA RUE, A. (2005). *Guia Prático de Psiquiatria Geriátrica*. Lisboa: Climepsi Editores. ISBN 9789727961399. 284 p.

STACLFLETH, R., DINIZ, M., FHON, J., VENDRUSCOLO, T., FABRÍCIO-WHEBE, S., MARQUES, S., & RODRIGUES, R. (2012). *Sobrecarga de trabalho em cuidadores de idosos fragilizados que vivem no domicílio*. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(5), 768-774. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002012000500019>

TATANGELO, G., McCABE, M., MacLEOD, A., & YOU, E. (2018). "I just don't focus on my needs." The unmet health needs of partner and offspring caregivers of people with dementia: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 77, 8-14. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.09.011>.

TINUBU, B. M. S., MBADA, C. E., OYEYEMI, A. L. & FABUNMI, A. A. (2010). Work-Related Musculoskeletal Disorders among Nurses in Ibadan, South-west Nigeria: a cross-sectional survey.

TOMEY, A. M. & ALLIGOOD, M. R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. 5ªed. Loures: Lusodidacta. ISBN: 9789728383749. 766p.

TRINDADE, I., ALMEIDA, D., ROMÃO, M., ROCHA, S., FERNANDES, S., VARELA, V., & BRAGA, M. (2017). *Caracterização do grau de sobrecarga dos cuidadores de utentes dependentes da Unidade de Saúde Familiar USF Descobertas*. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 33(3), 178-86. Retrieved from http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2182-517320170003000003&lng=pt&nrm=iso

TURNER, J., GARDNER, B., STAPLES, T. & CHAPMAN, J. (2008). Medicines with Respect (part two): Implementation and evaluation of a medication management initiative in acute in-patient settings. *Mental Health Nursing*, 28(1), 12-15.

USLU-SAHAN, F., TERZIOGLU, F., & KOC, G. (2018). Hopelessness, death anxiety, and social support of hospitalized patients with gynecologic cancer and their caregivers. *Cancer Nursing*, 42(5), 373-380. <http://dx.doi.org/10.1097/NCC.0000000000000622>.

VENDA, A. - Método Quase Experimental. [Em linha]. (2013) [Consultado em 23 julho 2022]. Disponível na WWW: <URL: <https://prezi.com/wszubkktmkz9/metodo-quase-experimental/>>

VILAS BOAS, J. - As lesões músculo-esqueléticas numa Corporação de Bombeiros Voluntários. Viana do Castelo: Escola Superior de Saúde. 2019. Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

VILELAS, J. – Investigação - O Processo de Construção do Conhecimento. 2ªed. Lisboa: Edições Sílabo, Lda., 2017. ISBN 978-972-618-901-5.

VILELAS, J. (2020). *Investigação - O Processo de Construção do Conhecimento*. Edições Sílabo, Lda. Lisboa. ISBN: 978-989-561-097-6

WANG, S. Y., LIU, L. C., LU, M. C., & KOO, M. (2015). Comparisons of Musculoskeletal Disorders among Ten Different Medical Professions in Taiwan: A Nationwide, Population-Based Study. *PLOS ONE*, 10(4): e0123750. doi: 10.1371/journal.pone.0123750.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2002). Active ageing: A policy framework. Retrieved from <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/wp-content/uploads/2014/06/WHO-Active-Ageing-Framework.pdf>, World Health Organization, Noncommunicable Disease Prevention and Health Promotion Department, Madrid.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2015). World report on ageing and health. Retrieved from <https://www.who.int/ageing/events/world-report-2015-launch/en/>

ZARIT, S. H., & ZARIT, J. M. (1983). The memory and behaviour problems checklist – and the burden interview. Pennsylvania: Pennsylvania State University.

ZARIT, S. (1997). Interventions with family caregivers: a guide to psychotherapy and aging. American Psychological Association.

ANEXOS

ANEXO 1 - ÍNDICE DE BARTHEL

Higiene pessoal	Pontuação
Necessita de ajuda com o cuidado pessoal	0
Independente no barbear, dentes, rosto e cabelo (utensílios fornecidos)	5
Banho	
Dependente	0
Independente (lava-se no chuveiro/banho de emersão/usa a esponja por todo o corpo sem ajuda)	5
Vestir-se	
Dependente	0
Necessita de ajuda, mas faz cerca de metade sem ajuda	5
Independente (incluindo botões, fechos e atacadores)	10
Ir à casa de banho (uso de sanitário)	
Dependente	0
Necessita de ajuda mas consegue fazer algumas coisas sozinho	5
Independente (senta-se, levanta-se, limpa-se e veste-se sem ajuda)	10
Evacuar	
Incontinente (ou necessita que lhe sejam aplicados clisteres)	0
Episódios ocasionais de incontinência (uma vez por semana)	5
Continente (não apresenta episódios de incontinência)	10
Urinar	
Incontinente ou algaliado	0
Episódios ocasionais de incontinência (máximo uma vez em 24 horas)	5
Continente (por mais de 7 dias)	10
Alimentar-se	
Incapaz	0
Necessita de ajuda para cortar, barrar manteiga, etc.	5
Independente (a comida é providenciada)	10
Transferências (cadeira / cama)	
Incapaz - não tem equilíbrio ao sentar-se	0
Grande ajuda (uma ou duas pessoas) física, consegue sentar-se	5
Pequena ajuda (verbal ou física)	10
Independente (não necessita qualquer ajuda, mesmo que utilize cadeira de rodas)	15
Mobilidade (deambulação)	
Imobilizado	0
Independente na cadeira de rodas incluindo cantos, etc.	5
Anda com ajuda de uma pessoa (verbal ou física)	10
Independente (mas pode usar qualquer auxiliar, ex.: bengala)	15
Escadas	
Incapaz	0
Necessita de ajuda (verbal, física, transporte dos auxiliares de marcha) ou supervisão	5
Independente (subir / descer escadas, com apoio do corrimão ou dispositivos ex.: muletas ou bengala)	10

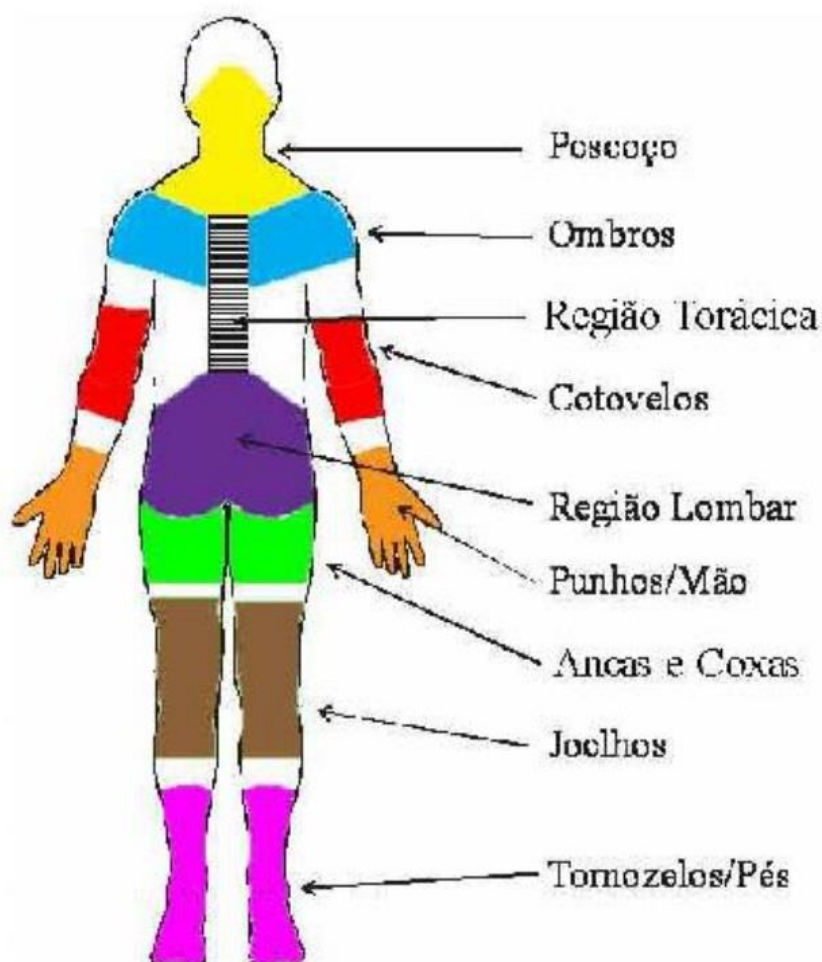
Total (0 - 100)

Menor que 20	Dependência total
De 20 a 39	Dependência grave
De 40 a 59	Dependência moderada
Superior ou igual a 60	Dependência leve
Igual a 100 (ou 90 se em cadeira de rodas)	Independente

Questionário Nórdico Músculo-esquelético

Instruções para o preenchimento

- Por favor, responda a cada questão assinalando um "X" na caixa apropriada: ☐
- Marque apenas um "X" por cada questão.
- Não deixe nenhuma questão em branco, mesmo se não tiver nenhum problema em qualquer parte do corpo.
- Para responder, considere as regiões do corpo conforme ilustra a figura abaixo.



Versão portuguesa: Cristina Carvalho Mesquita
Contacto para autorização de utilização: com@estsp.lpp.pt

Questionário Nórdico Músculo-esquelético

Código: _____

Idade _____ Data de nascimento ____/____/____ Sexo _____ Data de hoje ____/____/____

Posto de trabalho _____ Estado civil _____

Nome _____

Considerando os últimos 12 meses, teve algum problema (tal como dor, desconforto ou dormência) nas seguintes regiões:	Responda, apenas, se tiver algum problema													
	Durante os últimos 12 meses teve que evitar as suas actividades normais (trabalho, serviço doméstico ou passatempos) por causa de problemas nas seguintes regiões:	Teve algum problema nos últimos 7 dias, nas seguintes regiões:												
1. Pescoço? Não 1 Sim 2	2. Pescoço? Não 1 Sim 2	3. Pescoço? Não 1 Sim 2	4. Sem Dor <table style="display: inline-table; border: 1px solid black; text-align: center; width: 100px;"><tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr></table> Dor Máxima	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10				
5. Ombros? Não 1 Sim 2 , no ombro direito 3 , no ombro esquerdo 4 , em ambos	6. Ombros? Não 1 Sim 2 , no ombro direito 3 , no ombro esquerdo 4 , em ambos	7. Ombros? Não 1 Sim 2 , no ombro direito 3 , no ombro esquerdo 4 , em ambos	8. Sem Dor <table style="display: inline-table; border: 1px solid black; text-align: center; width: 100px;"><tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr></table> Dor Máxima	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10				
9. Cotovelo? Não 1 Sim 2 , no cotovelo direito 3 , no cotovelo esquerdo 4 , em ambos	10. Cotovelo? Não 1 Sim 2 , no cotovelo direito 3 , no cotovelo esquerdo 4 , em ambos	11. Cotovelo? Não 1 Sim 2 , no cotovelo direito 3 , no cotovelo esquerdo 4 , em ambos	12. Sem Dor <table style="display: inline-table; border: 1px solid black; text-align: center; width: 100px;"><tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr></table> Dor Máxima	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10				
13. Punho/Mãos? Não 1 Sim 2 , no punho/mãos direitos 3 , no punho/mãos esquerdos 4 , em ambos	14. Punho/Mãos? Não 1 Sim 2 , no punho/mãos direitos 3 , no punho/mãos esquerdos 4 , em ambos	15. Punho/Mãos? Não 1 Sim 2 , no punho/mãos direitos 3 , no punho/mãos esquerdos 4 , em ambos	16. Sem Dor <table style="display: inline-table; border: 1px solid black; text-align: center; width: 100px;"><tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr></table> Dor Máxima	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10				
17. Região Torácica? Não 1 Sim 2	18. Região Torácica? Não 1 Sim 2	19. Região Torácica? Não 1 Sim 2	20. Sem Dor <table style="display: inline-table; border: 1px solid black; text-align: center; width: 100px;"><tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr></table> Dor Máxima	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10				
21. Região Lombar? Não 1 Sim 2	22. Região Lombar? Não 1 Sim 2	23. Região Lombar? Não 1 Sim 2	24. Sem Dor <table style="display: inline-table; border: 1px solid black; text-align: center; width: 100px;"><tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr></table> Dor Máxima	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10				
25. Ancas/Coxas? Não 1 Sim 2	26. Ancas/Coxas? Não 1 Sim 2	27. Ancas/Coxas? Não 1 Sim 2	28. Sem Dor <table style="display: inline-table; border: 1px solid black; text-align: center; width: 100px;"><tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr></table> Dor Máxima	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10				
29. Joelhos? Não 1 Sim 2	30. Joelhos? Não 1 Sim 2	31. Joelhos? Não 1 Sim 2	32. Sem Dor <table style="display: inline-table; border: 1px solid black; text-align: center; width: 100px;"><tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr></table> Dor Máxima	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10				
33. Tornozelo/Pés? Não 1 Sim 2	34. Tornozelo/Pés? Não 1 Sim 2	35. Tornozelo/Pés? Não 1 Sim 2	36. Sem Dor <table style="display: inline-table; border: 1px solid black; text-align: center; width: 100px;"><tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr></table> Dor Máxima	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10				

ANEXO 3 - ESCALA NUMÉRICA DA DOR

Escala Numérica da Dor

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sem dor										Dor máxima

ANEXO 4 - ESCALA DA SOBRECARGA DO CUIDADOR

Nº	Item	1. Nunca	2. Quase Nunca	3. Às Vezes	4. Muitas Vezes	5. Quase Sempre
1	Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?					
2	Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?					
3	Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?					
4	Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?					
5	Sente-se irritado/a quando está junto do seu familiar?					
6	Considera que a situação actual afecta de uma forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares?					
7	Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?					
8	Considera que o seu familiar está dependente de si?					
9	Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?					
10	Vê a sua saúde ser afectada por ter de cuidar do seu familiar?					
11	Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?					
12	Pensa que as suas relações sociais são afectadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?					
13	Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o(a) visitarem devido ao seu familiar?					
14	Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?					
15	Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?					
16	Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?					
17	Considera que perdeu o controlo da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?					
18	Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?					
19	Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?					
20	Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?					
21	Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?					
22	Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do familiar?					

ANEXO 5 - AUTORIZAÇÃO DA ULSAM PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO

 UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO INSTITUTO DE ENFERMAGEM, EPE	Realização de Projeto de Investigação Clínica Parecer nº 11/2023 -CES	 CHKS Pág. 1 de 2
--	--	---

Comissão de Ética para a Saúde (CES)

Data de Entrada no Secretariado da CES: nº04 - 20/01/2023 Assunto: Solicita autorização para realização de um Projecto de Investigação subordinado ao tema: «A Enfermagem de Reabilitação na promoção da saúde do Cuidador Informal: implicações do conhecimento na prevenção de lesões músculo-esqueléticas e gestão da sobrecarga.».	Solicitado pelo Conselho de Administração Em nome do(s) investigador(es): João Carlos Pinto Regadas Marinho Fernandes, Enfermeiro a realizar Estágio de natureza profissional integrado no VII Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da ESS do IPVC, na Unidade de Cuidados na Comunidade de Viana do Castelo, sob orientação da Professora Doutora Salomé Ferreira e Enfermeira Tutora, e da Enfermeira Marta Magalhães, Especialista em Enfermagem de Reabilitação]
--	--

1. A(s) questão(ões) colocada(s)

Trata-se de um Estudo quasi-experimental de um grupo único, no paradigma quantitativo e longitudinal.

A população alvo insere-se no universo de cuidadores informais de pessoas dependentes que estejam internadas na ECCI da UCC de Viana do Castelo, sendo que a amostra é não probabilística, intencional e acidental.

Como critérios de inclusão consideram-se maiores de 18 anos e serem principais cuidadores informais de pessoas com dependência para os autocuidados, internadas na ECCI da UCC de Viana do Castelo, sendo que os candidatos elegíveis serão previamente avaliados pela Equipa da Unidade da UCC/ EEER com recurso a um questionário.

Os instrumentos de recolha de dados serão aplicados aos utentes [Índice de Barthel] acompanhados pela Equipa de Cuidados Continuados na Comunidade da ULSAM, no período compreendido entre 18 de Novembro de 2022 e 31 de Maio de 2023, e aos cuidadores informais [questionário de caracterização sócio-demográfica e clínica; o Questionário Nórdico Músculo-esquelético validado para a população portuguesa; Escala de Zarit; grelha de observação de comportamentos na execução de técnicas de posicionamentos e mobilização manual de cargas].

O estudo persegue os seguintes objectivos: contribuir para a prevenção de Lesão Músculo-esquelética e sobrecarga de cuidadores informais de pessoas dependentes; determinar a prevalência de sintomatologia de LMERT nos CI; Identificar os sintomas de LMERT apresentados pelos CI; Identificar quais os procedimentos que mais originam sintomatologia de LMERT; determinar o conhecimento dos CI sobre LMERT e sobrecarga; avaliar a evolução dos conhecimentos sobre prevenção de LME e sobrecarga; perceber as implicações que um curso de formação básica sobre prevenção de LMERT tem na prevenção/diminuição de surgimento da sintomatologia.

2. Fundamentação

Mod. Q756.0 Nov/2014



 UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO AZUL RIBEIRO, EPE	Realização de Projeto de Investigação Clínica Parecer nº 11/2023 -CES	 Pág. 2 de 2

As lesões músculo-esqueléticas relacionadas com o trabalho [LMERT] são actualmente um problema de saúde prioritário, de cariz multifactorial, passível de ser abrangido pela actuação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. A prevenção das LMERT é pertinente não só por visar a redução do gasto económico relacionado com o tratamento das mesmas, como também da promoção da qualidade de vida da pessoa sujeita ao elevado risco para este tipo de lesões.

O Cuidador Informal assume um papel fundamental na continuidade dos cuidados, sendo um parceiro por excelência nos processos de transição saúde/doença. Este equipara-se ao enfermeiro a nível laboral, na medida em que assume a prestação dos cuidados a uma pessoa dependente, em contexto domiciliário, sendo vítima dos mesmos fenómenos inerentes e resultantes da prestação de cuidados, mas estando carente da sua formação específica. A importância da formação em saúde e segurança do CI é fundamental, pois a sua ausência pode mesmo constituir mais um factor de risco de LMERT. [...] Desta forma é pertinente incluí-los no grupo de pessoas com elevado risco de para o desenvolvimento das LMERT, sendo fundamental a sua educação para a saúde no que se refere à prevenção de lesões. [...] O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação assume um papel fulcral: na identificação das necessidades do utente, sua família e comunidade; no desenvolvimento de conhecimentos sobre o acesso a recursos e serviços disponíveis na comunidade; no planeamento, metodologia operativa e avaliação contínua desses serviços, de forma a assegurar que os mesmos se adequam às alterações nas necessidades apresentadas pelos utentes/família e seus cuidadores, atendendo ainda à singularidade da cada utente, contexto e família e ao envolvimento da última no planeamento e execução dos cuidados. [...] Devem explorar-se formas diversas de promover educação para a saúde que permitam a crescente capacitação do utente e seu CI, prevenindo o desenvolvimento de patologias associadas ao processo de cuidar e impulsionando estratégias passíveis de transformar a realidade.

A presente proposta ambiciona criar um curso de formação básica sobre aspectos importantes para a prevenção de LMERT em CI, respondendo assim a uma necessidade social frequentemente encontrada.

3. Conclusão/parecer

O Projecto está conforme com as exigências do Mod. Q755-CES, pelo que se prevê a emissão de parecer favorável à sua realização, garantindo-se que o elo entre o investigador e os participantes no estudo seja a equipa de cuidados de saúde.

Nota: Referências bibliográficas:

Relator(es)	Fábio Carvalho
Ratificado em reunião do dia	23/02/2023
Enviado parecer:	

23/02/2023

O Presidente da CES


 Rosário Barros
 Enfermeira Dirigente
 24.02.23


 DR. CARLOS RIBEIRO
 Presidente da CES

Mod. Q756.0 Nov/2014



APÊNDICES

APÊNDICE I – QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

I - VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS

1 - Género:

Feminino ☐ Masculino ☐

2 - Idade: _____ anos

3 - Estado Civil:

Solteiro ☐ Casado/União de Facto ☐ Divorciado/Separado ☐ Viúvo ☐

4 - Profissão:

5 - Situação Profissional:

Ativo ☐ Desempregado ☐ Aposentado/Reformado ☐ Baixa por doença/assistência a familiar ☐

6 - Habilitações literárias:

1ºciclo (1º/4ºano: instrução primária) ☐ 2ºciclo (5º/6ºano: ciclo preparatório) ☐ 3ºciclo (7º/9ºano: antigo 5ºano do liceu) ☐ Secundário (10º/12ºano: antigo 7ºano do liceu) ☐ Licenciatura ☐

Mestrado ☐ Doutoramento ☐ Outro ☐ Qual?

7 - Relação de parentesco com o doente:

Cônjuge/companheiro ☐ Filho ☐ Genro/nora ☐ Irmão/ã ☐ Outro ☐ Qual?

II - VARIÁVEIS SOBRE A PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

8 – Grau de dependência nas AVD do familiar que cuida (segundo o Índice de Barthel):

Dependência total ☐ Grave dependência ☐ Dependência moderada ☐

9 - Há quanto tempo cuida do seu familiar? _____ meses _____ anos

10 - É a única pessoa que cuida do seu familiar?

Sim ☐ Não ☐ Quem ajuda/que apoios tem?

11 – Que cuidados executa diariamente ao seu familiar?

Cuidados de higiene no leito/chuveiro ☐ Posicionamentos ☐ Transferência cama ☐ Cadeira ☐

Mobilização/transporte do doente (ex.: cadeira de rodas) ☐ Outros ☐ Quais?

12 – Considera que adota posturas incorretas ao cuidar do seu familiar:

Não ☐ Sim ☐ Quais?

13 - Tem conhecimentos sobre movimentação manual de doentes/mecânica corporal?

Não ☐ Sim ☐ Quais/Onde os adquiriu?

14 – Tem cama articulada? Sim ☐ Não ☐

15 – Se sim, é regulável em altura? Sim ☐ Não ☐

16 – Utiliza produtos de apoio na movimentação manual do seu familiar (ajudas técnicas e dispositivos de compensação)?

Não ☐ Sim ☐ Quais?

17 – O espaço/quarto é exíguo e impede a liberdade de movimentos? Sim ☐ Não ☐

III - VARIÁVEIS SOBRE A SAÚDE

18 – Pratica exercício físico?

Não ☐ Sim ☐ _____x/semana, durante _____ horas.

Modalidade: _____

19 – Antes de começar a cuidar do seu familiar era portador de algum sintoma/patologia do foro músculo-esquelético?

Não ☐ Sim ☐

Quais? _____

20 - Neste momento, como considera a sua situação de saúde:

Muito boa 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muito fraca

21 - Desde que começou a cuidar do seu familiar, a sua saúde:

Piorou ☐ Manteve-se ☐ Melhorou ☐

APÊNDICE II - GRELHA DE OBSERVAÇÃO E AVALIAÇÃO DE COMPORTAMENTOS

<u>Cuidador:</u>	1ª Sessão			2ª Sessão			3ª Sessão		
	Sim	Nã o	NA	Sim	Nã o	NA	Sim	Nã o	NA
1- O cuidador demonstra conhecimento sobre LMERT.									
2- O cuidador demonstra conhecimento sobre mecânica corporal.									
3- O cuidador demonstra conhecimento sobre medidas preventivas de LMERT.									
4- O cuidador demonstra conhecimento sobre dispositivos auxiliares.									
5- O cuidador utiliza medidas preventivas de LMERT pelo prestador de cuidados.									
6- Avaliar o conhecimento do cuidador sobre técnica de posicionamento no leito/cadeirão:									
• Ajusta a altura da cama à articulação coxofemoral									
• Mantém o doente numa posição o mais próxima possível do seu corpo									
• Apresenta a coluna em posição ereta face à sua curvatura normal									
• Evita movimentos de torção em torno do eixo vertical do corpo									
• Afasta os pés à largura dos ombros, aumentando a base de sustentação									
• Utiliza os músculos das pernas e das ancas, com flexão e extensão dos joelhos									
• Segura com firmeza o doente na região escapular, pélvica e/ou região poplíteia									
7-Avaliar a capacidade do prestador de cuidados para executar técnica de transferência:									
• Ajusta a cama à altura ideal para a transferência									
• Apresenta a coluna em posição ereta face à sua curvatura normais									
• Afasta os pés à largura dos ombros, aumentando a base de sustentação									
• Utiliza os músculos das pernas e das ancas, com flexão e extensão dos joelhos									
• Mantém o doente numa posição o mais próxima possível do seu corpo									
• Segura com firmeza o doente na região escapular, pélvica e/ou região poplíteia									
• Evita a utilização dos músculos das costas, utilizando os músculos e movimento de impulsão dos									
• Coloca um pé ligeiramente à frente um do outro									
• Evita movimentos de torção em torno do eixo vertical do corpo									
• Utiliza os músculos das pernas e das ancas, com flexão e extensão dos joelhos									
O cuidador demonstra conhecimento sobre técnica de vestir/despir/calçar.									

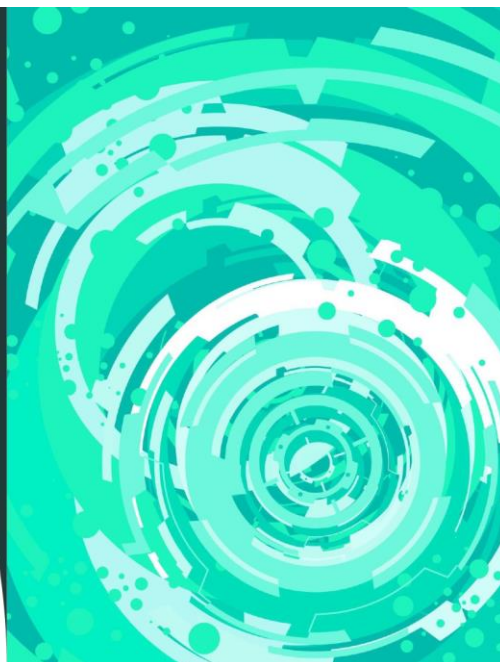
O cuidador demonstra conhecimento sobre adaptação do domicílio para os cuidados.									
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Formação Básica do Cuidador Informal

Princípios gerais de:

Gestão da Sobrecarga e Prevenção de Lesões Músculo-esqueléticas

Formador: Enf. João Marinho



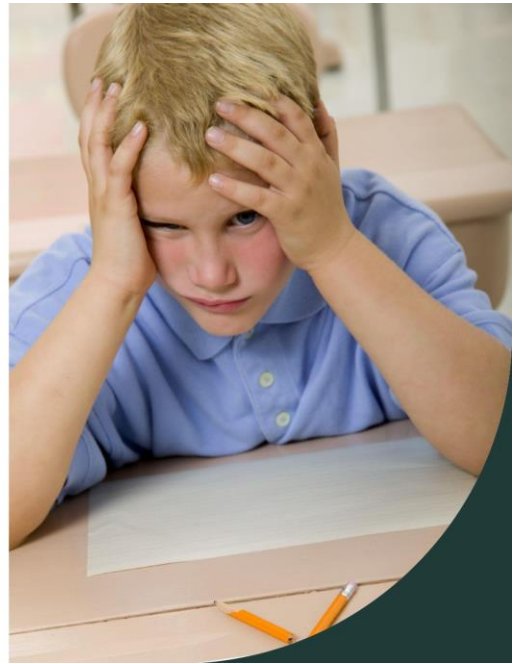
Objetivos da formação

- Melhorar a capacidade do cuidador informal de pessoa dependente, através de conhecimentos teóricos e práticos relevantes para a prática dos cuidados de saúde que presta.
- Contribuir para a gestão da Sobrecarga.
- Contribuir para a prevenção de lesões músculo-esqueléticas



No final da formação, o cuidador deve ser capaz de:

- Saber definir sobrecarga do cuidador.
- Identificar as dimensões que compõem a sobrecarga do cuidador.
- Saber identificar as estratégias para lidar com a sobrecarga do cuidador.
- Saber o que são e como se manifestam as lesões músculo-esqueléticas (LME).
- Saber identificar e aplicar os princípios básicos da prevenção de LME:
 - O que é ergonomia e como se aplica aos cuidados de saúde
 - O que é mecânica corporal e como se aplica aos cuidados de saúde que presta.



A Sobrecarga do Cuidador Informal

- O que é a sobrecarga do cuidador?
- Quais as dimensões da sobrecarga?
- Porque é importante saber gerir a sobrecarga?
- Quais são os princípios basilares das estratégias para gerir a sobrecarga?

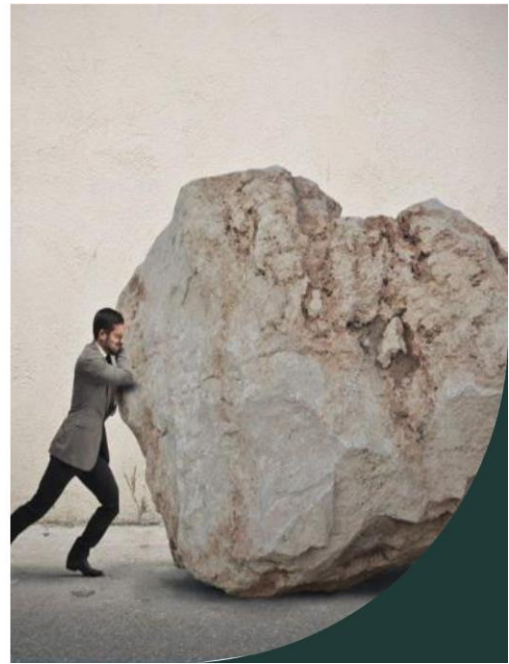


Sobrecarga do cuidador

O que é a sobrecarga do cuidador informal de pessoa dependente?

A sobrecarga do cuidador informal de pessoa dependente é a dificuldade que um cuidador informal enfrenta ao precisar lidar com as demandas de cuidados de um ente querido dependente, tais como limitações físicas, necessidades comportamentais, mudanças na rotina, e cuidados pessoais.

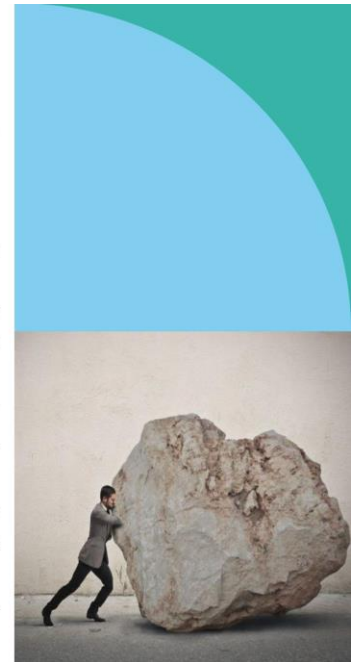
Essa sobrecarga pode ser extremamente stressante e esgotante para o cuidador, pois, em muitos casos, significa que eles também precisam abrir mão de sua própria vida para se dedicar aos cuidados do ente querido.



Sobrecarga do cuidador

Quais são as dimensões da sobrecarga do cuidador informal de pessoa dependente?

- **Física:** cuidar da pessoa dependente exige esforço físico, como levantar, transportar e fazer tarefas domésticas.
- **Emocional:** cuidar de um ente querido com necessidades especiais pode ser um grande desafio emocional, pois muitas vezes os cuidadores acham que não podem expressar suas necessidades ou sentimentos.
- **Financeira:** os custos de cuidar de uma pessoa dependente podem ser significativos, incluindo o gasto com serviços de saúde, medicamentos, equipamentos especializados e outros itens.
- **Social:** os cuidadores informais podem experimentar isolamento social, pois os seus compromissos de cuidar da pessoa dependente tornam difícil sair e socializar.
- **Psicológica:** cuidar de um ente querido com necessidades especiais pode ser uma grande fonte de stress, ansiedade e depressão para o cuidador.



Sobrecarga do cuidador

Porque é importante gerir a sobrecarga do cuidador informal?

Gerir a sobrecarga é importante para garantir que a pessoa que fornece cuidados informais se mantenha saudável e segura. O cuidador informal pode experimentar problemas de saúde mental (stress, ansiedade, depressão) e física (lesões músculo-esqueléticas).

A gestão eficaz da sobrecarga pode ajudar a garantir que o cuidador possa oferecer cuidados de qualidade de forma segura e eficaz.

Além disso, a gestão adequada da sobrecarga pode ajudar a prevenir problemas de saúde do cuidador informal, bem como a melhorar a sua qualidade de vida e do cuidado que ele fornece.



Sobrecarga do cuidador

Quais os princípios basilares das estratégias para melhor gerir a sobrecarga do cuidador?

- **Estabelecer limites:** O cuidador informal deve estabelecer limites claros e definidos para ajudar a aliviar a sobrecarga. Isso significa que é necessário definir quais tarefas cabem ao cuidador e quais tarefas cabem a outras pessoas, pois é fundamental que o cuidador obtenha o descanso necessário e não se esgote.
- **Peça ajuda:** Se necessário, solicite ajuda dos amigos e familiares para compartilhar a responsabilidade de cuidar, sem se sentir sozinho e esgotado.
- **Descubra se há recursos disponíveis:** Existem muitos recursos disponíveis para cuidadores informais, como ajuda financeira, programas de apoio, serviços de transporte e treinamento para cuidadores. Além disso, serviços profissionais (como os existentes nos Centros de Saúde) podem oferecer apoio e conselhos úteis para os cuidadores informais.
- **Tenha tempo para si:** É importante que o cuidador tenha um tempo para si mesmo, seja para relaxar ou para participar de atividades de lazer. Deve se lembrar de colocar a própria saúde em primeiro lugar, sendo importante que se exercite regularmente, se alimente corretamente e procure ajuda profissional quando necessário.



Dúvidas?

- O que é a sobrecarga do cuidador?
- Quais as dimensões da sobrecarga?
- Porque é importante saber gerir a sobrecarga?
- Quais as estratégias para gerir a sobrecarga?



Lesões Músculo- Esqueléticas (LME)

- O que são as LME?
- Como aparecem as LME? Quais os sintomas?
- Como se manifestam?
- O que acontece quando não são tratadas atempadamente?
- Como se pode prevenir o seu aparecimento?



Lesões Músculo-Esqueléticas

O que são as lesões músculo-esqueléticas?

Lesões músculo-esqueléticas são lesões nos músculos, tendões, ligamentos, articulações, ossos e outras estruturas relacionadas ao esqueleto.

Elas são comuns entre atletas e pessoas ativas, mas também podem ocorrer em pessoas sedentárias.



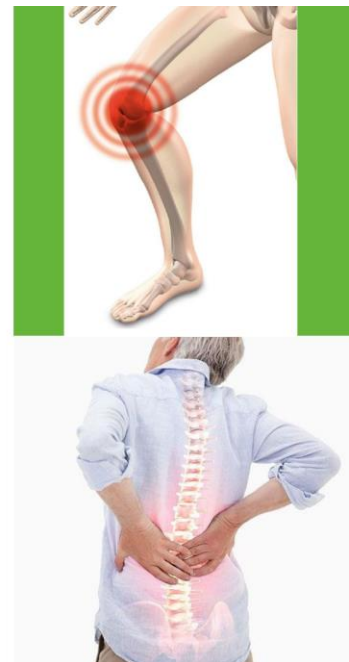
Lesões Músculo-Esqueléticas

Como aparecem as lesões músculo-esqueléticas?

Estas lesões podem aparecer de diversas formas. Elas podem ser causadas por traumas ou esforços repetitivos, a (má) postura adotada durante o trabalho, como em casos de tendinite ou bursite, ou por sobrecarga, como em lesões por uso excessivo.

A duração do trabalho, a elevada exigência, insuficientes pausas de descanso, insegurança na tarefa, deficiente suporte social, repetitividade, a má postura corporal e aplicação de força, movimentação de cargas com movimentos de torção/flexão, são fatores que potenciam o desenvolvimento deste tipo de lesões.

Estas lesões podem incidir sobre zonas do corpo distintas sendo as mais frequentes as zonas do pescoço, ombros, cotovelos, punhos, mãos, coluna vertebral e joelhos.



Lesões Músculo-Esqueléticas

Como se manifestam as lesões músculo-esqueléticas? Quais os sintomas?

As lesões músculo-esqueléticas podem se manifestar de várias maneiras, incluindo dor generalizada, inchaço, rigidez, limitação de movimento, fraqueza muscular, sensibilidade ao toque, formigamento ou dormência, entre outros sintomas.

Entre as lesões mais comuns estão as distensões musculares, tendinites, bursites, entorses, fraturas e artrites.



Lesões Músculo-Esqueléticas

O que acontece se não se tratar atempadamente as lesões músculo-esqueléticas?

Se as lesões não forem tratadas a tempo e de forma adequada, podem desencadear complicações graves, como danos nos tendões, lesões nos nervos, inflamações crônicas, infecções e problemas articulares.

Nesses casos, o tratamento pode ser longo e difícil, exigindo muitas vezes cirurgias e longos períodos de recuperação.

Além disso, o paciente corre o risco de desenvolver sequelas, como dores crônicas, rigidez articular e limitação dos movimentos.



Lesões Músculo-Esqueléticas

Como se pode prevenir o seu aparecimento?

A prevenção dessas lesões começa com os exercícios regulares para melhorar a força e a flexibilidade.

É importante:

- Usar equipamentos apropriados para evitar lesões, como as camas articuladas, os dispositivos de transferência ou mesmo o calçado adequado (ergonomia).
- Ter conhecimento sobre como desempenhar a tarefa corretamente.
- Aquecer as articulações antes de iniciar qualquer atividade física, para evitar lesões causadas por movimentos bruscos.
- Descansar corretamente entre as sessões de treino para evitar sobrecargas.



Dúvidas?

- O que são as LME?
- Como aparecem as LME? Quais os sintomas?
- Como se manifestam?
- O que acontece quando não são tratadas atempadamente?
- Como se pode prevenir o seu aparecimento?



Ergonomia e Mecânica Corporal

- O que é a Ergonomia aplicada aos cuidados de saúde?
- O que é a Mecânica Corporal? Em que se baseia?
- Porque é importante a mecânica corporal para o cuidador?
- Quais são os princípios da mecânica corporal?
- Quais são os principais conceitos da mecânica corporal aplicados ao cuidador informal?



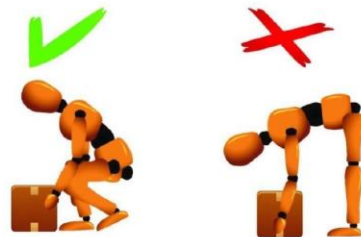
Ergonomia

O que é a ergonomia aplicada aos cuidados de saúde?

A ergonomia é a disciplina que estuda as formas de realizar as tarefas de cuidados de forma a minimizar o esforço físico e mental envolvido.

Envolve o uso de equipamentos apropriados, posturas corretas, posicionamento apropriado e adaptação de ambientes de acordo com as necessidades específicas da pessoa dependente.

A ergonomia também ajuda a prevenir lesões relacionadas à atividade, melhora a qualidade de vida e a eficiência do cuidador informal.



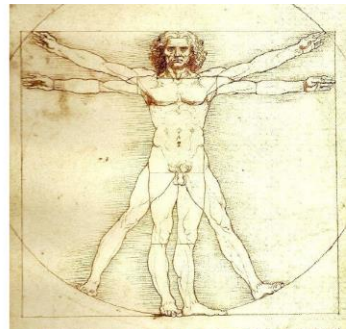
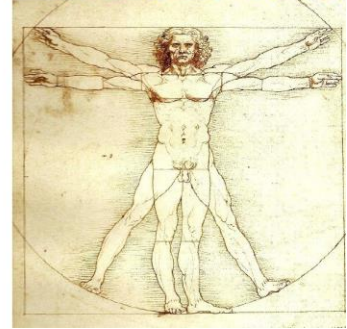
Mecânica Corporal

O que é mecânica corporal? Em que disciplinas se baseia?

Mecânica corporal consiste no conhecimento do funcionamento mecânico do corpo humano.

Baseia-se em disciplinas como a biomecânica, anatomia, fisiologia, neurologia, de forma a explicar o funcionamento dos movimentos humanos, ou seja, a dinâmica dos ossos, músculos e articulações.

O objetivo principal da mecânica corporal é ajudar a melhorar o desempenho corporal e a postura, reduzir dores e lesões e aumentar a flexibilidade, através de treinos de força e resistência, equilíbrio, postura, treino funcional e educação sensorial.



Mecânica Corporal

Porque é importante para o cuidador informal?

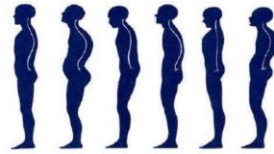
É importante para o cuidador de pessoas dependentes porque ajuda a prevenir lesões, melhora a postura do paciente/cuidador, aumenta a flexibilidade e fortalece os músculos.

Utiliza um conjunto de técnicas que ajudam a melhorar o movimento e o desempenho correto do corpo humano.

Estas técnicas ajudam a melhorar a qualidade de vida do paciente/cuidador, permitindo que ele se movimente de forma mais segura e eficiente.

Além disso, a mecânica corporal pode reduzir a fadiga e proporcionar um alívio da dor.

Mecânica Corporal



Quais são os princípios gerais da mecânica corporal?

Os princípios gerais da mecânica corporal são:

- Postura
- Alinhamento
- Equilíbrio
- Base de sustentação
- Centro de gravidade
- Linha de gravidade

Estes princípios fundamentais do corpo humano são cruciais para a saúde e o bem-estar.



Mecânica Corporal

Quais são os principais conceitos da mecânica corporal aplicados aos cuidados de pessoas dependentes?

- **Postura e Equilíbrio:** a postura e o equilíbrio são essenciais para garantir a segurança e conforto de pessoas dependentes. Estimular os músculos responsáveis pela estabilidade e pelo movimento, com o uso de técnicas de alongamento, fortalecimento muscular e exercícios de equilíbrio, pode contribuir para a melhoria do bem-estar e da mobilidade.
- **Mobilidade:** O cuidado das pessoas dependentes deve incluir o treino e a reabilitação para melhorar a mobilidade. Estas técnicas podem incluir o uso de cadeiras de rodas, andarilhos, pranchas, dispositivos de transferência e outros dispositivos de mobilidade.
- **Prevenção de lesões:** A prevenção de lesões é um fator importante no cuidado de dependentes. Esta prevenção inclui o uso de técnicas para prevenir quedas, aumentar a consciência e a força muscular, melhorar a postura e a coordenação motora.
- **Tratamento de lesões:** O tratamento de lesões é essencial para o cuidado de pessoas dependentes. Esta abordagem inclui o uso de técnicas de alongamento e fortalecimento muscular, bem como a aplicação de tratamentos como fisioterapia, acupuntura, massagem e outras formas de terapia manual.



Exemplos de Ergonomia e Mecânica Corporal nos Cuidados

- Usar roupa confortável e suficientemente larga para permitir toda a amplitude de movimentos e calçado fechado para diminuir o risco de lesão na mudança de direção.
- Preparar o espaço físico: recomenda-se uma área de 2,5 metros livres desde o centro da cama.
- Piso com condições de segurança: não deve ser escorregadio, desnivelado, com tapetes ou outros obstáculos.
- Utilizar, sempre que possível, equipamento regulável em altura e auxiliares mecânicos: roller aid, easy slide, transfer, elevadores, resguardos, entre outros, pois cada pessoa não deve levantar mais de 35% do seu peso corporal.
- Evitar movimentos de rotação e flexão da coluna, manter o alinhamento corporal, a postura do tronco e a posição dos pés na direção do movimento a realizar.
- Puxar, empurrar, deslizar ou girar em vez de elevar; usar, sempre que possível, o próprio peso para facilitar o movimento.
- Ao levantar a pessoa, ou objetos, colocá-los o mais próximo possível do corpo, mantendo os membros superiores junto ao tronco, fazendo a maior força com os membros inferiores.
- Realizar exercícios de alongamento e relaxamento entre tarefas de maior sobrecarga e/ou repetitivas e no final, para reduzir a tensão no sistema músculo-esquelético.

Dúvidas?

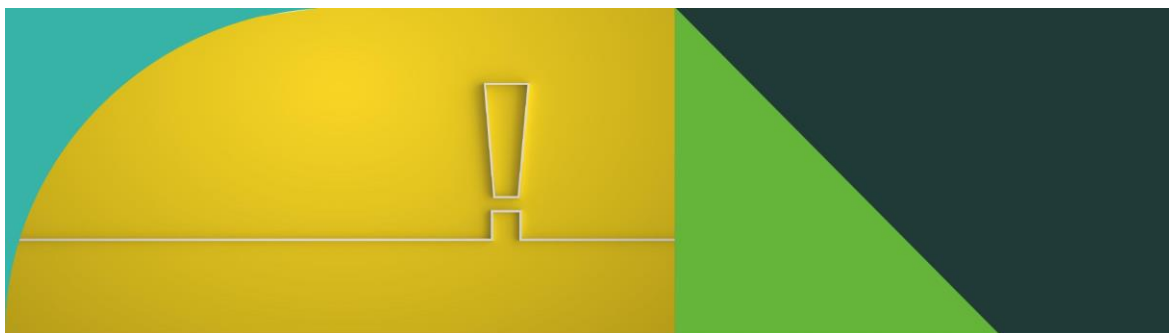
- O que é a Ergonomia aplicada aos cuidados de saúde?
- O que é a Mecânica Corporal? Em que se baseia?
- Porque é importante a mecânica corporal para o cuidador?
- Quais são os princípios gerais da mecânica corporal?
- Quais são os principais conceitos da mecânica corporal aplicados ao cuidador informal?



Principais fontes utilizadas na pesquisa

- Ordem do Enfermeiros
- Direção Geral da Saúde
- Diário da República
- Associação Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação
- Associação Portuguesa de Psicologia
- Merck Sharp & Dohme - MSD Portugal

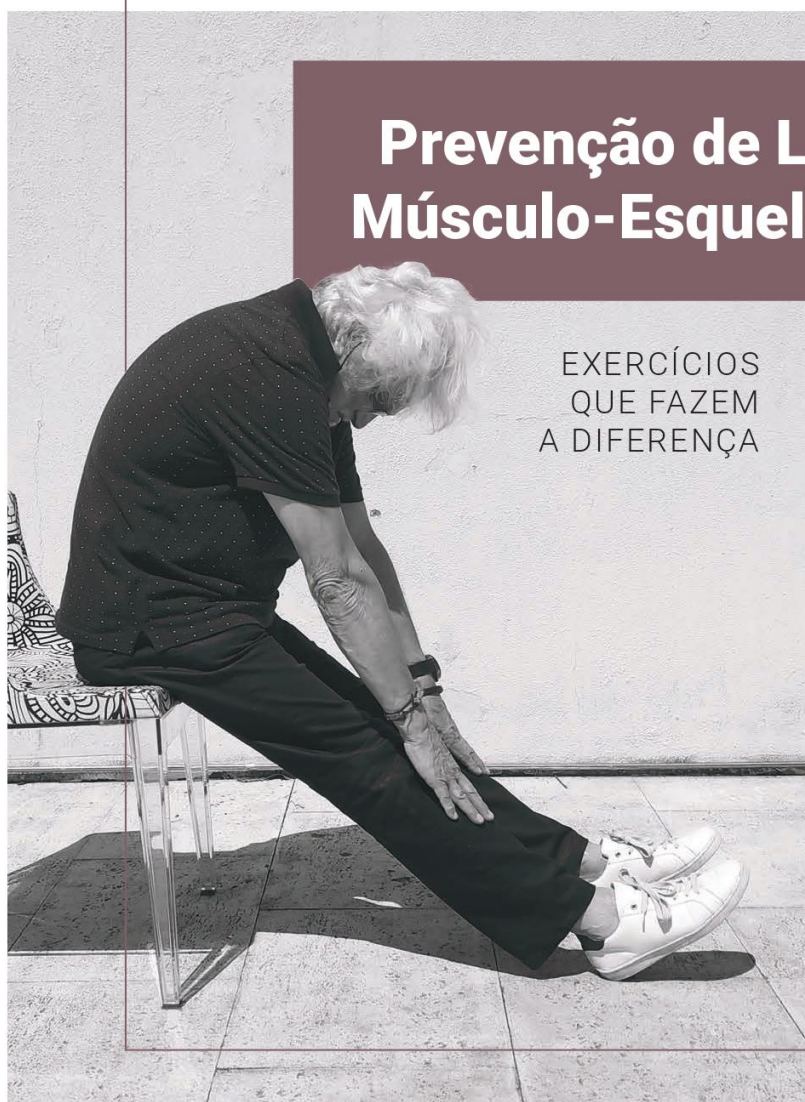
Todas as fontes podem ser consultadas online.



Obrigado pela atenção!

Prevenção de Lesões Músculo-Esqueléticas

EXERCÍCIOS
QUE FAZEM
A DIFERENÇA



02

João Marinho



Exercícios de Aquecimento Articular

Os exercícios de aquecimento são aqueles que nos ajudam a preparar o corpo para realizar uma tarefa.

Neste tipo de exercícios, importa o número de vezes que realizamos cada movimento, sendo 10x um valor mínimo de referência para executar cada um.

03

As lesões mais frequentes ocorrem nas articulações do nosso corpo, pelo que devemos ter especial atenção às mesmas, realizando os exercícios de aquecimento antes da tarefa a realizar de forma a prevenir as lesões (ex.: início do dia).

Assim, sugere-se iniciar os exercícios de aquecimento pela mobilização de todas as articulações.

Segue-se um exemplo de exercícios de aquecimento que deverá realizar, podendo fazê-los tanto em pé como sentado ou deitado.

Exercícios de Aquecimento Articular

Ombros

10x cada exercício

04



→ Começamos por entrelaçar os dedos das mãos, mantendo os braços esticados, e movemos os braços verticalmente (para cima e para baixo), o máximo que conseguir sem sentir dor.

→ Colocar os braços esticados em frente ao peito e à altura dos ombros, abrindo-os tanto quanto possível (sem dor) e fechando-os novamente.

→ Colocar os braços esticados junto ao corpo, levantando-os lateralmente tanto quanto possível (sem dor) e voltando a baixá-los para a posição inicial.

Se estiver sentado ou deitado na cama (de barriga para cima), os exercícios são feitos de maneira igual ao descrito anteriormente.

Nota

Os exercícios descritos devem ser realizados com os braços bem esticados. Contudo, caso não os consiga fazer mantendo os braços esticados, poderá fazê-los com eles dobrados, levantando apenas os cotovelos conforme descrito.

João Marinho

Cotovelos

10x cada exercício



- Começar de braços esticados (tanto quanto possível) e junto ao corpo, dobrando os cotovelos até tocar com as mãos nos ombros e esticando-os novamente para a posição inicial.
- Mantendo os braços esticados (tanto quanto possível) e junto ao corpo, rodar as palmas das mãos para a frente e para trás, alternadamente.

05

Se estiver sentado ou deitado na cama, os exercícios são feitos de maneira igual ao descrito anteriormente.



Exercícios de Aquecimento Articular

Pulsos

10x cada exercício

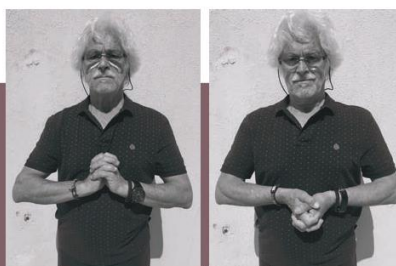
06



→ Entrelaçar os dedos das mãos, mantendo as palmas das mãos juntas. Alternadamente, uma mão vai empurrando a outra, de forma a fletir os pulsos ora para a frente, ora para trás.

→ Mantendo os dedos entrelaçados e palmas das mãos juntas, e junto ao peito, movimentar as mãos para cima e para baixo, rodando os pulsos.

Se estiver sentado ou deitado na cama (de barriga para cima), os exercícios são feitos de maneira igual ao descrito anteriormente.



João Marinho

Mãos

10x cada exercício



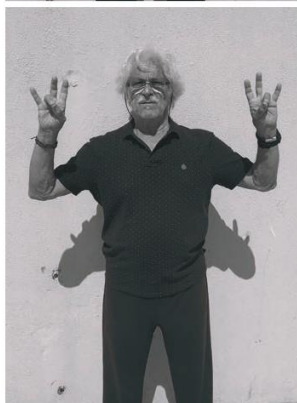
- Começar por abrir as mãos, mantendo os dedos bem esticados e afastados. De seguida, fechar as mãos com força fazendo um punho, voltando em seguida à posição inicial.



- Começar com as mãos bem abertas, dedos esticados e afastados. Unir a ponta do indicador com a ponta do polegar, abrindo novamente a mão. Fazer o mesmo, à vez, com cada um dos restantes dedos, unindo a ponta do polegar com a ponta de cada um dos dedos, voltando a abrir completamente a mão antes de começar o exercício com o dedo seguinte.

07

Se estiver sentado ou deitado na cama (de barriga para cima), os exercícios são feitos de maneira igual ao descrito anteriormente.



Exercícios de Aquecimento Articular

Tronco e Coluna Vertebral

10x cada exercício

08



→ Em pé e de tronco direito, com os pés bem apoiados no chão, virados para a frente e afastados à largura dos ombros, rodar o tronco suavemente, mas tanto quanto possível, para a esquerda e para a direita, alternadamente, mantendo os pés fixos no chão.

Se estiver deitado, de barriga para cima, começar por dobrar os joelhos, trazendo ambos os calcanhares para junto das nádegas. De seguida, balançar apenas, em simultâneo, ambas as pernas para a direita e para a esquerda, alternadamente.



→ Em pé e de tronco direito, com os pés bem apoiados no chão, virados para a frente e afastados à largura dos ombros, inclinar o tronco lateralmente de forma suave, deslizando a mão pelo corpo em direção ao joelho, voltando à posição inicial. Fazer o exercício alternadamente para a direita e para a esquerda.

Se estiver deitado, de barriga para cima, começar por dobrar os joelhos, trazendo ambos os calcanhares para junto das nádegas. De seguida, dobrar o tronco lateralmente, tocando alternadamente com a mão em cada calcanhar.

João Marinho



→ Em pé e de tronco direito, com os pés bem apoiados no chão, virados para a frente e afastados à largura dos ombros, inclinar o tronco para a frente de forma suave, deslizando a mão pelo corpo em direção ao joelho, voltando à posição inicial. Fazer o exercício alternadamente para a direita e para a esquerda.

09

Se estiver deitado, de barriga para cima, começar por dobrar os joelhos, trazendo ambos para junto do peito, tanto quanto possível sem doer, em simultâneo ou alternadamente, voltando a esticar completamente as pernas.



Exercícios de Aquecimento Articular

Anca

10x cada exercício

10



→ Em pé e com o tronco direito, mantendo as pernas esticadas e apoiando o peso do corpo em apenas uma, balançar a perna livre para a frente e para trás, tanto quanto possível, mantendo o tronco quieto.

Se estiver deitado na cama, de barriga para cima, mantendo as pernas esticadas, levante alternadamente cada perna, voltando a pousá-la na cama (sem a deixar cair). De seguida, deitado de barriga para baixo e mantendo as pernas esticadas, levantar alternadamente cada perna, voltando a pousá-la na cama.

João Marinho



→ Em pé e com o tronco direito, mantendo as pernas esticadas e apoiando o peso do corpo em apenas uma, abrir lateralmente a perna livre, tanto quanto possível, voltando à posição inicial.

Se estiver deitado na cama, de barriga para cima, o exercício é igual, podendo fazê-lo com ambas as pernas em simultâneo ou uma perna de cada vez, mantendo a outra quieta e alinhada com o corpo.

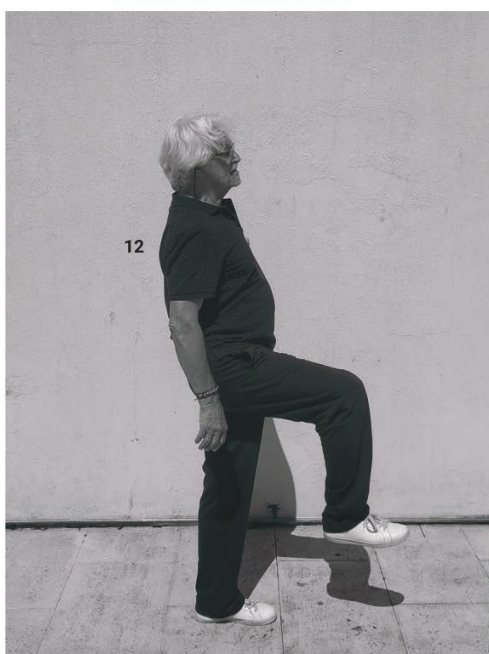
11



Exercícios de Aquecimento Articular

Anca

10x cada exercício

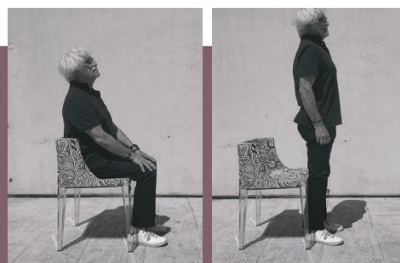


→ Em pé e com o tronco direito, mantendo as pernas esticadas e apoiando o peso do corpo em apenas uma, levantar o joelho da perna livre de forma a fazer um ângulo de 90°, voltando a esticar a perna.

Se estiver deitado na cama, de barriga para cima, o exercício é feito de maneira igual ao descrito anteriormente.

Nota

Este último exercício para a anca, pode ser substituído por agachamentos ou pelo movimento de sentar e levantar-se, mantendo sempre as costas direitas, trabalhando-se ambas as articulações em simultâneo (direita e esquerda).



João Marinho

Joelhos

10x cada exercício



→ Mantendo-se em pé com o tronco direito e as pernas esticadas, apoie o peso do corpo em apenas uma, dobrando o joelho da perna livre trazendo o calcanhar em direção às nádegas, voltando a esticar a perna.

Se estiver deitado na cama, colocar-se de lado ou de barriga para baixo, e dobrar o joelho da perna livre trazendo o calcanhar em direção às nádegas, voltando a esticar a perna. De seguida, e deitado para o lado oposto, repetir o exercício com a outra perna.

13

Exercícios de Aquecimento Articular

Tornozelos e Dedos dos pés

10x cada exercício

14



→ Estando em pé e apoiando-se em algo firme e fixo, levantar os calcanhares do chão, voltando a apoiar completamente os pés no chão. De seguida, apoiar-se apenas nos calcanhares mantendo a restante parte dos pés no ar, e voltar a apoiar totalmente os pés no chão.

Se estiver deitado, esticar bem os pés para a frente e dobrando-os para trás em seguida.



João Marinho

Pescoço

10x cada exercício



- Mantendo o tronco direito e ombros alinhados, mover a cabeça alternadamente para cima e para baixo tanto quanto possível, de forma lenta e suave.
- Mantendo o tronco direito e ombros alinhados, rodar alternadamente a cabeça para a esquerda e direita tanto quanto possível, de forma lenta e suave.
- Mantendo o tronco direito e ombros alinhados, lateralizar a cabeça para a direita e para a esquerda tanto quanto possível, de forma lenta e suave, como se fosse encostar a orelha ao ombro (sem que este se mexa).

15

Se estiver deitado na cama, de barriga para cima, os exercícios são feitos de maneira igual ao descrito anteriormente.

Exercícios de Aquecimento Articular



Exercícios de Alongamento Muscular

Os exercícios de alongamento são exercícios que servem para ajudar o corpo a relaxar após uma atividade com esforço e/ou intensidade elevada, promovendo o relaxamento muscular.

Neste tipo de exercícios, ao contrário dos de aquecimento, importa o tempo que demoramos a realizar cada um deles, devendo ser feitos de forma lenta e sendo 5 a 10 segundos valores de referência.

17

Após uma atividade física intensa (ex.: final do dia), é possível que os nossos músculos se mantenham contraídos após o esforço, devendo-se promover o seu relaxamento de forma a evitar lesões musculares (ex.: contraturas). Além disso, este tipo de exercícios, ajudam ainda a melhorar a sensação de bem-estar e a qualidade do descanso.

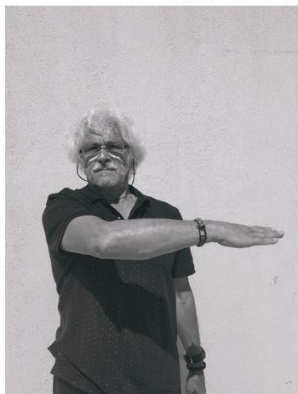
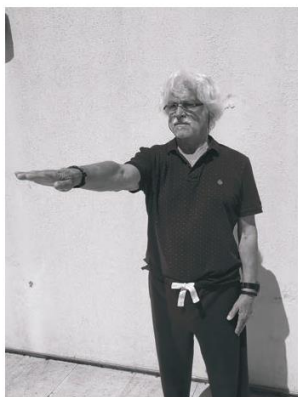
Segue-se uma sugestão de exercícios de alongamento muscular que deverá realizar.

Exercícios de Alongamento Muscular

Ombros

5 a 10 segundos

18

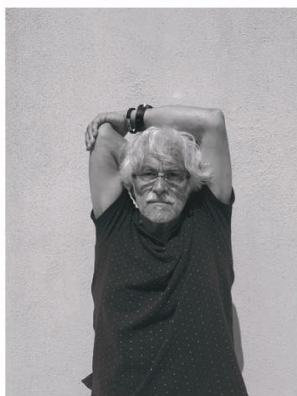


→ Em pé ou sentado, mantendo costas direitas e ombros alinhados, começamos por colocar o braço esticado em frente ao corpo. Rodamos esse braço na direção contrária, mantendo-o esticado ao nível do peito (ex.: o braço direito esticado, rodado para a esquerda sobre o peito). De seguida, colocamos a outra mão sobre o cotovelo, fazendo ligeira pressão na nossa direção, no sentido de aproximarmos o cotovelo a nós. Alcançada esta posição, iniciamos a contagem de 5-10 segundos. Terminada a contagem do tempo, realizar o mesmo exercício no outro ombro.

Se estiver deitado na cama, de barriga para cima, os exercícios são feitos de maneira igual ao descrito anteriormente.



João Marinho



→ Em pé ou sentado, mantendo as costas direitas e ombros alinhados, começamos por colocar a mão na parte de trás do pescoço (ex.: palma da mão direita na parte de trás do pescoço). De seguida, colocamos a outra mão sobre o cotovelo, fazendo ligeira pressão para baixo, como se quiséssemos deslizar a mão do pescoço pelas costas. Alcançada esta posição, iniciamos a contagem de 5-10 segundos. Terminada a contagem do tempo, realizar o mesmo exercício no outro ombro.

19

Se estiver deitado na cama, de barriga para cima, os exercícios são feitos de maneira igual ao descrito anteriormente.

Exercícios de Alongamento Muscular

Braços, Pulsos e Mãos

5 a 10 segundos

20



→ Mantendo costas direitas e ombros alinhados, colocamos um braço esticado em frente ao nosso tronco, como se na posição de “dizer pára”. Com a outra mão, seguramos todos os dedos da mão do braço esticado, fazendo ligeira pressão para trás. Alcançada esta posição, iniciamos a contagem de 5-10 segundos. Terminado a contagem do tempo, realizar o mesmo exercício do outro braço.

Se estiver deitado na cama, de barriga para cima, os exercícios são feitos de maneira igual ao descrito anteriormente.

João Marinho

Tronco e Coluna Vertebral

5 a 10 segundos



→ Em pé com tronco direito e os pés bem apoiados no chão, virados para a frente e afastados à largura dos ombros, rodar o tronco suavemente, mas tanto quanto possível, para a esquerda e manter essa posição por 5 -10 segundos. Terminada a contagem, fazer o mesmo exercício com a rotação do tronco para a direita, durante o mesmo tempo.

21

Se estiver deitado, de barriga para cima, começar por dobrar os joelhos, trazendo ambos os calcanhares para junto das nádegas. De seguida, balançar apenas, em simultâneo, ambas as pernas para a direita e iniciar a contagem de 5-10 segundos. De seguida, fazer o mesmo para a esquerda por 5-10 segundos.



Exercícios de Aquecimento Articular

Tronco e Coluna Vertebral

5 a 10 segundos

22



→ Com os pés bem apoiados no chão, virados para a frente e afastados à largura dos ombros, inclinar o tronco lateralmente, de forma suave, para a esquerda, deslizando a mão pela coxa e em direção ao joelho. Alcançada esta posição, iniciar a contagem de 5 -10 segundos. Terminada a contagem do tempo, realizar o mesmo exercício para a direita.

Se estiver deitado, de barriga para cima, começar por dobrar os joelhos. De seguida, dobrar o tronco lateralmente, tentando tocar (ou tocando, se conseguir) com a mão direita na ponta do pé direito. Alcançada esta posição, iniciar a contagem de 5-10 segundos. De seguida, fazer o mesmo exercício para a esquerda, por 5-10 segundos.



João Marinho



→ Estando em pé e de pernas bem esticadas, dobrar o tronco para a frente, deslizando as mãos em direção aos pés. Alcançada esta posição, iniciar a contagem de 5-10 segundos.

Se estiver deitado na cama, de barriga para cima, dobrar os joelhos trazendo-os em direção ao peito. Alcançada esta posição, iniciar a contagem de 5-10 segundos.

23



Exercícios de Alongamento Muscular

Pernas, Tornozelos e Pés

5 a 10 segundos

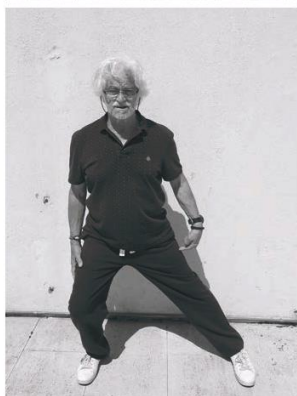
24



→ Estando em pé com o tronco direito e apoiando-se em algo firme e fixo, levantar ambos os calcanhares do chão, mantendo as pernas esticadas. Alcançada esta posição, iniciar a contagem de 5 - 10 segundos e voltar a apoiar completamente os pés no chão. De seguida, apoiar-se apenas nos calcanhares mantendo as pernas esticadas e a restante parte dos pés no ar. Alcançada esta posição, iniciar a contagem de 5 - 10 segundos e voltar a apoiar totalmente os pés no chão.

Se estiver deitado na cama, de barriga para cima, esticar bem os pés para a frente e iniciar a contagem de 5-10 segundos. De seguida, dobrar os pés para trás e iniciar a contagem de 5-10 segundos.

João Marinho



→ Estando em pé com o tronco direito, começar por estar de pernas esticadas e afastadas tanto quanto possível, como os pés virados para a frente. De seguida, e mantendo o tronco direito, dobrar um joelho sem que este ultrapasse a ponta do pé. Alcançada esta posição, iniciar a contagem de 5-10 segundos. Terminada a contagem do tempo, fazer o mesmo exercício dobrando o outro joelho e iniciando a mesma contagem de tempo.

25

Se estiver deitado, de barriga para cima, começar por dobrar os joelhos, trazendo os calcanhares para junto das nádegas. De seguida, afastar os joelhos um do outro, tanto quanto possível. Alcançada esta posição, iniciar a contagem de 5-10 segundos.



Exercícios de Alongamento Muscular

Pescoço

5 a 10 segundos



26

→ Mantendo o tronco direito e ombros alinhados, mover a cabeça de forma lenta e suave para cima, tanto quanto possível, e iniciar a contagem de 5-10 segundos. De seguida, mover a cabeça para baixo tanto quanto possível, de forma lenta e suave, e iniciar a contagem de 5-10 segundos.

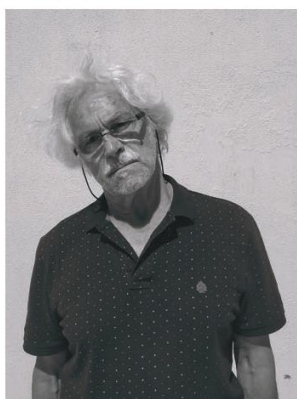
Se estiver deitado na cama, de barriga para cima, os exercícios são feitos de maneira igual ao descrito anteriormente.



→ Mantendo o tronco direito e ombros alinhados, rodar a cabeça para a esquerda tanto quanto possível, de forma lenta e suave, e iniciar a contagem de 5-10 segundos. De seguida, rodar a cabeça para a direita tanto quanto possível, de forma lenta e suave, e iniciar a contagem de 5-10 segundos.

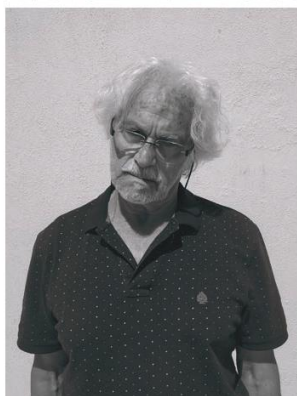
Se estiver deitado na cama, de barriga para cima, os exercícios são feitos de maneira igual ao descrito anteriormente.

João Marinho



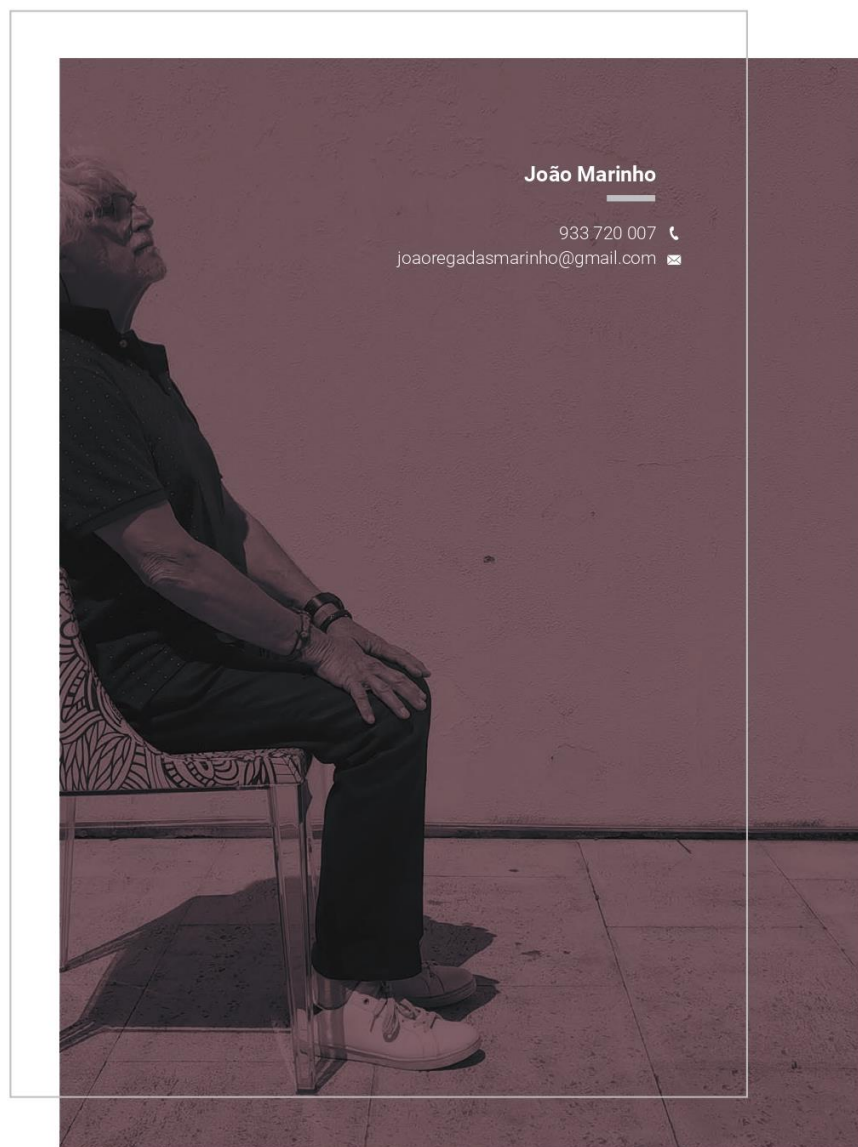
→ Mantendo o tronco direito e ombros alinhados, lateralizar a cabeça para a esquerda tanto quanto possível, de forma lenta e suave, como se fosse encostar a orelha ao ombro (sem que este se mexa), e iniciar a contagem de 5-10 segundos. De seguida, lateralizar a cabeça para a direita tanto quanto possível, de forma lenta e suave, como se fosse encostar a orelha ao ombro (sem que este se mexa), e iniciar a contagem de 5-10 segundos.

27



Se estiver deitado na cama, de barriga para cima, os exercícios são feitos de maneira igual ao descrito anteriormente.

Exercícios de Alongamento Muscular



APÊNDICE V - CONSENTIMENTO INFORMADO AOS CUIDADORES INFORMAIS

CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, _____,
aceito participar no estudo de investigação sobre prevenção de lesões músculo-esqueléticas no cuidador informal de pessoa dependente no domicílio, inserido no Estágio de Natureza Profissional, no âmbito do 2º ano de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, ministrado na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, a ser conduzido pelo Enfermeiro João Regadas Marinho.

Tem como objetivos a capacitação do cuidador informal de pessoa dependente no domicílio acerca das medidas de prevenção de lesões músculo-esqueléticas, inerentes à execução de procedimentos de movimentação manual e posicionamentos de doentes.

A minha participação consiste em partilhar a minha experiência, através de questionário, em consentir ser observado aquando da utilização de medidas preventivas de lesões músculo-esqueléticas, durante a execução da movimentação manual e posicionamentos de doentes no domicílio, visando o seu registo numa grelha de observação de comportamentos e concordar com a realização de sessões informativas teórico-práticas sobre a prevenção de lesões músculo-esqueléticas no domicílio.

Todas as minhas dúvidas sobre a participação neste estudo foram esclarecidas pelo investigador.

Sei que posso cancelar, a qualquer momento, a minha participação no estudo sem qualquer consequência para mim, podendo ainda aceder, se o quiser, aos resultados do mesmo.

Por fim, é-me assegurada a confidencialidade e o anonimato das minhas respostas.

O investigador

(João Regadas Marinho)

O participante

Viana do Castelo, ano letivo de 2022/2023

The diagram illustrates a cyclical process connecting three key areas:

- A Enfermagem de Reabilitação na promoção da saúde do cuidador informal** (Rehabilitation Nursing in promoting the health of the informal caregiver)
- implicações do conhecimento na prevenção de lesões músculo-esqueléticas e gestão da sobrecarga** (Implications of knowledge in preventing musculoskeletal injuries and managing overload)
- Momento de partilha com a equipa da UCC de Viana do Castelo** (Sharing moment with the team from UCC of Viana do Castelo)

Yellow dashed arrows indicate a clockwise flow between these elements. A lightbulb icon is positioned above the second element, and a tree icon growing from an open book is positioned below the third element.

```
graph LR; 01[01 Apresentar sucintamente a investigação em curso] --> 02[02 Partilhar resultados preliminares]; 02 --> 03[03 Com base nos resultados obtidos, apresentar sugestões de melhoria à equipa da UCC]; 03 --> 04[04 Partilhar conhecimentos sobre a importância da prática do exercício físico em contexto laboral];
```

01 Apresentar sucintamente a investigação em curso

02 Partilhar resultados preliminares

03 Com base nos resultados obtidos, apresentar sugestões de melhoria à equipa da UCC

04 Partilhar conhecimentos sobre a importância da prática do exercício físico em contexto laboral



1. Apresentação do projeto de investigação

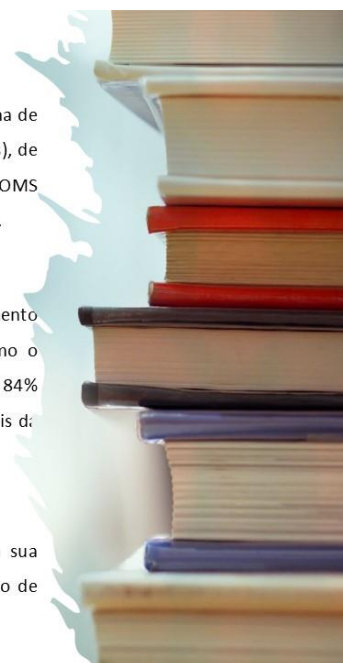
Motivações

Expectativas

Conclusões

Notas introdutórias

- As lesões musculoesqueléticas relacionadas com o trabalho (LMERT) são atualmente um problema de saúde prioritário (3 em cada 5 trabalhadores apresentam queixas provocadas este tipo de lesões), de cariz multifatorial, com elevado do gasto económico relacionado com o tratamento das mesmas (OMS e EU-OSHA 2021). Segundo a APSEI (2022), os encargos com as LMERT atingem de 0,5 a 2% do PIB.
- Vários estudos demonstram que os Enfermeiros apresentam um elevado risco para o desenvolvimento das LMERT, sobretudo nas atividades relacionadas com a mobilização manual de cargas, como o posicionamento, movimentação e transferência de utentes. A OE (2013) aponta a prevalência de 84% de sintomatologia musculoesquelética em enfermeiros, num estudo conduzido em cinco hospitais da região do Porto.
- O cuidador informal (CI) equipara-se ao enfermeiro a nível laboral, mas estando carente da sua formação específica, sendo vítima dos mesmos fenómenos inerentes e resultantes da prestação de cuidados. Há estudos que indicam, em média, o de aparecimento de LMERT em 6 meses.



Notas introdutórias

- No Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Reabilitação (EER), publicado em Diário da República, 2.ª série — N.º 85 — 3 de maio de 2019, o artigo J1.3.4 determina que o EER — "Ensina, demonstra e treina técnicas no âmbito dos programas definidos com vista à promoção do auto cuidado e da continuidade de cuidados nos diferentes contextos (internamento/domicílio/comunidade)".
- Assim, cabe ao EER a competência de prevenção e minimização do impacto dos riscos biomecânicos e psicossociais inerentes ao trabalho do CI na prestação de cuidados à pessoa dependente (Magalhães [et al.], 2021), bem como na promoção da qualidade de vida (APSEI, 2022).
- A oferta formativa disponível para a capacitação do CI, no que concerne à prevenção de lesões no próprio, é ainda limitada, sendo frequentemente uma área secundarizada comparativamente com outras necessidades. Contudo, a importância da formação em saúde e segurança do CI é fundamental, pois a sua ausência pode mesmo constituir mais um fator de risco de LMERT (OE, 2021 e APSEI, 2022).



FT: Lesões Músculo-Esqueléticas Relacionadas com o Trabalho (LMERT)

Designam-se LMERT as lesões resultantes da ação de fatores de risco laborais tais como a repetitividade, a postura adotada durante o trabalho e/ou a sobrecarga do mesmo (Direção-Geral da Saúde (DGS), 2008), estando ainda incluídas um conjunto de doenças inflamatórias e degenerativas do sistema locomotor.

As LME podem ser agrupadas conforme a estrutura afetada: as tendinites ou tenossinovites; as síndromes canaliculares; as raquialgias; e as síndromes neurovasculares. Estas lesões podem incidir sobre zonas do corpo distintas sendo as mais frequentes as zonas do pescoço, ombros, cotovelos, punhos, mãos, coluna vertebral e joelhos, dependendo da área do corpo afetada e da atividade de risco desenvolvida (OE, 2013).

São caracteristicamente acompanhadas por sintomas como parestesias, sensação de peso na área afetada ou próxima, de sensação ou perda efetiva de força, fadiga e dor, que pode ser localizada ou irradiar para outras áreas corporais. Os sintomas surgem gradualmente, agravando-se durante os picos de produção ou no final do dia de trabalho, e aliviando com o repouso, pelo que é primordial haver períodos para a recuperação corporal (DGS, 2008).



FT: Lesões Músculo-Esqueléticas Relacionadas com o Trabalho (LMERT)

Para a DGS (2008) e APSEI (2022), as LMERT decorrem da prevalência dos fatores de risco, sendo que quanto maior for a intensidade, frequência e duração duma atividade, maior será o risco de LMERT.

Os fatores de risco podem ser: organizacionais e psicossociais (duração do trabalho, elevada exigência, insuficientes pausas de descanso, insegurança na tarefa, deficiente suporte social); físicos e biomecânicos (repetitividade e aplicação de força, movimentação de cargas com movimentos de torção/flexão, má postura corporal); ou individuais (obesidade, hábitos tabágicos e/ou etílicos, historial médico, aspetos psicométricos como sexo, idade, altura).

Já Magalhães et al. (2021) refere que variáveis como a falta de formação em mecânica corporal do CI, a ausência de períodos suficientes de descanso, a utilização de equipamento e mobiliário inadequado ou habitação em más condições, podem determinar a ocorrência de LME.



FT: Lesões Músculo-Esqueléticas Relacionadas com o Trabalho (LMERT)

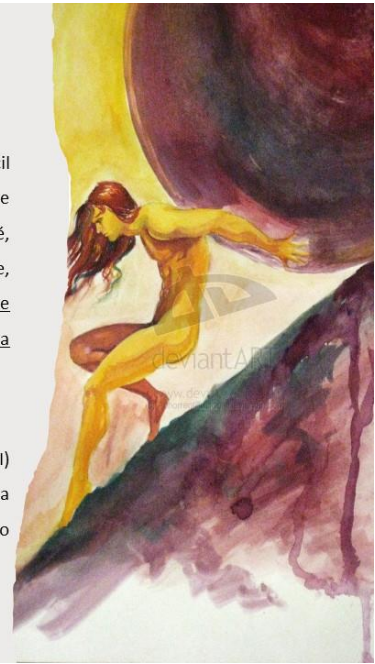
Assim, é fulcral avaliar o risco de LMERT e dotar o CI de competências que o permitam prevenir as mesmas, sendo pertinente seguir as orientações básicas da ergonomia e mecânica corporal, reduzindo-se os fatores de risco associados à pessoa, à atividade e ao ambiente, contribuindo significativamente para a prevenção destas lesões e dos custos que acarreta (EU-OSHA, in OE, 2013).



FT: Cuidadores Informais e a Sobrecarga

Prestar cuidados no domicílio por longos períodos de tempo pode tornar-se numa sobrecarga difícil e desgastante a nível físico, emocional, psicológico, social, familiar e financeiro. Os CI afiguram-se como uma população de risco ao desenvolvimento de LME, uma vez que a tarefa de cuidar é, geralmente, de carácter ininterrupto, estando por isso sujeitos a uma maior morbilidade, pois desencadeia sobrecarga física, psicológica e emocional associada: à falta de resistência física e de preparação para a tarefa; ao receio de não realizarem adequadamente a tarefa e à negligência com a sua própria saúde (Matos e Araújo, 2021).

Por sua vez, o aparecimento de dor musculoesquelética (frequentemente a principal queixa do CI) aumenta devido ao stress inerente ao cuidar, que desencadeia alterações bioquímicas por meio da libertação de neurotransmissores, aumentando a excitabilidade neural e resultando no aparecimento de dor, decorrente da sobrecarga física e má postura (Matos e Araújo, 2021).



FT: Cuidadores Informais e a Sobrecarga

Desta forma, torna-se imperativa a atuação do EER nestas situações, tanto a nível ativo como principalmente no preventivo, buscando-se educar sobre a gestão da sobrecarga, de forma a se prevenir o aparecimento de (novas) lesões musculoesqueléticas fruto dos cuidados prestados à pessoa dependente.



Ações que visem a diminuição das LME em CI

A prevenção das LMERT nos CI passa por um conjunto de procedimentos que integram: a análise da atividade, a avaliação do risco de LMERT, a vigilância médica (ou da saúde) do CI e a informação e formação destes, associando-se orientações posturais e exercícios que aliviem as queixas relacionadas com LMERT (OE, 2013).

Contudo, frequentemente os ensinamentos realizados ao CI em ambiente hospitalar acontecem em cima do momento da alta hospitalar. Estes ensinamentos focam-se maioritariamente nas necessidades dos utentes e não tanto nas carências educativas dos CI, que normalmente não demonstram capacidade ou competência insuficiente às necessidades e constrangimentos irão enfrentar no domicílio.



Ações que visem a diminuição das LME

Assim, segundo Alcântara (2014), devem desenvolver-se ações de formação básicas sobre a correta execução das técnicas, segundo princípios da ergonomia e mecânica corporal, e que promovam a capacitação destes CI e a adoção de posturas corretas para o manuseamento de cargas, pois não sendo as técnicas devidamente executadas, constituem risco acrescido de LME (OE, 2015).



Metodologia do projeto de investigação

Com investigação, pretende-se verificar a existência de LMERT e sobrecarga nos cuidadores informais de pessoa dependentes e perceber se os conhecimentos do CI interferem na ocorrência de LME.

Questão de partida

Será que os conhecimentos sobre prevenção de LMERT e gestão da sobrecarga contribuem para prevenir/minimizar a instalação de LMERT em cuidadores informais de pessoas dependentes para os autocuidados?

Objetivos específicos

Determinar a prevalência de sintomatologia de LMERT nos CI; identificar os sintomas de LMERT apresentados pelos CI; identificar quais os procedimentos que mais originam sintomatologia de LMERT; identificar o conhecimento dos CI sobre LMERT; perceber as implicações que um curso de formação básica sobre prevenção de LMERT e sobrecarga tem na prevenção/diminuição de surgimento da sintomatologia.

Amostra

A população-alvo deste curso de formação básica insere-se no universo de cuidadores informais de pessoas dependentes que estejam internados na ECCI da UCC de Viana do Castelo, sendo que a amostra é não-probabilística, intencional e accidental.

Como **critérios de inclusão** consideram-se a obrigatoriedade de serem maiores de 18 anos e serem os principais cuidadores informais de pessoas com dependência para os autocuidados, internados na ECCI da UCC de Viana do Castelo, sendo que os candidatos elegíveis foram previamente avaliados e discutidos com a EER Marta.

Tipo de estudo

Segue uma metodologia quantitativa, longitudinal e de caráter quase-experimental de grupo único, onde se previu uma conceção que se baseia nas mudanças ocorridas ao longo do tempo no grupo-alvo comparativamente com os achados da avaliação inicial.

Variáveis e Instrumentos de colheita de dados

- sociodemográfico (idade; sexo; estado civil; nível de escolaridade; condições domiciliares e ajudas técnicas utilizadas);
- socioprofissional (experiência prévia na prestação de cuidados; duração dessa experiência; outra profissão desempenhada);
- de caracterização do estado de saúde (tempo habitual de descanso; prática regular de exercício físico; hábitos de consumo aditivo; patologias pré-existent, sintomas);
- de caracterização da relação prestação de cuidados: (número de horas diárias de cuidados e de dias por semana; características do trabalho como cuidador informal; conhecimento sobre LMERT (definição, tipos, sintomas, prevenção); sintomas de LME decorrentes da prestação de cuidados primários; procedimentos que desencadeiem sintomas de LME; implicações da sintomatologia; necessidade de ajuda médica);
- Grau de dependência do utente;
- as previstas no Questionário Nórdico Músculo-Esquelético (para avaliação das LME (pré)existentes);
- as previstas na Escala de Zarit (para avaliação da sobrecarga);
- Grelha de observação/avaliação de comportamentos – pretende avaliar a demonstração de conhecimento na execução de técnicas de posicionamento, de mobilização manual de cargas e em exercícios terapêuticos de relaxamento e fortalecimento muscular. Para cada afirmação, a resposta é sim ou não, correspondendo à demonstração (ou não) do que é assinalado.

Operacionalização da investigação

A formação foi de carácter individual a decorrer no domicílio a CI, pois permite atender às necessidades específicas de cada CI, bem como perceber as necessidades de cada utente e respetivo ambiente, adequando as estratégias de implementação do programa às particularidades encontradas.

O curso é composto por 4 módulos sequenciais, 1 teórico e 3 práticos,

- No primeiro módulo (teórico), abordou-se e explicando os conceitos de cada temática.
- O segundo módulo, ensinou-se e treinou-se os diferentes tipos de exercícios de aquecimento e alongamento.
- No terceiro, ensinou-se e treinou-se a técnica de posicionamentos.
- No quarto, ensinou-se e treinou-se a técnica de transferência.

A implementação do curso de formação básica decorreu ao longo do estágio, com duração diferente consoante as necessidades de cada CI e a sua capacidade de aprendizagem, sendo em média 30 dias.



Operacionalização da investigação

Assumiu-se como áreas relevantes de ensino:

- O que é a sobrecarga do CI, quais as diferentes dimensões que a compõem (física, psicológica, social, financeira e emocional), o porquê de ser importante e princípios gerais que ajudam à melhor gestão da mesma;
- sobre LMERT (definição, tipos, sintomas e prevenção), os princípios básicos de ergonomia e mecânica corporal, os procedimentos de mobilização manual de doentes em contexto domiciliário (ex: técnicas de cuidados de higiene, de vestir/despir, de posicionamento e de transferências), ajudas técnicas na comunidade (ex: diferentes recursos disponíveis para compra e/ou criação própria) e as medidas de promoção da qualidade de vida do CI (ex: técnicas de relaxamento corporal e alongamento, de fortalecimento muscular, de prática de exercício físico).



2. Resultados preliminares

Na avaliação inicial ficou patente a sobrecarga intensa sentida por 12 dos 14 CI e a existência de sintomatologia de LME em todos os CI, com intensidade média de dor de 5 na Escala Numérica da Dor.

Prevvia-se que a prevalência de LMERT no final da formação fosse menor e que a sintomatologia associada a LMERT não aumentasse, podendo mesmo diminuir. E confirma-se na avaliação final preliminar que:

- Houve melhoria, comprovada pela grelha de observação, na postura e execução das técnicas lecionadas, em todos os CI;
- Houve diminuição da sintomatologia de LMERT em todos os CI avaliados, comprovado pelo Questionário Nórdico Musculoesquelético e pela Escala Numérica da Dor;
- Não houve evidências de agravamento da sobrecarga sentida em nenhum dos CI avaliados, comprovada pela escala de Zarit. Contudo, ressalva-se que 12 em 14 CI manifestaram a vontade/necessidade de haver um acompanhamento mais prolongado ao nível da sobrecarga emocional e psicológica que sentem.

2. Resultados preliminares

Assim, os resultados preliminares estão alinhados com os resultados previstos, ficando demonstrada a vantagem e pertinência de existir uma formação básica direcionada a cuidadores informais nas temáticas abordadas (princípios sobre ergonomia, mecânica corporal e sobrecarga, técnicas de mobilização manual de utentes, exercícios terapêuticos de relaxamento e de fortalecimento muscular) a par com a prestação de cuidados.



3. Sugestões à equipa

Face aos resultados preliminares obtidos através da escala de avaliação da sobrecarga do cuidador, fica também evidente a existência de sobrecarga emocional e psicológica na franca maioria dos cuidadores, tendo os mesmos apontado como necessidade a existência de um elemento de Psicologia que os pudesse ajudar na gestão da mesma.

Uma vez que a equipa carece de um Psicólogo, sugere-se uma formação aos elementos da equipa da UCC, por parte do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental, no sentido de sensibilizar os colegas para estas questões, dotando-os de ferramentas que lhes permitam dar alguma resposta que possa minimizar esta problemática.

Atendendo aos resultados obtidos e às manifestações expressas pelos CI, sugere-se dar continuidade a formações sobre estas temáticas, periodicamente, de forma a diminuir a prevalência de LMERT.

Que possam os elementos da equipa servir de exemplo, incorporando no seu dia-a-dia os exercícios de aquecimento e alongamento muscular.



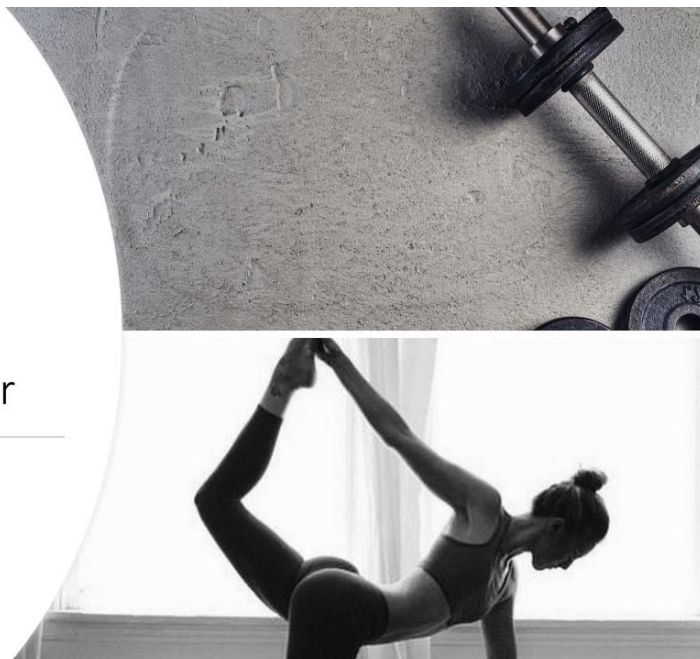
4. Ginástica Laboral

Malefícios da imobilidade

Sistema respiratório	Desequilíbrios entre a perfusão e a ventilação geram atelectasias, pneumonia hipostática pela acumulação de secreções.
Sistema cardiovascular	< TA, >FC, >sobrecarga cardíaca, > probabilidade TVP e AVC. Hipotensão ortostática.
Sistema gastrointestinal	Estase alimentar, obstipação/diarreia, distensão gástrica, anorexia.
Sistema urinário	Litíase, < esvaziamento da bexiga, causando retenção urinária e consequentes infeções e/ou hematuria.
Sistema metabólico	Hipercalemia, hiponatremia, hipocaliemia.
Sistema nervoso	Confusão, desorientação, ansiedade, depressão, alteração do padrão do sono, do equilíbrio e da coordenação.
Sistema pele e tegumentos	Úlceras de pressão, abrasões, macerações, entre outros.
Sistema musculoesquelético	Sistema mais afetado pela imobilidade. < contração muscular, perda de força e da massa muscular, atrofia, contracturas e osteoporose.

4. Ginástica Laboral

Exercícios de aquecimento e alongamento muscular



Exercícios de aquecimento

Os exercícios de aquecimento são aqueles que nos ajudam a preparar o corpo para realizar uma tarefa.

Neste tipo de exercícios, importa o número de vezes que realizamos cada movimento, sendo 10x um valor mínimo de referência para executar cada um.

As lesões mais frequentes ocorrem nas articulações do nosso corpo, pelo que devemos ter especial atenção às mesmas, realizando os exercícios de aquecimento antes da tarefa a realizar de forma a prevenir as lesões (ex.: início do dia). Assim, sugere-se iniciar os exercícios de aquecimento pela mobilização de todas as articulações.

Segue-se um exemplo de exercícios de aquecimento que se deverá realizar, podendo-se fazê-los tanto em pé como sentado ou deitado.



Exercícios de aquecimento

Ombros (10 x cada exercício)

- Começamos por entrelaçar os dedos das mãos, mantendo os braços esticados, e movemos os braços verticalmente (para cima e para baixo), o máximo que conseguir sem sentir dor.
- Colocar os braços esticados em frente ao peito e à altura dos ombros, abrindo-os tanto quanto possível (sem dor) e fechando-os novamente.
- Colocar os braços esticados junto ao corpo, levantando-os lateralmente tanto quanto possível (sem dor) e voltando a baixá-los para a posição inicial.

Nota: Os exercícios descritos devem ser realizados com os braços bem esticados. Contudo, caso não os consiga fazer mantendo os braços esticados, poderá fazê-los com eles dobrados, levantando apenas os cotovelos conforme descrito.



Exercícios de aquecimento

Cotovelos (10 x cada exercício)

- Começar de braços esticados (tanto quanto possível) e junto ao corpo, dobrando os cotovelos até tocar com as mãos nos ombros e esticando-os novamente para a posição inicial.
- Mantendo os braços esticados (tanto quanto possível) e junto ao corpo, rodar as palmas das mãos para a frente e para trás, alternadamente.



Exercícios de aquecimento

Pulsos (10 x cada exercício)

- Entrelaçar os dedos das mãos, mantendo as palmas das mãos juntas. Alternadamente, uma mão vai empurrando a outra, de forma a fletir os pulsos ora para a frente, ora para trás.
- Mantendo os dedos entrelaçados e palmas das mãos juntas, e junto ao peito, movimentar as mãos para cima e para baixo, rodando os pulsos.



Exercícios de aquecimento

Mãos (10 x cada exercício)

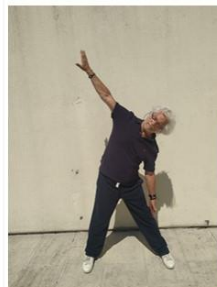
- Começar por abrir as mãos, mantendo os dedos bem esticados e afastados. De seguida, fechar as mãos com força fazendo um punho, voltando em seguida à posição inicial.
- Começar com as mãos bem abertas, dedos esticados e afastados. Unir a ponta do indicador com a ponta do polegar, abrindo novamente a mão. Fazer o mesmo, à vez, com cada um dos restantes dedos, unindo a ponta do polegar com a ponta de cada um dos dedos, voltando a abrir completamente a mão antes de começar o exercício com o dedo seguinte.



Exercícios de aquecimento

Tronco e Coluna Vertebral (10 x cada exercício)

- Em pé (ou sentado) e de tronco direito, com os pés bem apoiados no chão, virados para a frente e afastados à largura dos ombros, rodar o tronco suavemente, mas tanto quanto possível, para a esquerda e para a direita, alternadamente, mantendo os pés fixos no chão.
- Em pé (ou sentado) e de tronco direito, com os pés bem apoiados no chão, virados para a frente e afastados à largura dos ombros, inclinar o tronco lateralmente de forma suave, deslizando a mão pelo corpo em direção ao joelho, voltando à posição inicial. Fazer o exercício alternadamente para a direita e para a esquerda.
- Em pé (ou sentado) e de tronco direito, com os pés bem apoiados no chão, virados para a frente e afastados à largura dos ombros, inclinar o tronco para a frente de forma suave, deslizando a mão pelo corpo em direção ao joelho, voltando à posição inicial.



Exercícios de aquecimento

Anca (10 x cada exercício)

- Em pé e com o tronco direito, mantendo as pernas esticadas e apoiando o peso do corpo em apenas uma, balançar a perna livre para a frente e para trás, tanto quanto possível, mantendo o tronco quieto.
- Em pé e com o tronco direito, mantendo as pernas esticadas e apoiando o peso do corpo em apenas uma, abrir lateralmente a perna livre, tanto quanto possível, voltando à posição inicial.
- Em pé e com o tronco direito, mantendo as pernas esticadas e apoiando o peso do corpo em apenas uma, levantar o joelho da perna livre de forma a fazer um ângulo de 90°, voltando a esticar a perna.



Exercícios de aquecimento

Joelhos (10 x cada exercício)

- Mantendo-se em pé com o tronco direito e as pernas esticadas, apoie o peso do corpo em apenas uma, dobrando o joelho da perna livre trazendo o calcanhar em direção às nádegas, voltando a esticar a perna.



Exercícios de aquecimento

Tornozelos e Dedos dos pés (10 x cada exercício)

- Estando em pé e apoiando-se em algo firme e fixo, levantar os calcanhares do chão, voltando a apoiar completamente os pés no chão. De seguida, apoiar-se apenas nos calcanhares mantendo a restante parte dos pés no ar, e voltar a apoiar totalmente os pés no chão.



Exercícios de aquecimento

Pescoço (10 x cada exercício)

- Mantendo o tronco direito e ombros alinhados, mover a cabeça alternadamente para cima e para baixo tanto quanto possível, de forma lenta e suave.
- Mantendo o tronco direito e ombros alinhados, rodar alternadamente a cabeça para a esquerda e direita tanto quanto possível, de forma lenta e suave.
- Mantendo o tronco direito e ombros alinhados, lateralizar a cabeça para a direita e para a esquerda tanto quanto possível, de forma lenta e suave, como se fosse encostar a orelha ao ombro (sem que este se mexa).



Exercícios de alongamento

Os exercícios de alongamento são exercícios que servem para ajudar o corpo a relaxar após uma atividade com esforço e/ou intensidade elevada, promovendo o relaxamento muscular.

Neste tipo de exercícios, ao contrário dos de aquecimento, importa o tempo que demoramos a realizar cada um deles, devendo ser feitos de forma lenta e sendo 5 a 10 segundos valores de referência.

Após uma atividade física intensa (ex.: final do dia), ou depois de 4h de trabalho sedentário, é possível que os nossos músculos se mantenham contraídos após o esforço, devendo-se promover o seu relaxamento de forma a evitar lesões musculares (ex.: contraturas).

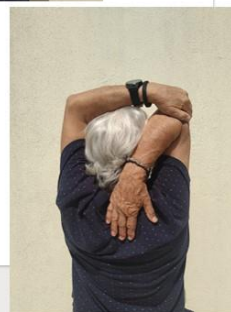
Além disso, este tipo de exercícios, ajudam ainda a melhorar a sensação de bem-estar e a qualidade do descanso.



Exercícios de alongamento

Ombros (5 A 10 SEGUNDOS)

- Em pé ou sentado, mantendo costas direitas e ombros alinhados, começamos por colocar o braço esticado em frente ao corpo. Rodamos esse braço na direção contrária, mantendo-o esticado ao nível do peito (ex.: o braço direito esticado, rodado para a esquerda sobre o peito). De seguida, colocamos a outra mão sobre o cotovelo, fazendo ligeira pressão na nossa direção, no sentido de aproximarmos o cotovelo a nós. Alcançada esta posição, iniciamos a contagem de 5-10 segundos. Terminada a contagem do tempo, realizar o mesmo exercício no outro ombro.
- Em pé ou sentado, mantendo as costas direitas e ombros alinhados, começamos por colocar a mão na parte de trás do pescoço (ex.: palma da mão direita na parte de trás do pescoço). De seguida, colocamos a outra mão sobre o cotovelo, fazendo ligeira pressão para baixo, como se quiséssemos deslizar a mão do pescoço pelas costas. Alcançada esta posição, iniciamos a contagem de 5-10 segundos. Terminada a contagem do tempo, realizar o mesmo exercício no outro ombro.



Exercícios de alongamento

Braços, Pulsos e Mãos (5 A 10 SEGUNDOS)

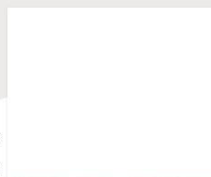
- Mantendo costas direitas e ombros alinhados, colocamos um braço esticado em frente ao nosso tronco, como se na posição de “dizer pára”. Com a outra mão, seguramos todos os dedos da mão do braço esticado, fazendo ligeira pressão para trás. Alcançada esta posição, iniciamos a contagem de 5-10 segundos. Terminado a contagem do tempo, realizar o mesmo exercício do outro braço.



Exercícios de alongamento

Tronco e Coluna Vertebral (5 A 10 SEGUNDOS)

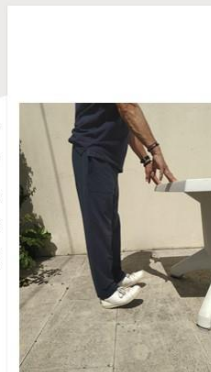
- Em pé com tronco direito e os pés bem apoiados no chão, virados para a frente e afastados à largura dos ombros, rodar o tronco suavemente, mas tanto quanto possível, para a esquerda e manter essa posição por 5-10 segundos. Terminada a contagem, fazer o mesmo exercício com a rotação do tronco para a direita, durante o mesmo tempo.
- Com os pés bem apoiados no chão, virados para a frente e afastados à largura dos ombros, inclinar o tronco lateralmente, de forma suave, para a esquerda, deslizando a mão pela coxa e em direção ao joelho. Alcançada esta posição, iniciar a contagem de 5-10 segundos. Terminada a contagem do tempo, realizar o mesmo exercício para a direita.
- Estando em pé e de pernas bem esticadas, dobrar o tronco para a frente, deslizando as mãos em direção aos pés. Alcançada esta posição, iniciar a contagem de 5-10 segundos.



Exercícios de alongamento

Pernas, Tornozelos e Pés (5 A 10 SEGUNDOS)

- Estando em pé com o tronco direito e apoiando-se em algo firme e fixo, levantar ambos os calcanhares do chão, mantendo as pernas esticadas. Alcançada esta posição, iniciar a contagem de 5-10 segundos e voltar a apoiar completamente os pés no chão. De seguida, apoiar-se apenas nos calcanhares mantendo as pernas esticadas e a restante parte dos pés no ar. Alcançada esta posição, iniciar a contagem de 5-10 segundos e voltar a apoiar totalmente os pés no chão.
- Estando em pé com o tronco direito, começar por estar de pernas esticadas e afastadas tanto quanto possível, como os pés virados para a frente. De seguida, e mantendo o tronco direito, dobrar um joelho sem que este ultrapasse a ponta do pé. Alcançada esta posição, iniciar a contagem de 5-10 segundos. Terminada a contagem do tempo, fazer o mesmo exercício dobrando o outro joelho e iniciando a mesma contagem de tempo.



Exercícios de alongamento

Pescoço (5 A 10 SEGUNDOS)

- Mantendo o tronco direito e ombros alinhados, mover a cabeça de forma lenta e suave para cima, tanto quanto possível, e iniciar a contagem de 5-10 segundos. De seguida, mover a cabeça para baixo tanto quanto possível, de forma lenta e suave, e iniciar a contagem de 5-10 segundos.
- Mantendo o tronco direito e ombros alinhados, rodar a cabeça para a esquerda tanto quanto possível, de forma lenta e suave, e iniciar a contagem de 5-10 segundos. De seguida, rodar a cabeça para a direita tanto quanto possível, de forma lenta e suave, e iniciar a contagem de 5-10 segundos.
- Mantendo o tronco direito e ombros alinhados, lateralizar a cabeça para a esquerda tanto quanto possível, de forma lenta e suave, como se fosse encostar a orelha ao ombro (sem que este se mexa), e iniciar a contagem de 5-10 segundos. De seguida, lateralizar a cabeça para a direita tanto quanto possível, de forma lenta e suave, como se fosse encostar a orelha ao ombro (sem que este se mexa), e iniciar a contagem de 5-10 segundos.



Grato pela atenção dispensada!

APÊNDICE VII - FICHAS TÉCNICAS DOS CUIDADORES INFORMAIS PARTICIPANTES DO ESTUDO

CI 1 DSD – sexo feminino, 84anos, tem o 12º ano estando atualmente reformada, cônjuge. DPC - Cuidadora desde há 24 meses, sendo a única pessoa a prestar cuidados. Presta cuidados de higiene, assiste nos posicionamento e transferências, que faz diariamente. Considera adotar posturas incorretas aquando da prestação, manifestando não ter conhecimento estruturado prévio sobre movimentação manual de doentes/mecânica corporal. Não possui cama articulada e não é regulável em altura. Não utiliza produtos de apoio. DPS - Refere ter LME (anca) desde a infância, atribuindo pontuação 5/10 à perceção da sua saúde, considerando que esta se manteve desde que iniciou a função de cuidadora. Cuida de pessoa com dependência moderada (I.Barthel: 55) Ambiente – o espaço permite a liberdade de movimentos. Presença de escadas entre divisões, sem corrimão. Luminosidade fraca.	
QNM inicial problemas nos últimos 6 meses: 3 Incapaz de realizar atividades nos últimos 6 meses: 2 Procurou ajuda profissional nos últimos 6 meses: 1 Apresentou problemas nos últimos 7 dias: 3 Dor – 5/10 Sobrecarga IPC – 25 RI – 9 EFC - 12 PA – 4 Total – 50 (sobrecarga ligeira) Grelha de Observação (aspetos corretos) Conhecimento – 4/5 Posicionamento – 3/7 (1 item N/A) Transferências - 3/10 (1 item N/A) Ambiente – 1/1	QNM final problemas nos últimos 6 meses: 3 Incapaz de realizar atividades nos últimos 6 meses: 2 Procurou ajuda profissional nos últimos 6 meses: 1 Apresentou problemas nos últimos 7 dias: 1 Dor – 3/10 Sobrecarga IPC – 18 RI – 6 EFC - 10 PA – 3 Total – 37 (sem sobrecarga) Grelha de Observação (aspetos corretos) Conhecimento – 5/5 Posicionamento – 6/7 (1 item N/A) Transferências - 9/10 (1 item N/A) Ambiente – 1/1

CI 2 DSD - sexo feminino, 57anos, tem o 9º ano, estando de baixa por assistência à data da colheita, filha DPC - Cuida desde há 18 meses, sendo a única pessoa a prestar cuidados. Presta cuidados de higiene, transferências, mobilização de transporte e outros, que faz diariamente. Considera adotar posturas incorretas aquando da prestação, manifestando ter conhecimento estruturado sobre movimentação manual de doentes/mecânica corporal. Tem cama articulada e regulável em altura. Utiliza produtos de apoio. DPS - Refere ter tendinite (ombro dto), atribuindo pontuação 3/10 à perceção da sua saúde, considerando que esta se agravou desde que iniciou a função de cuidadora. Cuida de pessoa com dependência moderada (I.Barthel: 45), Ambiente – o espaço permite a liberdade de movimentos. Ambiente preparado para a prestação de cuidados.	
QNM inicial problemas nos últimos 6 meses: 6 Incapaz de realizar atividades nos últimos 6 meses: 6 Procurou ajuda profissional nos últimos 6 meses: 4 Apresentou problemas nos últimos 7 dias: 6 Dor – 8/10 Sobrecarga IPC – 29 RI – 8 EFC – 14 PA – 6 Total – 57 (sobrecarga intensa) Grelha de Observação (aspetos corretos) Conhecimento – 1/5 Posicionamento – 1/7 Transferências - 3/10 Ambiente – 1/1	QNM final problemas nos últimos 6 meses: 6 Incapaz de realizar atividades nos últimos 6 meses: 6 Procurou ajuda profissional nos últimos 6 meses: 4 Apresentou problemas nos últimos 7 dias: 3 Dor – 5/10 Sobrecarga IPC – 27 RI – 6 EFC – 11 PA – 4 Total – 48 (sobrecarga ligeira) Grelha de Observação (aspetos corretos) Conhecimento – 5/5 Posicionamento – 7/7 Transferências - 10/10 Ambiente – 1/1

CI 3

DSD - sexo feminino, 64anos, tem o 6º ano, estando ativa a nível laboral, filha.

DPC - Cuidadora desde há 2 meses, tendo ajuda na prestação dos cuidados de higiene. Presta cuidados de higiene (pontuais) e transferências (não faz posicionamentos por utente ser independente a esse nível), que faz diariamente. Considera adotar posturas incorretas aquando da prestação, manifestando não ter conhecimento estruturado sobre movimentação manual de doentes/mecânica corporal. Tem cama articulada, não regulável em altura. Utiliza produtos de apoio na movimentação manual de cargas.

DPS - Refere ter osteoporose com problemas cervicais, atribuindo pontuação 2/10 à perceção da sua saúde, considerando que esta se manteve desde que iniciou a função de cuidadora. Cuida de pessoa com dependência moderada (Í.Barthel = 50)

Ambiente – o espaço permite a liberdade de movimentos. Domicílio com inúmeras escadas e tapetes/carpetes soltos.

QNM inicial

problemas nos últimos 6 meses: 4

Incapaz de realizar atividades nos últimos 6 meses: 2

Procurou ajuda profissional nos últimos 6 meses: 0

Apresentou problemas nos últimos 7 dias: 2

Dor – 7/10

Sobrecarga

IPC – 30

RI – 10

EFC – 16

PA – 4

Total – 60 (sobrecarga intensa)

Grelha de Observação (aspetos corretos)

Conhecimento – 1/5

Posicionamento – 0/7 (N/A)

Transferências - 1/10 (2 itens N/A)

Ambiente – 0/1

QNM final

problemas nos últimos 6 meses: 4

Incapaz de realizar atividades nos últimos 6 meses: 2

Procurou ajuda profissional nos últimos 6 meses: 0

Apresentou problemas nos últimos 7 dias: 1

Dor – 5/10

Sobrecarga

IPC – 25

RI – 9

EFC – 14

PA – 3

Total – 51 (sobrecarga ligeira)

Grelha de Observação (aspetos corretos)

Conhecimento – 5/5

Posicionamento – 0/7 (N/A)

Transferências - 8/10 (2 itens N/A)

Ambiente – 1/1

CI 4 DSD - sexo masculino, 80 anos, tem o 4º ano, estando reformado, é cônjuge. DPC - Cuidador desde há 16 meses, tendo ajuda na prestação dos cuidados de higiene. Presta cuidados de higiene (pontuais), posicionamentos, transferências, entre outros, que faz diariamente. Considera adotar posturas incorretas aquando da prestação, manifestando não ter conhecimento estruturado sobre movimentação manual de doentes/mecânica corporal. Sem cama articulada e/ou regulável em altura. Não utiliza produtos de apoio. DPS - Refere não ter sintomatologia de LME prévia, atribuindo pontuação 7/10 à perceção da sua saúde, considerando que esta piorou desde que iniciou a função de cuidador. Cuida de pessoa com dependência moderada (Barthel = 40). Ambiente – o espaço impede a liberdade de movimentos. Domicílio com inúmeras escadas exteriores, com corrimão. Sem tapetes/carpetes soltos.	
QNM inicial problemas nos últimos 6 meses: 5 Incapaz de realizar atividades nos últimos 6 meses: 3 Procurou ajuda profissional nos últimos 6 meses: 0 Apresentou problemas nos últimos 7 dias: 5 Dor – 5/10 Sobrecarga IPC – 35 RI – 16 EFC – 13 PA – 5 Total – 69 (sobrecarga intensa) Grelha de Observação (aspetos corretos) Conhecimento – 0/5 Posicionamento – 2/7 (1 item N/A) Transferências - 1/10 (1 item N/A) Ambiente – 1/1	QNM final problemas nos últimos 6 meses: 5 Incapaz de realizar atividades nos últimos 6 meses: 3 Procurou ajuda profissional nos últimos 6 meses: 0 Apresentou problemas nos últimos 7 dias: 1 Dor – 3/10 Sobrecarga IPC – 29 RI – 12 EFC – 13 PA – 4 Total – 58 (sobrecarga intensa) Grelha de Observação (aspetos corretos) Conhecimento – 5/5 Posicionamento – 5/7 (1 item N/A) Transferências - 7/10 (1 item N/A) Ambiente – 1/1
CI 5 DSD - sexo feminino, 52 anos, desempregada, tem o 9º ano, amiga. DPC – Cuidadora desde há 16 meses, não sendo a única a cuidar. Presta cuidados de higiene, posicionamentos, transferências e outros, que faz diariamente. Considera adotar posturas incorretas. Refere não ter conhecimentos sobre MMD/mecânica corporal. Não tem cama articulada, nem regulável em altura. Não utiliza produtos de apoio. DPS – Refere não ter sintomatologia de LME prévia à função. Classifica a sua saúde com 4/10. Considera que a sua saúde piorou desde que iniciou a função. Cuida de pessoa com dependência moderada (Barthel: 40)	

Ambiente – o espaço é exíguo e impede a liberdade de movimentos. Ambiente preparado para a prestação de cuidados	
QNM inicial problemas nos últimos 6 meses: 4 Incapaz de realizar atividades nos últimos 6 meses: 0 Procurou ajuda profissional nos últimos 6 meses: 0 Apresentou problemas nos últimos 7 dias: 4 Dor – 6/10 Sobrecarga IPC – 39 RI – 10 EFC – 14 PA – 6 Total – 69 (sobrecarga intensa) Grelha de Observação (aspetos corretos) Conhecimento – 2/5 Posicionamento – 4/7 Transferências - 4/10 Ambiente – 1/1	QNM final problemas nos últimos 6 meses: 4 Incapaz de realizar atividades nos últimos 6 meses: 0 Procurou ajuda profissional nos últimos 6 meses: 0 Apresentou problemas nos últimos 7 dias: 1 Dor – 4/10 Sobrecarga IPC – 32 RI – 9 EFC – 14 PA – 6 Total – 61 (sobrecarga intensa) Grelha de Observação (aspetos corretos) Conhecimento – 5/5 Posicionamento – 6/7 (1 item N/A) Transferências - 9/10 (1 item N/A) Ambiente – 1/1

CI 6 DSD – sexo feminino, 64 anos, ativa profissionalmente, tem o 9º ano, cônjuge. DPC - É cuidadora há 14 anos, tem apoio da família na prestação de cuidados. Presta diariamente cuidados de higiene, posicionamentos, transferências e outros. Considera que não adota posturas incorretas. Refere ter conhecimentos sobre MMD/mecânica corporal, adquiridos em formações e partilha de informação com outros cuidadores. Tem cama articulada, mas não regulável em altura. Não utiliza produtos de apoio. DPS – Refere não ser portadora de sintomatologia de LME prévia à função. Avalia a sua saúde em 10/10, considerando que a sua saúde se manteve desde que iniciou a função. Cuida de pessoa com dependência total (Barthel: 10). Ambiente – o espaço permite a liberdade de movimentos. Ambiente preparado para a prestação de cuidados.	
QNM inicial problemas nos últimos 6 meses: 4 Incapaz de realizar atividades nos últimos 6 meses: 1 Procurou ajuda profissional nos últimos 6 meses: 0 Apresentou problemas nos últimos 7 dias: 0 Dor – 0/10 Sobrecarga IPC – 14 RI – 6 EFC – 10 PA – 5 Total – 35 (sem sobrecarga) Grelha de Observação (aspetos corretos) Conhecimento – 3/5 Posicionamento – 2/7 (1 item N/A) Transferências - 3/10 (1 item N/A) Ambiente – 1/1	QNM final problemas nos últimos 6 meses: 4 Incapaz de realizar atividades nos últimos 6 meses: 1 Procurou ajuda profissional nos últimos 6 meses: 0 Apresentou problemas nos últimos 7 dias: 0 Dor – 0/10 Sobrecarga IPC – 13 RI – 6 EFC – 10 PA – 3 Total – 32 (sem sobrecarga) Grelha de Observação (aspetos corretos) Conhecimento – 5/5 Posicionamento – 6/7 (1 item N/A) Transferências - 8/10 (1 item N/A) Ambiente – 1/1

CI 7 DSD – sexo feminino, 30anos, ativa em situação de baixa por assistência, tem o 12º ano, é cônjuge. DPC - É cuidadora há 6 meses, sendo a única a prestar cuidados. Presta diariamente cuidados de higiene, posicionamentos, transferências e outros. Considera que adota posturas incorretas. Refere não ter conhecimentos sobre MMD/mecânica corporal. Tem cama articulada e regulável em altura. Utiliza produtos de apoio. DPS – Refere que já era portadora de LME ao nível cervical, porém sem sintomatologia habitual. Classifica a sua saúde em 6/10 e considera que a mesma piorou desde que iniciou a função. Cuida de pessoa com dependência total (Barthel: 0) Ambiente – permite liberdade de movimentos. Ambiente preparado para a prestação de cuidados.	
QNM inicial problemas nos últimos 6 meses: 2 Incapaz de realizar atividades nos últimos 6 meses: 0 Procurou ajuda profissional nos últimos 6 meses: 0 Apresentou problemas nos últimos 7 dias: 2 Dor – 4/10 Sobrecarga IPC – 24 RI – 8 EFC – 16 PA – 4 Total – 52 (sobrecarga ligeira) Grelha de Observação (aspetos corretos) Conhecimento – 3/5 Posicionamento – 2/7 Transferências - 5/10 Ambiente – 1/1	QNM final problemas nos últimos 6 meses: 2 Incapaz de realizar atividades nos últimos 6 meses: 0 Procurou ajuda profissional nos últimos 6 meses: 0 Apresentou problemas nos últimos 7 dias: 1 Dor – 2/10 Sobrecarga IPC – 22 RI – 8 EFC – 14 PA – 3 Total – 47 (sobrecarga ligeira) Grelha de Observação (aspetos corretos) Conhecimento – 5/5 Posicionamento – 7/7 Transferências - 10/10 Ambiente – 1/1

CI 8 DSD – sexo feminino, 48 anos, ativa profissionalmente, tem o 9º ano, é amiga. DPC - É cuidadora há 2 meses, tendo ajuda pontual na prestação de cuidados. Presta diariamente cuidados de higiene, posicionamentos, transferências e outros. Considera que adota posturas incorretas. Refere não ter conhecimentos sobre MMD/mecânica corporal. Tem cama articulada, não regulável em altura. Não utiliza produtos de apoio. DPS – Refere ser portadora de sintomatologia de LME prévia à função (3 hérnias ao nível cervical e lombar). Classifica a sua saúde em 7/10, considerando que a mesma se manteve desde que iniciou a função. Cuida de pessoa com dependência total (Barthel: 5) Ambiente – permite liberdade de movimentos. Ambiente preparado para a prestação de cuidados.	
QNM inicial problemas nos últimos 6 meses: 5 Incapaz de realizar atividades nos últimos 6 meses: 5 Procurou ajuda profissional nos últimos 6 meses: 5 Apresentou problemas nos últimos 7 dias: 5 Dor – 8/10 Sobrecarga IPC – 38 RI – 6 EFC – 18 PA – 6 Total – 68 (sobrecarga intensa) Grelha de Observação (aspetos corretos) Conhecimento – 3/5 Posicionamento – 1/7 Transferências - 2/10 Ambiente – 1/1	QNM final problemas nos últimos 6 meses: 5 Incapaz de realizar atividades nos últimos 6 meses: 5 Procurou ajuda profissional nos últimos 6 meses: 5 Apresentou problemas nos últimos 7 dias: 2 Dor – 5/10 Sobrecarga IPC – 36 RI – 6 EFC – 17 PA – 5 Total – 64 (sobrecarga intensa) Grelha de Observação (aspetos corretos) Conhecimento – 5/5 Posicionamento – 6/7 (1 item N/A) Transferências - 8/10 (1 item N/A) Ambiente – 1/1

CI 9 DSD – sexo feminino, 65 anos, ativa profissionalmente, tem o 6º ano, é cônjuge. DPC - É cuidadora há 8 meses, tendo ajuda da família na prestação de cuidados. Presta diariamente cuidados de higiene, posicionamentos, transferências e outros. Considera que adota posturas incorretas. Refere ter conhecimento de MMD/mecânica corporal, adquiridos durante o internamento pela equipa de enfermagem, relativos a posicionamentos no leito. Tem cama articulada, regulável em altura. Utiliza produtos de apoio. DPS – Refere já ser portadora de sintomatologia de LME prévia à função, referindo dor ciática e parestesias com diminuição da força ao nível das mãos. Avalia a sua saúde em 5/10, considerando que a mesma se manteve desde que iniciou a função. Cuida de pessoa com dependência total (Barthel: 0) Ambiente – Espaço permite a liberdade de movimentos. Ambiente preparado para a prestação de cuidados.	
QNM inicial problemas nos últimos 6 meses: 3 Incapaz de realizar atividades nos últimos 6 meses: 0 Procurou ajuda profissional nos últimos 6 meses: 0 Apresentou problemas nos últimos 7 dias: 2 Dor – 5/10 Sobrecarga IPC – 25 RI – 9 EFC – 14 PA – 4 Total – 52 (sobrecarga ligeira) Grelha de Observação (aspetos corretos) Conhecimento – 3/5 Posicionamento – 2/7 Transferências - 2/10 Ambiente – 1/1	QNM final problemas nos últimos 6 meses: 3 Incapaz de realizar atividades nos últimos 6 meses: 0 Procurou ajuda profissional nos últimos 6 meses: 0 Apresentou problemas nos últimos 7 dias: 1 Dor – 4/10 Sobrecarga IPC – 22 RI – 7 EFC – 14 PA – 4 Total – 47 (sobrecarga ligeira) Grelha de Observação (aspetos corretos) Conhecimento – 5/5 Posicionamento – 7/7 Transferências - 10/10 Ambiente – 1/1

CI 10

DSD – sexo feminino, 83 anos, reformada, tem o 4º ano, é cônjuge.

DPC - É cuidadora há 1 ano, sendo a única cuidadora. Presta diariamente cuidados de higiene, posicionamentos, transferências e outros. Considera que não adota posturas incorretas na prestação de cuidados. Refere não ter conhecimentos sobre MMD/mecânica corporal. Não tem cama articulada nem é regulável em altura. Não utiliza produtos de apoio.

DPS – Refere já ser portadora de sintomatologia de LME previamente à função, a nível cervical e lombar, artroses nas ancas, histórico de operação aos joelhos com colocação de próteses. Apresenta parestesias nas mãos. Classifica a sua saúde com 4/10, considerando que a mesma piorou desde que iniciou a função. Cuida de pessoa com dependência grave (Barthel: 30)

Ambiente – espaço exíguo que impede a liberdade de movimentos. Ambiente não preparado para a prestação de cuidados. Presença de tapetes soltos, escadas de degraus estreitos, fraca luminosidade.

QNM inicial

problemas nos últimos 6 meses: 7

Incapaz de realizar atividades nos últimos 6 meses: 3

Procurou ajuda profissional nos últimos 6 meses: 0

Apresentou problemas nos últimos 7 dias: 8

Dor – 5/10

Sobrecarga

IPC – 32

RI – 15

EFC – 16

PA – 6

Total – 69 (sobrecarga intensa)

Grelha de Observação (aspetos corretos)

Conhecimento – 1/5

Posicionamento – 2/7

Transferências - 3/10

Ambiente – 0/1

QNM final

problemas nos últimos 6 meses: 8

Incapaz de realizar atividades nos últimos 6 meses: 3

Procurou ajuda profissional nos últimos 6 meses: 0

Apresentou problemas nos últimos 7 dias: 3

Dor – 4/10

Sobrecarga

IPC – 29

RI – 13

EFC – 16

PA – 6

Total – 64 (sobrecarga intensa)

Grelha de Observação (aspetos corretos)

Conhecimento – 5/5

Posicionamento – 5/7 (1 item N/A)

Transferências - 8/10 (1 item N/A)

Ambiente – 1/1

CI 11

DSD – sexo masculino, 80 anos, reformado, tem o 6º ano, é cônjuge.

DPC - É cuidador há 10anos, tendo ajuda de outros cuidadores informais na prestação de cuidados. Presta diariamente cuidados de higiene, posicionamentos e outros. Considera que adota posturas incorretas. Refere não ter conhecimentos sobre MMD/mecânica corporal. Tem cama articulada e regulável em altura. Não utiliza outros produtos de apoio.

DPS – Refere que não era portador de sintomatologia de LME antes da função. Classifica a sua saúde com 7/10, considerando que a mesma piorou desde que iniciou a função. Cuida de pessoa com dependência total (Barthel: 10).

Ambiente – Espaço permite a liberdade de movimentos. Ambiente preparado para a prestação de cuidados.

QNM inicial

problemas nos últimos 6 meses: 6

Incapaz de realizar atividades nos últimos 6 meses: 6

Procurou ajuda profissional nos últimos 6 meses: 6

Apresentou problemas nos últimos 7 dias: 6

Dor – 8/10

Sobrecarga

IPC – 36

RI – 8

EFC – 13

PA – 4

Total – 61 (sobrecarga intensa)

Grelha de Observação (aspetos corretos)

Conhecimento – 3/5

Posicionamento – 4/7

Transferências - 0/10 (10 itens N/A)

Ambiente – 1/1

QNM final

problemas nos últimos 6 meses: 6

Incapaz de realizar atividades nos últimos 6 meses: 6

Procurou ajuda profissional nos últimos 6 meses: 6

Apresentou problemas nos últimos 7 dias: 3

Dor – 7/10

Sobrecarga

IPC – 35

RI – 7

EFC – 13

PA – 4

Total – 59 (sobrecarga intensa)

Grelha de Observação (aspetos corretos)

Conhecimento – 5/5

Posicionamento – 7/7

Transferências - 0/10 (10 item N/A)

Ambiente – 1/1

CI 12

DSD – sexo feminino, 52 anos, ativa profissionalmente, tem o 9º ano, é amiga.

DPC – Cuidadora desde há 2 anos, tendo ajuda para a prestação de cuidados. Presta diariamente cuidados de higiene, posicionamentos e outros. Considera que não adota posturas incorretas na prestação de cuidados. Refere ter conhecimentos sobre MMD/mecânica corporal, adquiridos com outros cuidadores informais. Possui cama articulada, que é regulável em altura. Não utiliza outros produtos de apoio.

DPS – Refere não ser portadora de sintomatologia de LME previamente à função. Classifica a sua saúde em 7/10, considerando que a mesma piorou desde que iniciou a função. Cuida de pessoa com dependência total (Barthel: 10)

Ambiente – Espaço permite a liberdade de movimentos. Ambiente preparado para a prestação de cuidados.

QNM inicial

problemas nos últimos 6 meses: 5

Incapaz de realizar atividades nos últimos 6 meses: 0

Procurou ajuda profissional nos últimos 6 meses: 4

Apresentou problemas nos últimos 7 dias: 2

Dor – 3/10

Sobrecarga

IPC – 22

RI – 9

EFC – 15

PA – 5

Total – 51 (sobrecarga ligeira)

Grelha de Observação (aspetos corretos)

Conhecimento – 1/5

Posicionamento – 4/7

Transferências - 0/10 (10 itens N/A)

Ambiente – 1/1

QNM final

problemas nos últimos 6 meses: 5

Incapaz de realizar atividades nos últimos 6 meses: 0

Procurou ajuda profissional nos últimos 6 meses: 4

Apresentou problemas nos últimos 7 dias: 1

Dor – 2/10

Sobrecarga

IPC – 21

RI – 7

EFC – 15

PA – 5

Total – 48 (sobrecarga ligeira)

Grelha de Observação (aspetos corretos)

Conhecimento – 5/5

Posicionamento – 6/7

Transferências - 0/10 (19 itens N/A)

Ambiente – 1/1

CI 13

DSD – sexo feminino, 79 anos, reformada, tem o 4º ano, é cônjuge.

DPC - É cuidadora há 5 meses, tendo ajuda na prestação de cuidados por outros elementos da família. Presta diariamente cuidados de higiene (pontuais), posicionamentos, transferências e outros. Considera que adota posturas incorretas na prestação de cuidados. Refere não ter conhecimentos sobre MMD/mecânica corporal. Tem cama articulada, que é regulável em altura. Não utiliza outros produtos de apoio.

DPS – Refere que já era portadora de sintomatologia de LME antes da função, tendo histórico de operação para colocação de próteses nos joelhos. Classifica a sua saúde em 5/10, considerando que a mesma se manteve. Cuida de pessoa com dependência moderada (Barthel: 55).

Ambiente – Espaço permite a liberdade de movimentos. Ambiente preparado para a prestação de cuidados

QNM inicial

problemas nos últimos 6 meses: 5

Incapaz de realizar atividades nos últimos 6 meses: 1

Procurou ajuda profissional nos últimos 6 meses: 1

Apresentou problemas nos últimos 7 dias: 6

Dor – 5/10

Sobrecarga

IPC – 31

RI – 12

EFC – 16

PA – 5

Total – 64 (sobrecarga intensa)

Grelha de Observação (aspetos corretos)

Conhecimento – 1/5

Posicionamento – 3/7

Transferências - 4/10

Ambiente – 1/1

QNM final

problemas nos últimos 6 meses: 6

Incapaz de realizar atividades nos últimos 6 meses: 1

Procurou ajuda profissional nos últimos 6 meses: 1

Apresentou problemas nos últimos 7 dias: 3

Dor – 4/10

Sobrecarga

IPC – 30

RI – 11

EFC – 14

PA – 5

Total – 60 (sobrecarga intensa)

Grelha de Observação (aspetos corretos)

Conhecimento – 5/5

Posicionamento – 6/7

Transferências - 9/10

Ambiente – 1/1

CI 14

DSD – sexo feminino, 60 anos, ativa profissionalmente, tem o 9º ano, é amiga.

DPC - É cuidadora desde há 2 meses, tendo ajuda para a prestação de cuidados. Presta diariamente cuidados de higiene, posicionamentos, transferências e outros. Considera que adota posturas incorretas na prestação de cuidados. Refere não ter conhecimentos sobre MMD/mecânica corporal. Tem cama articulada, regulável em altura. Não utiliza outros produtos de apoio.

DPS – Refere não ser portadora de sintomatologia de LME previamente à função. Classifica a sua saúde em 8/10, considerando que a mesma se manteve. Cuida de pessoa com dependência moderada (Barthel: 55)

Ambiente – Espaço permite a liberdade de movimentos. Ambiente preparado para a prestação de cuidados.

QNM inicial

problemas nos últimos 6 meses: 5

Incapaz de realizar atividades nos últimos 6 meses: 0

Procurou ajuda profissional nos últimos 6 meses: 0

Apresentou problemas nos últimos 7 dias: 5

Dor – 5/10

Sobrecarga

IPC – 38

RI – 9

EFC – 17

PA – 6

Total – 70 (sobrecarga intensa)

Grelha de Observação (aspetos corretos)

Conhecimento – 1/5

Posicionamento – 2/7

Transferências - 2/10

Ambiente – 1/1

QNM final

problemas nos últimos 6 meses: 5

Incapaz de realizar atividades nos últimos 6 meses: 0

Procurou ajuda profissional nos últimos 6 meses: 0

Apresentou problemas nos últimos 7 dias: 1

Dor – 2/10

Sobrecarga

IPC – 32

RI – 8

EFC – 16

PA – 5

Total – 61 (sobrecarga intensa)

Grelha de Observação (aspetos corretos)

Conhecimento – 5/5

Posicionamento – 7/7

Transferências - 10/10

Ambiente – 1/1

LESÕES MÚSCULO-ESQUELÉTICAS NO CUIDADOR INFORMAL

As Lesões Músculo-Esqueléticas (LME) são todas aquelas que afetam o sistema músculo-esquelético do corpo humano, ou seja, são todas as lesões nos ossos, músculos, articulações, tendões e ligamentos, podendo surgir tanto em pessoas extremamente ativas, como consequência do esforço excessivo, ou em pessoas pouco ativas, pela fraca preparação para o esforço físico.

Estas lesões podem se manifestar de várias maneiras, incluindo dor generalizada, inchaço, rigidez, limitação de movimento, diminuição da força muscular, sensibilidade ao toque, sensação de formigamento ou dormência, entre outros sintomas.

As LME podem surgir em diferentes partes do corpo, sendo mais frequentes nas zonas do pescoço, ombros, cotovelos, punhos, mãos, coluna vertebral e joelhos. E se não forem tratadas a tempo e de forma adequada, podem desencadear complicações graves, como danos nos tendões, lesões nos nervos, inflamações e dor crônicas, infecções e problemas articulares. Nesses casos, o tratamento pode ser longo e difícil, exigindo muitas vezes cirurgias e longos períodos de recuperação.

Existem diversos fatores que contribuem para o aparecimento deste tipo de lesões. Elas podem ser causadas por: traumas (ex.: quedas); a duração e a elevada exigência do trabalho, com insuficientes pausas de descanso; insegurança na tarefa; má postura corporal e repetitividade na aplicação de força, como na movimentação manual de cargas (ex.: objetos pesados, pessoas, etc.) com movimentos de torção/flexão do corpo.

A prevenção das lesões passa sempre pela realização de exercício físico regular

Devemos procurar melhorar tanto a força muscular como a flexibilidade, lembrando que toda a atividade física **deve incluir exercícios de aquecimento** prévio à tarefa a executar e **exercícios de alongamento** no final da tarefa realizada, de forma a conseguirmos diminuir a probabilidade de ocorrerem lesões.

Além disso, é possível minimizar a probabilidade de as lesões surgirem, através de pequenas correções/atensões. Para isso, devemos:

- Ter conhecimento sobre como desempenhar a tarefa corretamente.
- Aquecer as articulações antes de iniciar qualquer atividade física, para evitar lesões causadas por movimentos bruscos.
- Usar equipamentos apropriados para evitar lesões, como as camas articuladas, os dispositivos de transferência ou mesmo o calçado adequado (ergonomia).
- Descansar corretamente entre as sessões de treino/tarefas.

Enf. João Marinho, aluno do 2º ano do VII Mestrado em Enfermagem de Reabilitação do IPVC, 2023

GESTÃO DA SOBRECARGA DO CUIDADOR INFORMAL

O **Cuidador Informal** é toda a pessoa que se assume como responsável legal pelos cuidados prestados à pessoa com necessidades de saúde, quando esta é incapaz de as realizar de forma autónoma e independente.

Entende-se por **Sobrecarga do Cuidador Informal** todo o esforço despendido no que envolva cuidar de outra pessoa, em qualquer uma das 5 dimensões que a compõem (sobrecargas física, emocional, financeira, social e psicológica), podendo se manifestar numa ou em todas as dimensões, com igual ou diferente intensidade/esforço.

Devemos atentar a todas as dimensões da sobrecarga, delineando estratégias que nos ajudem a fazer a sua correta gestão, de forma a não chegarmos a extremos:

Física: aparecimento de lesões músculo-esqueléticas;

Emocional: instabilidade das emoções do cuidador e da pessoa cuidada, com sentimentos de culpa, medo, etc.;

Financeira: o esforço financeiro relacionado com a compra de material, medicamentos ou outros gastos necessários para a prestação de cuidados;

Social: abandono da vida social e de relação com amigos e/ou familiares, como consequência da prestação de cuidados a outrem;

Psicologia: ansiedade, irritabilidade, depressão, etc.

As **Estratégias utilizadas na Gestão da Sobrecarga** podem, e devem, ser variadas e diversificadas, cabendo ao cuidador informal escolher aquelas que maior sensação de bem-estar lhe proporcionam. Independentemente das estratégias escolhidas, e sempre a par de uma comunicação eficaz entre cuidador(es) e pessoa cuidada, estas devem respeitar 4 princípios:

Estabelecer limites: saber o que pode e não pode fazer; o que é e não é da sua competência fazer; incentivar a autonomia e independência da pessoa cuidada ao invés de a substituir nas tarefas que esta tenha capacidade para fazer; organizar os cuidados programando os seus períodos de descanso regulares.

Pedir ajuda: saber a quem recorrer em caso de necessidade, podendo ser familiares, amigos, vizinhos ou equipas especializadas, conforme a situação exija. Já diz o ditado “na casa onde todos ajudam, nada custa”.

Utilizar os recursos disponíveis: saber que recursos existem e que nos facilitem nas tarefas a realizar, podendo ser recursos materiais (ex.: camas articuladas, calçadeiras, esponjas de banho extensíveis, etc.) ou recursos humanos (ex.: equipas de apoio domiciliário para a prestação de cuidados de higiene, alimentação e/ou outros).

Ter tempo para si: é fundamental que tenha períodos de descanso regulares (sono) e períodos em que possa realizar as atividades de lazer de que mais gosta, como por exemplo: prática de desporto ou exercício físico; leitura; cinema; conversa frequente com amigos, familiares e/ou equipas especializadas; ouvir música, dançar, etc. Sem esses períodos, facilmente se sentirá esgotado e sem capacidade para assegurar os cuidados de que a pessoa cuidada necessita.

Enf. João Marinho, aluno do 2º ano do VII Mestrado em Enfermagem de Reabilitação do IPVC, 2023