INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Empoderamento do Cuidador Informal do Idoso Dependente no Domicílio

Papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

Março de 2024

Escola Superior de Saúde

INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Eliana Sofia Silva Brandão

Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final

Empoderamento do Cuidador Informal do Idoso Dependente no Domicílio

Papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Trabalho efetuado sob a orientação de:

Professora Doutora Andreia Maria Novo Lima

Março de 2024

AGRADECIMENTOS

Ao longo deste percurso de aprendizagem, construção e emancipação, não caminhei só. Assim, cabe-me agora agradecer a todos os que contribuíram para alcançar esta meta.

À Professora Doutora Andreia Maria Novo Lima, agradeço a sua orientação, apoio e incentivo, não me tendo deixado cair, ajudando-me a ultrapassar os obstáculos e as pedras encontradas pelo caminho.

À Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação Clara Silva pela orientação, pela colaboração e todo o empenho profissional que tornou possível a concretização deste trabalho de investigação, assim como a todos os restantes elementos da Unidade de Cuidados na Comunidade, por me terem integrado no seio da sua equipa, apoiando-me neste percurso.

À Professora Doutora Salete Soares por ter reavivado uma temática que há muito me despoletava uma profunda vontade de explorar, sensibilizando-me para a pertinência de um estudo nesta área.

Ao Professor Doutor Luís Graça pelo seu apoio, tendo-me guiado pelo mundo da estatística.

A todos os participantes deste estudo, pela disponibilidade e envolvimento demonstrados.

Às minhas colegas de trabalho pela flexibilidade demonstrada ao longo deste período.

À minha família, pelo apoio incondicional. Ao meu marido Jorge pela compreensão, paciência e auxílio. Aos meus filhos, por despertarem o melhor de mim.

PENSAMENTO

“A persistência é o caminho do êxito.”

Charles Chaplin

RESUMO

Introdução: O envelhecimento da sociedade portuguesa revela-se uma realidade incontornável, resultante do aumento da esperança média de vida, à qual se associa um aumento do índice de dependência. Neste contexto, as redes informais assumem um papel imprescindível nos cuidados à pessoa idosa, emergindo a necessidade de desenvolver programas de intervenção de reabilitação que visem o empoderamento do cuidador informal, de forma a promover o bem-estar da díade cuidador-pessoa cuidada.

Objetivo: Descrever os ganhos em saúde no empoderamento do cuidador informal do idoso dependente no domicílio, resultantes da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

Metodologia: Trata-se de um estudo longitudinal, recorrendo à investigação-ação participativa, com abordagem de métodos mistos e recurso à estratégia básica convergente. Os participantes foram selecionados pelo método de amostragem não probabilística, por conveniência, totalizando oito cuidadores informais de idosos com dependência total ou grave, no domicílio. Para a recolha de dados foi utilizado um questionário sociodemográfico de caracterização do cuidador informal, a escala APGAR Familiar, a Escala de Sobrecarga do Cuidador e a entrevista semiestruturada. A intervenção de empoderamento envolveu oito sessões em contexto domiciliar, as duas primeiras com recurso ao jogo “Dar Voz aos Cuidadores” e as restantes através de um programa personalizado mediante as necessidades vivenciadas por cada participante.

Resultados: Os dados qualitativos revelaram que os cuidadores informais de idosos dependentes no domicílio vivenciam a necessidade de apoio familiar e social, de informação e capacitação, de autocuidado, de gestão emocional e de recursos. Comprovou-se estatisticamente que a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação no empoderamento do cuidador informal do idoso dependente no domicílio, melhora a sua satisfação quanto ao funcionamento familiar ($t(7) = -10.362$; $p<0.001$), melhora a sobrecarga relacionada com o impacto da prestação de cuidados ($t(7) = 9.234$; $p<0.001$), com a relação interpessoal ($t(7) = 4.403$; $p = 0.002$), com as expectativas com o cuidar ($t(7) = 22.913$; $p<0.001$) e com a perceção de autoeficácia ($t(7) = 4.583$; $p = 0.001$). Comprovou-se uma correlação muito forte ($|r| \geq 0.75$) negativa e estatisticamente significativa (pré-intervenção: $r = -0.68$, sig <0.001; pós-intervenção: $r = -0.919$, sig $= 0.001$) entre a perceção de funcionalidade familiar e a sobrecarga do cuidador. Qualitativamente, verificou-se que os cuidadores informais atribuem à intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, ganhos no conhecimento e capacidade, na gestão emocional, no autocuidado, na funcionalidade familiar e no bem-estar da díade cuidador/pessoa cuidada.

Conclusões: Os cuidadores informais de idosos dependentes no domicílio beneficiam de uma intervenção de empoderamento individualizada, pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, dirigida às suas reais necessidades. Esta permite ganhos na sua perceção de funcionalidade familiar, na sua sobrecarga, no seu conhecimento e capacidade, no seu autocuidado, na sua gestão emocional e no bem-estar da díade cuidador-pessoa cuidada.

Palavras-chave: Enfermagem em Reabilitação; Cuidadores Informais; Idoso Dependente; Empoderamento.

ABSTRACT

Introduction: The aging of Portuguese society is an undeniable reality, resulting from the increase in life expectancy, which is associated with an increase in the dependency index. In this context, informal networks play an essential role in caring for the elderly, highlighting the need to develop rehabilitation intervention programs aimed at empowering informal caregivers to promote the well-being of the caregiver-care recipient dyad.

Objective: This study aims to describe the health gains in empowering informal caregivers of dependent elderly individuals at home, resulting from the intervention of a Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing.

Methodology: This is a longitudinal study, using participatory action research, with a mixed methods approach and using the basic convergent strategy. The sample was obtained using the non-probability sampling method, for convenience, and consisted of eight informal caregivers of elderly individuals with total or severe dependence, at home. To collect data, a sociodemographic questionnaire was used to characterize the informal caregiver, the Family APGAR scale, the Caregiver Burden Scale and the semi-structured interview. The empowerment intervention involved eight sessions in a home context, the first two using the game “Give a Voice to Caregivers” and the rest through a personalized program based on the needs experienced by each participant.

Results: Qualitative data revealed that informal caregivers of dependent elderly people at home experience the need for family and social support, information and training, self-care, emotional and resource management. It was statistically proven that the intervention of the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing in empowering informal caregivers of dependent elderly individuals at home improves their satisfaction with family functioning ($t(7) = -10.362$; $p < 0.001$), reduces burden related to caregiving impact ($t(7) = 9.234$; $p < 0.001$), interpersonal relationship ($t(7) = 4.403$; $p = 0.002$), caregiving expectations ($t(7) = 22.913$; $p < 0.001$), and self-efficacy perception ($t(7) = 4.583$; $p=0.001$). A very strong negative correlation ($|r| \geq 0.75$) was statistically significant (pre-intervention: $r = -0.968$, sig <0.001; post-intervention: $r = -0.919$, sig $= 0.001$) between perceived family functioning and caregiver burden. Qualitatively, it was found that informal caregivers attribute gains in knowledge and ability, emotional management, self-care, family functionality and wellbeing of caregiver and dependent to the intervention of the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing.

Conclusions: Informal caregivers of dependent elderly individuals at home benefit from an individualized empowerment intervention by the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing, tailored to their real needs. This intervention allows gains in their perception of family functionality, burden, knowledge and ability, self-care, emotional management and wellbeing of caregiver and dependent elderly people.

Keywords: Rehabilitation Nursing; Caregivers; Frail Elderly; Empowerment.

ABREVIATURAS

dp – Desvio padrão

Et al. – Et alii (entre outros)

H – Hipótese

Ku - Achatamento

M – Média

Máx – Máximo

Md – Mediana

Mín – Mínimo

n.º – Número

p. – Página

sig. – Significância estatística

sk – Assimetria

ACRÓNIMOS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ERS – Entidade Reguladora da Saúde

ESC – Escala de Sobrecarga do Cuidador

FEFO – Fist expired, First Out

GUSS – Gugging Swallowing Screen

INE – Instituto Nacional de Estatística

RCAAP - Repositórios Científicos de Acesso Aberto em Portugal

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SAD – Serviço de Apoio Domiciliário

SARS-CoV-2 – Coronavírus da síndrome respiratória aguda 2

WHO – World Health Organization

SIGLAS

AIVD – Atividades Instrumentais de Vida Diária

ARS – Administração Regional de Saúde

AVD – Atividades de Vida Diária

BI-CSP – Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários

CI – Cuidador Informal

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

EC – Expetativas com o cuidar

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EE – Enfermeiro Especialista

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ENP – Estágio de Natureza Profissional

ER – Enfermagem de Reabilitação

ESS-IPVC – Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo

IPC – Impacto da Prestação de Cuidados

IPVC – Instituto Politécnico de Viana do Castelo

MCCI – Movimento Cuidar dos Cuidadores Informais

mMRc – Modified Research Council Dyspnea Scale

MRCMS – Medical Research Council Muscle Scale

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OE – Ordem dos Enfermeiros

OECD – Organisation for Economic Co-operation and Development

OPSS – Observatório Português dos Sistemas de Saúde

PA – Perceção de Autoeficácia

RFM – Reabilitação Funcional Motora

RFR – Reabilitação Funcional Respiratória

RI – Relação Interpessoal

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SPSS – Statiscal Package for the Social Sciences

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UMCCI – Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados

SÍMBOLOS

α – Alpha de Cronbach

df- Graus de liberdade

fi (%) – Frequência relativa

ni – Número de elementos da amostra

p – Valor de probabilidade

r – Coeficiente de correlação de Pearson

t - Teste de t Student

W – Teste de normalidade de Shapiro-Wilk

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS ..... **II**

PENSAMENTO ..... **III**

RESUMO ..... **IV**

ABSTRACT ..... **V**

ABREVIATURAS ..... **VI**

ACRÓNIMOS ..... **VII**

SIGLAS ..... **VIII**

SÍMBOLOS ..... **IX**

SUMÁRIO ..... **X**

ÍNDICE DE FIGURAS ..... **XIV**

ÍNDICE DE TABELAS ..... **XV**

INTRODUÇÃO GERAL ..... **XVI**

1. ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL **19**

1.1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DA PRÁTICA CLÍNICA 20

2. PROCESSO FORMATIVO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNS E ESPECÍFICAS **22**

2.1. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA 23

2.1.1. Responsabilidade Profissional, Ética e Legal **24**

2.1.2. Melhoria Contínua da Qualidade **26**

2.1.3. Gestão dos Cuidados **27**

2.1.4. Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais **29**

2.2. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO 30

3. TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO **39**

INTRODUÇÃO **40**

3.1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO 42

3.1.1. Envelhecimento e Dependência: Desafios em Saúde 42

3.1.2. Cuidador Informal do Idoso Dependente no Domicílio.....45

3.1.3. Teoria de Alaf Meleis e o Processo de Transição para o Papel de Cuidador Informal 47

3.1.4. Dificuldades e Repercussões da Prestação de Cuidados Informais ao Idoso Dependente no Domicílio 49

3.1.5. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e o Cuidador Informal do Idoso Dependente no Domicílio.....52

3.2. METODOLOGIA..... 54

3.2.1. Pergunta de Investigação, Finalidade e Objetivos.....54

3.2.2. Tipo de Estudo 56

3.2.3. População e Participantes.....58

3.2.4. Variáveis 58

3.2.5. Hipóteses.....59

3.2.6. Instrumentos de Recolha de dados 59

3.2.7. Procedimentos de Recolha de Dados e de Implementação da Intervenção de Empoderamento do Cuidador Informal.....63

3.2.8. Tratamento de Dados.....64

3.2.9. Procedimentos Éticos.....65

3.3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS..... 66

3.3.1. Caracterização Sociodemográfica dos Cuidadores Informais 67

3.3.2. Satisfação dos Cuidadores Informais quanto ao Funcionamento Familiar 69

3.3.3. Sobrecarga dos Cuidadores Informais.....71

3.3.4. Implicações da Funcionalidade Familiar e Sobrecarga do Cuidador 75

3.3.5. Necessidades do Cuidador Informal 75

3.3.5.1. Apoio familiar e social 76

3.3.5.2. Informação/ Capacitação 77

3.3.5.3. Autocuidado 79

3.3.5.4. Gestão emocional 79

3.3.5.5. Recursos 80

3.3.6. Perceção dos Cuidadores Informais quanto à Intervenção do EEER na Satisfação das suas Necessidades 81

3.3.6.1. Conhecimento/Capacidade 81

3.3.6.2. Qualidade/Bem-estar 82

3.3.6.3. Gestão emocional 83

3.3.6.4. Autocuidado 83

3.3.6.5. Funcionalidade familiar 84

3.4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS 84

3.4.1. Dados Sociodemográficos 85

3.4.2. Necessidades, Satisfação quanto ao Funcionamento Familiar, Sobrecarga do Cuidador Informal 85

3.4.3. Perceção dos Cuidadores Informais quanto à Intervenção do EEER na Satisfação das suas Necessidades, Satisfação quanto ao Funcionamento Familiar e Sobrecarga do Cuidador Informal após Intervenção do EEER 88

3.4.4. Implicações da Funcionalidade Familiar e Sobrecarga do Cuidador 91

3.5. CONCLUSÕES DO ESTUDO, LIMITAÇÕES E PERSPETIVAS FUTURAS .. 91

CONCLUSÃO GERAL 94

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 96

ANEXOS 109

Anexo I – ESCALA APGAR FAMILIAR 110

Anexo II – ESCALA DE SOBRECARGA DO CUIDADOR 112

ANEXO III – AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DA ESCALA APGAR FAMILIAR 114

Anexo IV – AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DA ESCALA DE SOBRECARGA DO CUIDADOR 116

Anexo V – PARECER DA COORDENAÇÃO DA UCC 118

Anexo VI – PARECER DO CONSELHO CLÍNICO E DE SAÚDE DO ACES 120

Anexo VII – PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DA ARS NORTE 123

APÊNDICES 126

Apêndice I – PLANO DA ATIVIDADE FORMATIVA 127

Apêndice II – POWER POINT DA ATIVIDADE FORMATIVA 129

Apêndice III – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO DE CARACTERIZAÇÃO DO CUIDADOR INFORMAL 138

Apêndice IV – CONSISTÊNCIA INTERNA DA ESCALA DE SOBRECARGA DO CUIDADOR 141

Apêndice V – GUIÃO DAS ENTREVISTAS 143

Apêndice VI – CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO 145

Apêndice VII – PLANOS INDIVIDUAIS DE INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO 148

Apêndice VIII – DISTRIBUIÇÃO DOS CUIDADORES INFORMAIS QUANTO À SOBRECARGA NOS FATORES DA ESC (N=8), PRÉ INTERVENÇÃO DO EEER 176

Apêndice IX – DISTRIBUIÇÃO DOS CUIDADORES INFORMAIS QUANTO À SOBRECARGA NOS FATORES DA ESC (N=8), PÓS INTERVENÇÃO DO EEER 178

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Estrutura empírica da análise das necessidades do CI 76

Figura 2 - Estrutura empírica da perceção dos CI quanto à intervenção do EEER na satisfação das suas necessidades 81

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Consistência interna da escala APGAR Familiar 61

Tabela 2 – Consistência interna da ESC 62

Tabela 3 – Distribuição dos CI quanto às características sociodemográficas (n=8) 67

Tabela 4 – Distribuição dos CI quanto à experiência e apoio no cuidar (n=8) 68

Tabela 5 – Distribuição dos CI quanto à satisfação nos componentes fundamentais da escala APGAR familiar (n=8), antes e após intervenção do EEER 70

Tabela 6 – Distribuição dos CI conforme a classificação da Funcionalidade Familiar (n=8), antes e após a intervenção do EEER 70

Tabela 7 – Resultados do teste *t Student* para amostras emparelhadas para as diferenças entre os dois momentos de avaliação do APGAR familiar (n=8) 71

Tabela 8 – Estatística descritiva da Sobrecarga do CI (n=8) – ESC 72

Tabela 9 – Distribuição dos CI conforme a classificação da ESC (n=8), antes e após intervenção do EEER 73

Tabela 10 – Resultados do teste *t Student* para amostras emparelhadas para as diferenças entre os dois momentos de avaliação dos fatores IPC, RI, EC, PA e da ESC (n=8) 74

Tabela 11 – Resultados do teste de correlação de *Pearson* entre a perceção de funcionalidade familiar e a sobrecarga do cuidador no momento pré intervenção do EEER e no momento pós intervenção (n=8) 75

INTRODUÇÃO GERAL

O presente relatório surge no âmbito do Estágio de Natureza Profissional (ENP), que integra o plano curricular do VII Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo (ESS-IPVC). O ENP decorreu numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) da região Norte, no período de 3 de outubro de 2022 a 31 de março de 2023, sob orientação pedagógica da Professora Doutora Andreia Maria Novo Lima e tutoria da Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação Clara Silva.

O ENP visa assegurar a aquisição de competências comuns do Enfermeiro Especialista (EE) (Regulamento nº 140/2019, 2019) e competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) (Regulamento nº 392/2019, 2019), definidas pela Ordem dos Enfermeiros.

Através deste relatório de estágio procede-se a um relato crítico-reflexivo do percurso realizado em contexto real de trabalho proporcionado pelo ENP, integrando a investigação desenvolvida. Assim, este relatório tem como objetivos:

- Descrever e analisar as atividades concretizadas neste contexto da prática clínica, através de uma abordagem crítico-reflexiva;
- Descrever e analisar as experiências significativas no percurso de aprendizagem deste ENP;
- Refletir acerca das competências comuns do EE e as competências específicas do EEER desenvolvidas;
- Descrever o percurso de investigação desenvolvido e analisar os seus contributos para a prática especializada da Enfermagem de Reabilitação (ER).

O estudo de investigação intitula-se “Empoderamento do Cuidador Informal do Idoso Dependente no Domicílio: Papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação”. Este estudo envolve uma abordagem de métodos mistos e estratégia básica convergente, tratando-se de um estudo longitudinal, com recurso à investigação-ação participativa. Participaram oito cuidadores informais de idosos com dependência total ou grave no domicílio, selecionados pelo método de amostragem não probabilística, por conveniência. Para a recolha de dados foi utilizado um questionário sociodemográfico de caracterização do cuidador informal (CI), a escala APGAR Familiar, a Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC) e a entrevista semiestruturada. A intervenção de empoderamento do CI englobou um plano individual de reabilitação validado por cada participante, composto por oito sessões desenvolvidas em contexto domiciliar, onde se recorreu ao jogo “Dar Voz aos Cuidadores” nas duas primeiras sessões, sendo as seis

restantes compostas por um programa personalizado mediante as necessidades vivenciadas por cada cuidador. Este estudo teve como objetivo geral descrever os ganhos em saúde resultantes da intervenção do EEER no empoderamento do CI do idoso dependente no domicílio.

Este relatório é composto por três capítulos. O primeiro capítulo consiste na caracterização do contexto onde decorreu o ENP. O segundo capítulo engloba uma reflexão crítica das competências adquiridas e desenvolvidas no ENP e está organizado em duas partes. A primeira apresenta uma análise crítico-reflexiva acerca das competências comuns do EE desenvolvidas, e na segunda parte procede-se à análise crítico-reflexiva relativa às competências específicas do EEER adquiridas. O terceiro capítulo aglomera o trabalho de investigação desenvolvido. Este último capítulo é composto pelas seguintes partes: introdução; enquadramento teórico; metodologia; apresentação dos resultados; análise e discussão dos resultados; conclusões do estudo, limitações e perspetivas futuras.

1. ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

O ENP reveste-se de extrema importância no desenvolvimento de competências comuns e específicas do futuro EE, uma vez que o contexto real da prestação de cuidados promove a aprendizagem e a consolidação de conhecimentos, a sua aplicação crítica e a reflexão sobre as respetivas implicações e responsabilidades. Este percurso revela-se assim, fundamental para que o enfermeiro caminhe para a excelência dos cuidados especializados enquanto futuro especialista.

1.1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DA PRÁTICA CLÍNICA

O ENP decorreu numa UCC de um Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) da região Norte, cuja missão visa garantir a melhoria contínua da qualidade, no âmbito da promoção da saúde, da prevenção da doença e da prestação de cuidados, assegurando uma acessibilidade eficaz e eficiente a todos os cidadãos (Decreto-Lei n.º 28/2008, 2008).

Esta UCC, de acordo com o seu Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP), abrange uma área geográfica de 181,56 km^2, sendo constituída por 29 freguesias/união de freguesias, englobando um total de 46728 utentes inscritos, sendo 22703 do sexo masculino e 24025 do sexo feminino. A população com 65 ou mais anos é constituída por 6217 pessoas, sendo o índice de envelhecimento de 239,9 e o índice de dependência nos idosos de 32,18 (Serviço Nacional de Saúde, 2023). De realçar, que os valores nacionais do índice de envelhecimento e do índice de dependência nos idosos são de 181,3 e 36,5, respetivamente (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2023).

De acordo com o Decreto-lei nº 28/2008 (2008), compete à UCC, a prestação de cuidados de saúde e apoio social e psicológico em contexto domiciliário e comunitário, particularmente às pessoas, famílias e grupos em situação de maior vulnerabilidade, maior risco ou dependência física e funcional ou patologia que requeira acompanhamento próximo, intervindo também na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção.

A equipa desta UCC é constituída por cinco EEER, um EE em enfermagem médico-cirúrgica, um EE em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, um EE em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica e um EE em enfermagem de saúde materna e obstétrica. Em regime partilhado, a equipa dispõe de dois assistentes técnicos, um assistente operacional, um nutricionista, um técnico de serviço social, um terapeuta da fala, um terapeuta ocupacional e um médico de medicina geral e familiar.

Os projetos desta UCC abrangem: a preparação para o parto e parentalidade, a saúde escolar, as necessidades de saúde especiais, a saúde mental, os cuidados continuados integrados (através da equipa de cuidados continuados integrados [ECCI]) e o projeto asma/Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC).

A ECCI integra a Rede Nacional de Cuidados Continuados (RNCCI), sendo da responsabilidade do Sistema Nacional de Saúde e do sistema de segurança social. Esta equipa é constituída por uma equipa multidisciplinar que assegura a prestação de cuidados domiciliários médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social, ou outros, a pessoas com dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, em situação que não exija internamento, mas cuja deslocação autónoma não seja possível (Decreto-Lei n.º 136/2015, 2015).

A ECCI garante cuidados multidisciplinares e interdisciplinares, de âmbito preventivo, curativo, reabilitador e paliativo, presta apoio psicossocial e ocupacional, promove a educação para a saúde, apoia na satisfação das necessidades básicas, no desempenho das atividades de vida diária (AVD) e nas atividades instrumentais da vida diária (AIVD), envolvendo os utentes, família e cuidadores, através de visitas regulares e programadas, mediante as necessidades clínicas identificadas pela equipa (Decreto-Lei n.º136/2015, 2015).

A ECCI onde decorreu este ENP é composta pelos cinco EEER da UCC e tem uma capacidade máxima de 13 utentes. Os principais motivos de referenciação são: a reabilitação, a gestão do regime terapêutico, a capacitação do cuidador e o tratamento de feridas. Esta ECCI integra o modelo de gestão de casos, sendo o EEER quem adota o papel de gestor de caso, assumindo assim a responsabilidade pela articulação entre a equipa multidisciplinar e o utente, o seu CI e a sua família, garantindo a maximização da qualidade dos cuidados prestados e simultaneamente, uma gestão eficiente dos recursos materiais e humanos. Em parceria com o utente/CI/família e a equipa multidisciplinar é elaborado um plano individual de intervenção específico para cada caso, englobando as intervenções a serem desenvolvidas e as metas a atingir.

2. PROCESSO FORMATIVO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNS E ESPECÍFICAS

O ENP assume um papel primordial no processo de transição do Enfermeiro para EE, uma vez que permite a integração, consolidação e aplicação crítica de conhecimentos especializados no contexto real da prestação de cuidados, sustentados na evidência científica.

Em consonância com a legislação que regulamenta as competências do EE (Regulamento nº140/2019, 2019) e do EEER (Regulamento nº392/2019, 2019), e em sintonia também com o guia orientador deste estágio profissional (IPVC, 2022), os objetivos específicos definidos visavam:

- Desenvolver competências especializadas em ER, alicerçadas e articuladas com o domínio cognitivo, técnico-científico e humano, à pessoa, família e comunidade ao longo do ciclo vital;
- Desenvolver aprendizagens profissionais na identificação de necessidades na área da gestão de cuidados e de governação clínica;
- Desenvolver aprendizagens profissionais no diagnóstico de necessidades formativas, gestão de programa de formação e intervenção como formador;
- Desenvolver um papel dinamizador na resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores, em articulação com a equipa multiprofissional;
- Desenvolver competências na prática de investigação, na área da ER, contribuindo para uma prática especializada baseada na evidência;
- Conceber/colaborar em programas de melhoria contínua da qualidade de cuidados;
- Desenvolver uma prática profissional, ética e legal na sua área interventiva.

De seguida, procede-se a uma análise reflexiva sobre a aquisição, integração e desenvolvimento de competências especializadas ao longo deste ENP, em estreita sintonia com os objetivos definidos para o mesmo. Para tal, no primeiro capítulo realiza-se uma análise reflexiva quanto às competências comuns do EE adquiridas. No segundo capítulo, efetua-se uma análise reflexiva das competências específicas do EEER que foram desenvolvidas.

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

As competências comuns a todos os EE, independentemente da sua área de especialização, traduzem-se numa alta capacidade de conceber, gerir e supervisionar cuidados, assim como desenvolver investigação relevante e pertinente, formação e

assessoria que possibilite a melhoria contínua da prática de enfermagem (Regulamento nº140/2019, 2019).

De acordo com o Regulamento nº 140/2019 (2019), os domínios das competências comuns do EE são:

- Responsabilidade profissional, ética e legal;
- Melhoria contínua da qualidade;
- Gestão dos cuidados;
- Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Assim, nos próximos subcapítulos, procede-se a uma análise crítico-reflexiva quanto às competências comuns do EE adquiridas, em cada um dos seus domínios.

2.1.1. Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

A Enfermagem tem como essência o cuidar, pautado por valores éticos, morais e espirituais. Pelo que, ao longo deste ENP, se privilegiou o cumprimento das leis e das normas deontológicas que regulam a profissão, traduzidas em dois diplomas legais – o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) e o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2015), inerentes a um dos objetivos do protocolo deste ENP: desenvolver uma prática profissional, ética e legal na sua área interventiva. Para tal, foi assumida a responsabilidade intrínseca ao papel de EE, garantindo o respeito pelos direitos humanos consignados na Declaração Universal dos Direitos Humanos (1978) e na Constituição da República Portuguesa (Decreto de Aprovação da Constituição, 1976), assegurando assim, a excelência do exercício profissional.

Numa fase inicial do ENP, foi fundamental o conhecimento do regulamento interno, carta da qualidade e o BI-CSP desta UCC, o que facilitou o processo de integração no seio da equipa multidisciplinar, garantindo um trabalho em articulação e complementaridade com todos os profissionais, de forma a contribuir para a segurança do exercício profissional e a melhoria contínua da qualidade em saúde da população/comunidade. Foi também essencial, conhecer a comunidade através do BI-CSP, assim como o conhecimento dos projetos desenvolvidos pela UCC para colmatar algumas necessidades já identificadas. No estudo de investigação desenvolvido neste ENP, foi também realizado o levantamento das necessidades da população-alvo: os CI do idoso dependente no domicílio, tendo sido crucial para uma sustentada avaliação diagnóstica e posterior implementação de um plano

de cuidados especializados que respeitasse a escolha e autodeterminação da população alvo.

Na prestação de cuidados especializados, assim como na intervenção desenvolvida no âmbito do estudo de investigação, foram sempre respeitados os princípios de beneficência, de não-maleficência, do respeito pela autonomia, da justiça e do respeito pela vulnerabilidade. O princípio da beneficência e o princípio da não-maleficência foram sendo equacionados conjuntamente, ponderando o risco/benefício de cada intervenção, de forma a não induzir qualquer prejuízo para as pessoas alvo, garantindo o respeito pela sua vontade, na ótica do seu melhor interesse. Todas as intervenções foram precedidas pelo fornecimento de informação às pessoas, empoderando-as para uma tomada de decisão livre e esclarecida, tornando-as parceiras no processo de cuidar especializado. Por outro lado, a informação relativa à pessoa alvo de cuidados e família foi sempre considerada confidencial. Quanto ao estudo desenvolvido, foi elaborado um consentimento informado, respeitando a aceitação ou recusa de participação dos elementos da população-alvo, e onde se assegurava o anonimato. Foram também asseguradas medidas para a segurança dos dados e dos registos, nomeadamente pela codificação dos questionários e entrevistas, assim como pela criação de chaves de acesso aos ficheiros informáticos. Desta forma, considera-se ter garantido o respeito pela autonomia, da dignidade e da liberdade, assim como o dever de informar, o dever de sigilo e o direito à privacidade.

Objetivando o respeito pela vulnerabilidade e a garantia de justiça, uma vez que a população alvo de intervenção da ECCI era maioritariamente composta por idosos e pessoas com deficiência, considerados grupos vulneráveis, foi sempre promovida a independência e autonomia das pessoas, fomentando a sua qualidade de vida e a sua reinserção social. Foi garantido um tratamento equitativo, atendendo às igualdades e diferenças existentes entre as várias pessoas alvo de intervenção, num continuum respeito pelo direito à vida e à qualidade de vida.

A valorização do trabalho em equipa foi constantemente uma premissa, pelo que se privilegiou uma postura participativa na discussão dos planos de intervenção no seio da equipa multidisciplinar, encaminhando sempre que pertinente, para outros profissionais de saúde, nomeadamente nutrição, terapia da fala e terapia ocupacional. Ainda no cumprimento do direito ao cuidado, foram sempre realizados registos de todas as avaliações diagnósticas e intervenções realizadas, garantindo a continuidade de cuidados.

Também na elaboração deste relatório considerou-se a importância de salvaguardar os direitos dos autores, uma vez que esta fortalece a credibilidade e a integridade do relatório,

mas também honra o princípio ético de reconhecimento do mérito intelectual alheio, assegurando a transparência e o respeito no âmbito académico e profissional.

2.1.2. Melhoria Contínua da Qualidade

O desenvolvimento de competências no domínio da melhoria contínua da qualidade está também contemplado no protocolo do ENP (IPVC, 2022), nos seus objetivos específicos: conceber/colaborar nos programas de melhoria contínua dos cuidados e desenvolver aprendizagens profissionais na identificação de necessidades na área da gestão de cuidados e de governação clínica.

Visando desenvolver esta competência e simultaneamente atingir estes objetivos, numa constante busca pela excelência do exercício profissional, foi possível colaborar em algumas iniciativas estratégicas no domínio da governação clínica. Assim, em parceria com a enfermeira orientadora deste ENP, foi realizada uma análise dos indicadores que traduzem ganhos em saúde, sensíveis aos cuidados especializados da ER, com o objetivo de monitorizar os ganhos em saúde obtidos. Posteriormente, foram analisados os processos cumpridores e não cumpridores de cada indicador, de forma a detetar lapsos e oportunidades de melhoria. Concluída esta análise, objetivando o envolvimento de todos os enfermeiros da ECCI no processo de melhoria contínua da prestação de cuidados especializados, foram depois partilhados os resultados com os restantes enfermeiros da ECCI, numa ótica reflexiva, promovendo o compromisso de consolidação de boas práticas já estabelecidas e a implementação de medidas corretivas.

Dada a inexperiência nesta área, foi fundamental a consulta e exploração dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação (OE, 2011), na superação desta dificuldade sentida, uma vez que constituem a base para a génese de indicadores sensíveis aos cuidados da ER, para a monitorização da qualidade e para a avaliação sistemática da eficácia dos resultados da prestação de cuidados. Foi também importante conhecer os Bilhetes de Identidade dos Indicadores que Integram o Core de Indicadores por Categoria de Enunciados Descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação, dado que estes asseguram a efetividade da intervenção do EEER, ao apoiar na sua tomada de decisão, proporcionando assim ganhos em saúde para a população cuidada (OE, 2018a).

A OE (2011) corrobora a necessidade de monitorização dos indicadores que traduzem ganhos originados pelos cuidados de ER, em programas de melhoria contínua da qualidade, uma vez que a análise sistemática dos resultados obtidos permite a

implementação de mudanças, constituindo assim, uma oportunidade de melhoria contínua dos cuidados de ER.

A satisfação dos clientes constitui um dos enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação, sendo essencial na busca permanente da excelência dos cuidados diferenciados prestados (OE, 2011). Pelo que, em estreita colaboração com a enfermeira orientadora deste ENP, foi realizada uma análise reflexiva acerca dos resultados obtidos nos inquéritos de satisfação realizados aos utentes/CI/família, que tiveram alta da ECCI no primeiro trimestre do ano vigente, no sentido de conhecer os campos identificados como sendo de excelência e os que carecem de melhoria. Estes resultados foram apresentados à equipa multidisciplinar, tendo sido debatidas e selecionadas estratégias de melhoria.

Ainda numa ótica de melhoria contínua da qualidade, foi também possível colaborar na elaboração do procedimento de admissão do utente na ECCI, de forma a uniformizar a intervenção pelos profissionais de enfermagem, servindo de guia orientador de boa prática numa fase tão crucial do processo de enfermagem.

Neste domínio, foi também garantido um ambiente terapêutico e seguro ao longo de todo o percurso formativo, nomeadamente através da identificação inequívoca do utente, a gestão do ambiente centrado na pessoa/CI/família, o recurso a medidas de prevenção e controlo de infeção e a aplicação dos princípios de ergonomia, evitando danos para o profissional de saúde e para as pessoas cuidadas. De salientar, que em todas as visitas domiciliárias se promoveu o ensino, instrução e treino dos princípios de ergonomia aos CI, uma vez que estes são parceiros da prestação de cuidados.

2.1.3. Gestão dos Cuidados

A ECCI adota a metodologia de gestão de caso, definida pela Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI), como um processo orientado para a pessoa alvo de cuidados, que abarca a avaliação, coordenação, implementação e reavaliação de recursos e serviços, visando suprir as suas necessidades e potencialidades. Para tal, é necessária a designação de um gestor de caso no seio da equipa multidisciplinar (UMCCI, 2011).

Na ECCI, o EEER é quem assume este papel, uma vez que é um profissional altamente qualificado, dotado de conhecimentos e competências acrescidas. O EEER como gestor de caso é responsável pela coordenação dos cuidados prestados, responsabilizando-se

pela articulação entre todos os elementos da equipa multidisciplinar e a pessoa/CI/família e garantindo uma gestão eficiente dos recursos materiais e humanos.

Em parceria com a enfermeira especialista e orientadora deste ENP, colaborou-se estreitamente na coordenação dos cuidados entre pessoa/CI/ família e a equipa multidisciplinar, garantindo: a acessibilidade aos cuidados, através do reconhecimento da necessidade de encaminhamento para outros profissionais de saúde (nutricionista, terapeuta da fala, terapeuta ocupacional); a continuidade de cuidados, ao otimizar a informação necessária para a tomada de decisão no processo de cuidar, nomeadamente pela informação transmitida aos restantes elementos da equipa multidisciplinar; assim como, a prestação de cuidados holísticos e eficientes, pelo reconhecimento dos distintos e interdependentes papéis e funções de todos os elementos da equipa multidisciplinar. Desta forma, atingiu-se também um dos objetivos estabelecidos no protocolo do ENP (IPVC, 2022), que visava o desenvolvimento de um papel dinamizador na resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores, em articulação com a equipa multiprofissional.

Considera-se que o facto de estar atualmente a desempenhar funções numa ECCI em que é igualmente o EEER a assumir o papel de gestor de caso, facilitou a integração deste papel de forma dinâmica no seio da equipa multidisciplinar, dada a familiarização com o modelo de gestão de caso.

Ao longo do ENP, foi continuamente promovido o papel do CI como parceiro de cuidados. De acordo com a teoria das transições de Alaf Meleis, as intervenções de enfermagem são essenciais na promoção de uma transição saudável para o papel de cuidador e na maximização das suas competências como prestador de cuidados (Meleis, 2010). Assim, garantiu-se o seu ensino, instrução e treino nos cuidados que lhe foram delegados, no sentido de dar continuidade ao plano de intervenção implementado, garantindo essa mesma continuidade após a alta da pessoa. Para tal, foi também fundamental, em todas as visitas domiciliárias, monitorizar a execução desses mesmos cuidados, assegurando a segurança do CI e da pessoa cuidada.

Neste domínio, foi também possível colaborar na implementação do método *Kanban* e do método *First expired First out* (FEFO), para uma gestão eficiente de stocks. O método *Kanban* consiste num sistema de gestão de stocks com recurso a cartões, em que para cada produto são criados dois compartimentos separados por um cartão, onde está definida a quantidade que deverá constar no primeiro e segundo compartimentos. Quando se alcança o cartão, ou seja, os produtos do primeiro compartimento foram utilizados, é solicitada a sua reposição, utilizando-se os produtos do segundo compartimento. Assim, é

possível reduzir o tamanho dos stocks, otimizar a área de armazenamento, melhorar a sua organização e minimizar as ruturas de stocks (Lanza-León et al., 2021). Por outro lado, o método FEFO baseia-se na data de validade do produto. Os produtos são organizados e mantidos por ordem de validade, de forma a garantir que o de menor validade é o primeiro a sair do stock, permitindo minimizar desperdícios por perda de validade dos produtos (Silva & Silva, 2023).

2.1.4. Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, foi essencial ao longo deste ENP, uma constante prática reflexiva apoiada por um persistente aprofundamento de conhecimentos baseados em evidência científica. Esta reflexão crítica permitiu desenvolver o autoconhecimento, tendo sido essencial para aprimorar a assertividade nos relacionamentos com a pessoa cuidada, CI, família e equipa multidisciplinar, assim como uma melhor gestão de emoções e sentimentos.

No decurso deste ENP, foi percetível o desenvolvimento de aprendizagens profissionais, nomeadamente pela melhoria na eficiência da tomada de decisões, mesmo em situações de alta pressão. Importante referir, que neste caminhar, foi imprescindível o apoio da enfermeira orientadora e de toda a equipa multidisciplinar, pela partilha de conhecimentos e experiência, assim como pela discussão dos casos clínicos em equipa.

A investigação desenvolvida neste ENP, intitulada “Empoderamento do Cuidador Informal do Idoso Dependente no Domicílio – Papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação” surgiu como uma oportunidade de investigação, uma vez que ainda existem lacunas de conhecimento neste âmbito, pelo que permitiu contribuir para o desenvolvimento da qualidade da prática especializada do EEER. Neste contexto, foi também diagnosticada, conjuntamente com a equipa multidisciplinar da UCC, a sua necessidade de aprofundar conhecimentos sobre o processo de transição para o papel de CI, os instrumentos de avaliação do CI existentes e o papel do EEER e equipa multidisciplinar. Surgiu assim, a oportunidade de realizar uma ação de formação à equipa multidisciplinar, dirigida às suas necessidades. Esta formação objetivou a sensibilização dos respetivos elementos para a necessidade de envolvimento do CI como parceiro de cuidados e como alvo também de cuidados, numa ótica de melhoria da qualidade dos cuidados prestados, promovendo a saúde e o bem-estar da díade pessoa cuidada/CI. O planeamento da atividade formativa está disponível em apêndice (apêndice I), assim como o *powerpoint* (apêndice II) que serviu de apoio à apresentação e desenvolvimento desta formação. Assim, considera-se ter também atingido um dos objetivos estabelecidos no

protocolo do ENP (IPVC, 2022), que visava o desenvolvimento de aprendizagens profissionais no diagnóstico de necessidades formativas, gestão de programa de formação e intervenção como formador.

2.2. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

As competências específicas do EEER, de acordo com o regulamento nº392/2019 (2019), englobam:

- Cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo vital, em qualquer contexto da prestação de cuidados;
- Capacitar as pessoas com deficiência, restrição da atividade e/ou limitação da participação para a sua inclusão social;
- Maximizar a funcionalidade da pessoa, potenciando as suas capacidades.

Em consonância com estas competências, o protocolo deste ENP determina como um dos seus objetivos: desenvolver competências especializadas em ER, alicerçadas e articuladas com o domínio cognitivo, técnico-científico e humano, à pessoa, família e comunidade ao longo do ciclo vital.

No decurso deste ENP, desenvolveu-se uma prática especializada sustentada em metodologia científica, através da incorporação do processo de enfermagem, de forma sistemática e organizada. Desta forma, garantiu-se que as necessidades da pessoa/CI/família fossem o foco da atenção na elaboração do plano individual de intervenção, acrescentando assim, qualidade ao cuidado especializado.

Foi também essencial, a integração de alguns referenciais teóricos, nomeadamente o referencial teórico de Dorothea Orem e a teoria das transições de Alaf Meleis. A evidência científica corrobora esta necessidade de incorporação de referenciais teóricos nos contextos do exercício da ER, considerando que são fundamentais para uma melhor compreensão das necessidades das pessoas alvo de cuidados, assim como no planeamento e implementação de intervenções individualizadas e holísticas (Martins et al., 2018; Hansen & Dysvik, 2022).

A avaliação inicial, etapa fundamental do processo de enfermagem, foi sempre realizada na admissão de cada pessoa/CI/família na ECCI, assim como na primeira consulta no âmbito do projeto asma/DPOC. De acordo com Ribeiro et al. (2021), nesta fase do processo

de enfermagem, o EEER deve colher, analisar e interpretar os dados que sustentam o seu juízo clínico, através de uma avaliação inicial completa, permitindo-lhe assim, formular diagnósticos de enfermagem de forma segura e rigorosa. Para tal, foi fundamental a recolha de informação junto da pessoa/CI/família com necessidade de cuidados de reabilitação, nomeadamente a história clínica pertinente sobre o estado atual de saúde, intercorrências/evolução da doença, dados pregressos, sintomatologia, regime terapêutico, história familiar e história psicossocial. Para além da recolha de informação, foram também imprescindíveis, o exame físico e a avaliação da capacidade física/funcional. Recorreu-se à medida de independência funcional, sendo esta constituída por dezoito itens, seis relacionados com o autocuidado (alimentação, higiene pessoal, banho, vestir metade superior do corpo, vestir metade inferior do corpo e uso do sanitário), dois com o controlo de esfíncteres, três com a mobilidade/transferências, dois com a comunicação e três com a cognição social. Utilizou-se também o índice de Barthel, que avalia o nível de independência da pessoa na realização de dez AVD: comer, higiene pessoal, uso do sanitário, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas.

Na prática clínica, o recurso a instrumentos de medida possibilita uma identificação objetiva das alterações do estado de saúde-doença da pessoa, sendo que a sua utilização sistemática permite adequar a intervenção e avaliar a evolução de forma precisa e objetiva (Sousa et al., 2021). No âmbito dos cuidados especializados em ER, o recurso a instrumentos de medida é fundamental para quantificar e evidenciar os resultados resultantes da intervenção do EEER, permitindo a documentação dos cuidados especializados e a sua continuidade, assim como o desenvolvimento de projetos de investigação que possam ser replicados (OE, 2016).

Para traduzir os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação, foram utilizados, além das escalas e instrumentos de medida anteriormente mencionados: a escala de Braden para avaliação do risco de úlceras por pressão, a escala de Morse para avaliação do risco de queda, a escala numérica da dor, a *Medical Research Council Muscle Scale* (MRCMS) para avaliação da força muscular, a *Gugging Swallowing Screen* (GUSS) para avaliação da deglutição, a *Modified Medical Research Council Dyspnea Scale* (mMRC) para avaliação do grau de dispneia, a escala de Borg modificada para avaliar em tempo real o grau de dispneia percebida e determinar limites seguros para o treino/atividades, e a ESC. A utilização de escalas e instrumentos de medida foi também, importante para a monitorização e reavaliação dos planos individuais de reabilitação.

Na avaliação inicial, foi igualmente importante a identificação de fatores facilitadores e inibidores para a independência na realização das atividades de vida diária, no seu contexto de vida. Esta identificação de fatores facilitadores e de fatores inibidores, de acordo com a teoria das transições (Meleis, 2010), é fundamental para a promoção de processos de transição saudáveis e eficazes. Neste âmbito, foi essencial a informação recolhida junto da pessoa/CI/família, assim como a avaliação do contexto domiciliário que foi importante para a identificação de barreiras arquitetónicas.

A avaliação inicial foi a base para o diagnóstico de necessidades. O recurso a uma abordagem holística foi decisivo para a elaboração de planos de intervenção de reabilitação individualizados, que visaram promover a máxima independência da pessoa nos autocuidados, no processo de transição saúde/doença e/ou incapacidade, favorecendo também um processo de transição saudável de um dos elementos da família para o papel de CI. A pessoa/CI/família foram sempre envolvidos na conceção dos seus planos, sendo que para tal, foram discutidos com os mesmos, as práticas de risco e as alterações da funcionalidade, definindo conjuntamente as prioridades e estratégias a implementar, os resultados aguardados e as metas a serem atingidas, promovendo assim, a sua autonomia e garantindo a sua qualidade de vida.

A OE destaca o envolvimento do cliente e pessoas significativas como um dos elementos importantes, em cinco enunciados descritivos de qualidade: a satisfação do cliente; o bem-estar e o autocuidado; a readaptação funcional; a reeducação funcional; e a promoção da inclusão social (OE, 2011).

Este ENP foi essencial para o desenvolvimento de competências específicas como futura EEER, pela diversidade de casos clínicos que ocasionaram a conceção de planos de reabilitação diferenciados, através de uma criteriosa seleção e prescrição de intervenções, tendo dado origem a programas de reeducação funcional motora (RFM), sensitiva e cognitiva, reeducação funcional respiratória (RFR), reeducação funcional cardíaca e reeducação da função de alimentação.

O contexto comunitário foi uma mais-valia, uma vez que, permitiu conhecer o contexto real de vida de cada pessoa/CI/família, as barreiras arquitetónicas e riscos com que se deparam, o que foi imperativo na elaboração, monitorização e reformulação de um plano de intervenção ajustado às necessidades do dia a dia, numa ótica de promoção do autocuidado e maximização da funcionalidade da pessoa no seu contexto, tanto domiciliar como social. Para Orem (2001), todas as pessoas cuidam intencionalmente de si próprias

tal como dos seus familiares dependentes, considerando a pessoa capaz de aprender a satisfazer as suas necessidades de autocuidado. Contudo, quando a pessoa passa por processos de transição saúde-doença, em que as suas necessidades de autocuidado ultrapassam a sua capacidade de autocuidado, necessitam de ajuda. Neste contexto, o enfermeiro assume um papel crucial como agente terapêutico.

A identificação de barreiras arquitetónicas em contexto domiciliar e ambientes sociais é importante, tornando-se premente uma atitude proativa do EEER na sua eliminação/minimização de forma a promover a autonomia e independência da pessoa com limitação funcional e a sua qualidade de vida (Pereira et al., 2018; Silva et al., 2019a). Vários foram os desafios em termos de barreiras arquitetónicas: existência de escadas, tapetes, casas de banho apenas com banheira, camas não articuladas, camas baixas, espaços muito pequenos, o excesso de mobiliário, entre outros. Neste âmbito, e em parceria com a pessoa/CI/família e equipa multidisciplinar, várias foram as estratégias implementadas. No que se refere à existência de escadas e atendendo às especificidades de cada contexto e realidade, houve necessidade de ensinar/instruir/treinar técnicas de conservação de energia e técnicas adaptativas no descer/subir escadas, prescrever produtos de apoio como canadiana/tripé e orientar para a criação de rampas. Em relação à casa de banho, foi importante orientar para a necessidade de criação de bases de chuveiro ao nível do chão, a colocação de barras de apoio no duche, colocação de barras de apoio lateralmente às sanitas, prescrição de cadeiras higiénicas e elevadores de sanita, atendendo a cada situação específica. A otimização de espaços foi também crucial, tendo sido importante a participação na orientação da reorganização dos espaços, que muitas vezes, englobaram apenas a remoção de tapetes e/ou alguns móveis, de forma a criar espaços mais amplos que permitissem uma melhor mobilidade da pessoa, evitando a ocorrência de eventos adversos como quedas, que consequentemente poderiam ter impacto na diminuição da funcionalidade da pessoa; a reorganização do espaço de pessoas com heminegligência, de forma a garantir que os estímulos estivessem todos do lado afetado, potencializando a sua reabilitação. No caso de camas baixas, na impossibilidade de substituição imediata das mesmas, foi muitas vezes, essencial o ensino/instrução e treino do CI/família quanto a medidas ergonómicas para a prevenção de lesões musculoesqueléticas.

Após a identificação das barreiras arquitetónicas, inclusão da pessoa/CI/família na minimização e eliminação das mesmas, foi muitas vezes necessária a colaboração da

assistente social, no caso de famílias com menos recursos financeiros, tendo sido esta parceria importante para o envolvimento de outros recursos da comunidade.

Visando a redução do risco, a otimização da função, a reeducação e treino funcional, além da identificação, minimização e eliminação de barreiras arquitetónicas, foi essencial a prescrição de ajudas técnicas e de produtos de apoio, assim como o ensino à pessoa/CI/família, de técnicas específicas de autocuidado e treino específico de AVD.

Os produtos de apoio são "instrumentos que o EEER pode utilizar para a promoção da autonomia, independência e integração na comunidade da pessoa com alteração da funcionalidade" (Garcia & Araújo, 2023, p.9). Dada a inexperiência na prescrição de alguns produtos de apoio, foi fundamental recorrer ao Guia Orientador de Boas Práticas Para a Prescrição de Dispositivos e Produtos de Apoio no Âmbito dos Cuidados Especializados em ER (Garcia & Araújo, 2023), considerando-se que este documento constituiu um fator facilitador no desenvolvimento de competências nesta área. Assim, atendendo à singularidade de cada pessoa, nos autocuidados banho e higiene pessoal, recorreu-se à esponja de cabo longo, ao engrossador de cabos e ao uso de cadeira higiénica. No autocuidado vestir, aconselhou-se em alguns casos o abotoador, o calça meias e a calçadeira de cabo longo. Quanto ao autocuidado alimentar-se, prescreveram-se copos adaptados, engrossador de cabo para talheres, talheres adaptados e pratos com rebordo. Para o andar, prescreveu-se o andarilho, uma ou duas canadianas, tripé ou bengala, mediante carga possível nos membros inferiores e equilíbrio em pé da pessoa, tendo-se também orientado para a colocação de corrimão. O ensino e supervisão foram essenciais para uma adequada adaptação a cada produto de apoio, de forma a garantir a máxima capacidade funcional da pessoa. Importante referir que muitas vezes foi necessário adaptar recursos existentes no domicílio, quando a família não tinha possibilidade de adquirir os produtos de apoio.

No âmbito dos programas de RFR, pretendeu-se minimizar sintomas, maximizar a capacidade para o exercício físico, promover a autonomia da pessoa e a sua participação social, promover mudanças a longo prazo que promovam bem-estar e aumentar a qualidade de vida da pessoa. Neste sentido, foi importante adequar cada programa ao tipo de patologia, estabelecendo-se o foco na fase inspiratória, no caso de doenças restritivas, e o foco na fase expiratória nas doenças obstrutivas (Cordeiro & Menoita, 2012). Nas pessoas a cumprirem inaloterapia, foi essencial supervisionar a técnica, corrigindo os lapsos e erros cometidos, ensinando, instruindo e treinando a técnica correta, específica de cada tipo de inalador, com ou sem câmara expansora, mediante condição específica de

cada pessoa, garantindo assim, uma melhor gestão do regime terapêutico e máxima eficácia da medicação inalatória. Ao longo deste ENP, verificou-se que a grande maioria das pessoas executava erradamente a técnica inalatória, sendo que os erros mais comuns eram: a ausência de expiração forçada prévia, a realização de puffs seguidos (sem interrupção entre cada puff), o não agitar dos inaladores pressurizados e o não lavar a boca após inalação com corticosteróides. Verificou-se ainda, um baixo conhecimento sobre cuidados de manutenção das câmaras expansoras.

Este ENP proporcionou uma grande diversidade de oportunidades de aprendizagem e aprofundamento de conhecimentos e competências no âmbito da RFR, exigindo a implementação de estratégias adequadas à condição clínica, estado cognitivo e grau de dependência de cada pessoa. Meleis et al. (2000), destacam a importância da avaliação da capacidade cognitiva e da capacidade física na identificação de fatores facilitadores e dificultadores. Por outro lado, em consonância com o referencial teórico de Orem, a intervenção do EEER pode abranger um sistema totalmente compensatório, um sistema parcialmente compensatório ou um sistema de apoio-educação, ajustando-se às necessidades e capacidades da pessoa na satisfação das suas atividades de autocuidado (Orem, 2001).

Neste âmbito, além dos conhecimentos adquiridos ao longo do primeiro ano do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, foi essencial a pesquisa de evidência científica, assim como o recurso ao Guia Orientador de Boa Prática em Reabilitação Respiratória desenvolvido pela OE (2018b). Recordam-se duas pessoas com diagnóstico de esclerose lateral amiotrófica, totalmente dependentes, com ventilação mecânica não invasiva, uma delas com traqueostomia, ambos com limpeza da via aérea ineficaz. Nestes dois casos, foi essencial acompanhar os movimentos inspiratórios e expiratórios controlados pelo ventilador, sendo que o uso de *cough-assist* era essencial para produzir um aumento do fluxo da tosse, garantindo assim, uma adequada limpeza da via aérea. O uso de *cough-assist* está recomendado em pessoas com tosse ineficaz (pico de fluxo expiratório<160l/min), permitindo promover a reexpansão pulmonar e aumento da *compliance* pulmonar, evitar que se formem aderências alveolares, aumentar a eficácia da tosse, reduzir a acumulação de secreções, promover o recrutamento alveolar e otimizar o gradiente ventilação-perfusão (OE, 2018b). Em pessoas com défice cognitivo, teve de se associar as várias técnicas de RFR aos seus tempos respiratórios espontâneos. Por outro lado, nas pessoas com capacidade para colaborarem no seu programa de RFR, foi possível o ensino/instrução e treino da dissociação e controlo dos tempos respiratórios,

promovendo a consciencialização da respiração e controlo da mesma, por forma a potenciar uma melhoria da coordenação e eficácia dos músculos respiratórios; o ensino/instrução e treino da reeducação abdominodiafragmática, objetivando a melhoria da excursão diafragmática e o seu fortalecimento; o ensino/instrução e treino da tosse eficaz e da técnica da expiração forçada, de forma a garantir a limpeza das vias aéreas; o ensino, instrução e treino da inspirometria de incentivo, visando aumentar os volumes inspiratórios nas pessoas com patologia respiratória restritiva; o ensino/instrução e treino de técnicas de correção postural com recurso a espelho e de técnicas de relaxamento, em consonância com as recomendações de Cordeiro e Menoita (2012) e da OE (2018b).

A integração do treino de exercício (treino de resistência e treino de força), em programas de RFR dirigidos a pessoas com doença respiratória crónica, como a DPOC, foi também uma premissa, visando a diminuição da intolerância ao esforço, requerendo consequentemente um consumo inferior de oxigénio mediante o mesmo esforço e reduzindo assim a dispneia associada (Robinson et al., 2018; Gaspar et al., 2019). O recurso à escala de Borg modificada foi um pilar na prescrição destes treinos, permitindo determinar limites seguros que garantissem a segurança da pessoa. Por sua vez, o ensino de técnicas de conservação de energia e treino de AVD, também se revelaram essenciais na maximização da independência da pessoa nas suas AVD e reintegração social. Ao controlo respiratório, associaram-se estratégias específicas para cada atividade de vida diária, tendo em conta o espaço físico e as atividades do dia a dia da pessoa.

Relativamente aos programas de RFM, objetivou-se a prevenção de riscos como a rigidez articular, através de mobilizações passivas, nas pessoas sem força muscular que lhes possibilitassem a colaboração nos movimentos. Por outro lado, visou-se o aumento da força muscular, otimizando e reeducando a função, através da implementação de mobilizações ativas assistidas, ativas e ativas resistidas que, associadas ao treino de AVD, permitiram potenciar a máxima independência e qualidade de vida da pessoa, assim como a sua reintegração social. A prescrição de cada exercício de fortalecimento muscular, teve em consideração: o princípio da individualidade, a situação clínica, sinais e sintomas, condição prévia e fase de recuperação, assim como as necessidades e objetivos de reabilitação da pessoa. Mediante os objetivos delineados e específicos de cada programa desenvolvido, recorreu-se a diferentes tipos de contração muscular: isométrica, visando melhorar a estabilidade postural e minimizar a atrofia muscular, e nos casos em que a imobilização articular era necessária; isotónica (concêntrica e excêntrica), visando o

desenvolvimento de força muscular, executada em cadeia cinética aberta, cadeia cinética fechada ou cadeia cinética combinada (Lourenço et al., 2021).

A força muscular, aliada ao controlo motor e coordenação sensorial, são essenciais para uma marcha segura. O treino de equilíbrio foi fundamental para potenciar o controlo postural, reduzindo assim o risco de quedas e potenciando uma marcha segura, tendo-se desenvolvido programas de treino de equilíbrio dinâmico e estático, sentado e em pé. O treino de marcha implicou uma avaliação prévia da necessidade de aliar o auxiliar de marcha adequado a cada pessoa, garantindo a segurança da pessoa na marcha. Foi igualmente importante, prevenir o risco de quedas, ensinando a pessoa/CI/família sobre o recurso a calçado adequado, remoção de tapetes e reorganização dos espaços. A avaliação dos resultados obtidos, foi orientando a reavaliação dos programas inicialmente elaborados, o que implicou muitas vezes a substituição de um auxiliar de marcha por outro, tendo em conta a segurança da pessoa e a sua evolução ao longo do programa de reabilitação. A evidência científica sustenta que uma abordagem multicomponente potencia o equilíbrio, a marcha e a independência funcional (Limão & Martins, 2021).

Todos os programas de RFM contemplaram o treino de AVD, visando a máxima independência funcional e autonomia no posicionar-se, sentar-se/levantar-se, transferir-se, tomar banho, vestir-se/despir-se, usar o sanitário, alimentar-se, andar e subir/descer escadas.

No domínio da reabilitação neuro funcional, desenvolveram-se programas baseados na premissa da promoção da neuroplasticidade, através de abordagens terapêuticas personalizadas (Cardoso et al, 2024). Implementaram-se para tal, o treino de equilíbrio, o treino de coordenação motora, o treino de motricidade fina, o treino cognitivo e a estimulação sensitiva. Os programas de reeducação funcional cognitiva visaram melhorar a atenção, a memória, a linguagem e a função executiva. Para tal, recorreu-se maioritariamente a jogos de estimulação cognitiva, como jogos de memória, sopas de letras, quebra-cabeças, jogos de estratégia e jogo das diferenças. Implementaram-se também exercícios de leitura, escrita e fala, mediante cada situação específica. Os programas de reabilitação funcional sensitiva visaram a reeducação da sensibilidade superficial e profunda.

Ao longo deste ENP, desenvolveram-se alguns programas de reeducação da função de alimentação, tendo sido fundamental a avaliação da deglutição, recorrendo à GUSS, para posterior implementação de intervenções que englobassem estratégias compensatórias

como o posicionamento, manobras terapêuticas e alteração da dieta e/ou consistência dos líquidos, de forma a evitar o risco de aspiração e assegurar uma deglutição segura. Estas intervenções são essenciais na obtenção de ganhos na reabilitação da função de deglutição e prevenção da aspiração (Sá et al., 2023; Silva & Grilo, 2018).

O envolvimento da pessoa/CI/família no desenvolvimento do seu programa de reabilitação, centrado nas suas reais necessidades, foi o pilar da intervenção desenvolvida ao longo deste ENP, garantindo a continuidade de cuidados e maximizando os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados especializados de reabilitação. De realçar que, o envolvimento do CI/família foi essencial para o sucesso dos vários programas de reeducação funcional. Por outro lado, reconhece-se que o CI deve ser alvo de cuidados pelo EEER, de forma a favorecer a vivência de uma transição situacional saudável para o seu papel de cuidador. Neste contexto, desenvolveu-se o estudo de investigação intitulado: "Empoderamento do Cuidador Informal do Idoso Dependente no Domicílio: Papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação", com a finalidade de contribuir para o desenvolvimento de estratégias de intervenção do EEER que promovam o empoderamento do CI do idoso dependente no domicílio, numa ótica de melhoria da qualidade dos cuidados. Desta forma, atingiu-se um dos objetivos definidos para este ENP (IPVC, 2022), que pretendia o desenvolvimento de competências na prática de investigação, na área da ER, contribuindo para uma prática especializada baseada na evidência.

Este ENP destacou o papel do EEER no seio da equipa multidisciplinar que, sendo dotado de conhecimentos e competências acrescidas, desempenha um papel decisivo como gestor de caso, criando sinergias com a equipa inter e multidisciplinar, garantindo assim, cuidados holísticos de excelência.

Considera-se por último, que o contexto comunitário e domiciliário permitiu uma melhor proximidade e conhecimento do contexto real da pessoa/CI/família, tendo originado uma diversidade de oportunidades e experiências essenciais para o desenvolvimento de competências específicas enquanto futura EEER.

3. TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO

INTRODUÇÃO

O aumento da esperança média de vida, originado pelo progresso económico, melhoria das condições de saúde e dos contextos sociais, tem levado a um crescente envelhecimento da população portuguesa, resultando num consequente aumento da dependência entre os idosos (INE, 2023). Neste contexto, surge a necessidade de cuidados que permitam garantir a satisfação das suas AVD, onde os CI desempenham um papel crucial, garantindo a promoção e a manutenção da qualidade de vida desta população envelhecida e dependente (Nunes, 2017).

Ao assumir a prestação de cuidados, o CI enfrenta um processo de transição que exige a redefinição de papéis e o assumir de novas responsabilidades (Flesch et al., 2019). É essencial que este processo transicional ocorra de forma saudável (Dixe & Querido, 2020; Freire et al., 2021), pelo que se torna emergente o desenvolvimento de programas de intervenção de enfermagem que visem a capacitação e empoderamento dos CI, permitindo a otimização dos cuidados prestados e a promoção da qualidade de vida do cuidador (Freire et al., 2021).

O EEER detém conhecimentos e competências acrescidas que lhe conferem autonomia na génese, implementação e monitorização de programas que envolvam a pessoa cuidada e o seu cuidador, numa ótica educativa, de promoção da continuidade de cuidados e da qualidade de vida desta díade (Regulamento nº 392/2019, 2019), sendo nas ECCI que se verifica a maior aproximação ao contexto real de prestação de cuidados, pela sua intervenção em contexto domiciliar, permitindo uma maior efetividade das intervenções desenvolvidas (Campos, 2019).

A Ordem dos Enfermeiros (2015) identifica a capacitação do CI como uma das áreas prioritárias na investigação em ER e a dependência no autocuidado em contexto domiciliário como uma das áreas consideradas emergentes.

Surge então, a seguinte questão de partida: “Quais os ganhos em saúde no empoderamento do CI do idoso dependente no domicílio, resultantes da intervenção do EEER?”.

Com este estudo, pretende-se contribuir para o desenvolvimento de estratégias de intervenção do EEER que promovam o empoderamento do CI do idoso dependente no domicílio, numa ótica de melhoria da qualidade dos cuidados, tendo como objetivo geral: descrever os ganhos em saúde no empoderamento do CI do idoso dependente no domicílio, resultantes da intervenção do EEER.

Trata-se de um estudo longitudinal, com recurso à investigação-ação participativa, envolvendo uma abordagem de métodos mistos e estratégia básica convergente. Os participantes foram selecionados pelo método de amostragem não probabilística, por conveniência, totalizando oito CI de idosos com dependência total ou grave no domicílio. Os dados foram recolhidos através de um questionário sociodemográfico de caracterização do CI, a escala APGAR Familiar, a ESC e a entrevista semiestruturada. Desenvolveu-se uma intervenção de empoderamento do CI, que englobou um plano individual de reabilitação validado por cada participante, constituído por oito sessões desenvolvidas em contexto domiciliar, tendo-se recorrido ao jogo "Dar Voz aos Cuidadores" nas duas primeiras sessões, sendo que as seis restantes englobaram um programa personalizado mediante as necessidades vivenciadas por cada cuidador.

Este trabalho de investigação encontra-se estruturado da seguinte forma: enquadramento teórico; metodologia; apresentação dos resultados; análise e discussão de resultados; conclusões do estudo, limitações e perspetivas futuras.

O enquadramento teórico apresenta o atual conhecimento da temática em estudo, englobando os desafios em saúde resultantes do envelhecimento e dependência, o CI do idoso dependente no domicílio, a teoria de Alaf Meleis e o processo de transição para o papel de CI, as dificuldades e as repercussões da prestação de cuidados informais ao idoso dependente no domicílio e por fim, o papel do EEER. Para a pesquisa bibliográfica desenvolvida, recorreu-se às bases de dados online: SciELO, PubMed e b-on, assim como aos Repositórios Científicos de Acesso Aberto em Portugal (RCAAP) e a sites de entidades relevantes. Para tal, utilizaram-se os seguintes descritores em português: enfermagem em reabilitação; cuidadores informais; idoso dependente; e os descritores em inglês: rehabilitation nursing, caregivers, frail elderly.

A metodologia engloba o percurso metodológico, apresentando a pergunta de investigação, a finalidade e os objetivos da investigação, o tipo de estudo desenvolvido, os participantes, as variáveis, os instrumentos e procedimentos de recolha e tratamento da informação, assim como os procedimentos formais e éticos considerados.

Segue-se a apresentação de resultados obtidos pela abordagem de métodos mistos, explanando os dados qualitativos e os resultados quantitativos originados.

Na análise e discussão dos resultados da investigação procede-se a uma análise crítica dos resultados obtidos com base na evidência científica existente. Por último, apresentam-se as conclusões, limitações deste estudo e perspetivas para investigações futuras.

3.1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Visando explorar o estado dos conhecimentos no domínio em estudo: Empoderamento do CI do idoso dependente no domicílio e papel do EEER, procedeu-se a uma pesquisa teórica aprofundada e abrangente, que foi essencial para estruturar o problema de investigação. Nesta secção, apresenta-se o resultado dessa pesquisa, abordando para tal, as seguintes temáticas: desafios em saúde resultantes do envelhecimento e dependência, o CI do idoso dependente no domicílio, a teoria de Alaf Meleis e o processo de transição para o papel de CI, as dificuldades e as repercussões da prestação de cuidados informais ao idoso dependente no domicílio e por fim, o papel do EEER.

3.1.1. Envelhecimento e Dependência: Desafios em Saúde

Ao longo dos anos, tem-se verificado um aumento constante do envelhecimento e da dependência na população portuguesa (INE, 2023).

A melhoria dos contextos sociais e condições de saúde, assim como a evolução económica, têm originado o aumento da esperança média de vida e um consequente envelhecimento populacional. Por seu lado, este envelhecimento tem conduzido ao aumento do grau de dependência e de necessidade de cuidados (Nunes, 2017).

O conceito de dependência é definido como a incapacidade de a pessoa realizar autonomamente as AVD, originada pela falta ou perda de autonomia física, psíquica e/ou intelectual (Decreto-Lei nº 101/2006, 2006).

Relativamente aos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), a população idosa (com 65 ou mais anos), em média, duplicou nas últimas décadas, passando de aproximadamente 9%, em 1960, para mais de 17% em 2019. Estima-se que este aumento seja mais marcado, nos próximos anos, em cinco países (Itália, Portugal, Grécia, Japão e Coreia), sendo que se prevê que a população com 65 ou mais anos, em 2050, corresponda a mais de um terço dos residentes. Nestes mesmos cinco países, este aumento verificar-se-á ainda mais no grupo populacional com 80 ou mais anos, estimando-se que uma em cada oito pessoas se encontre nesta faixa etária (Organisation for Economic Co-operation and development [OECD], 2021).

Em 2021, os idosos em Portugal, representavam 23.6% do total da população residente, sendo que o índice de envelhecimento era de 181,3 pessoas idosas por cada 100 jovens (INE, 2023).

Segundo o INE, no triénio 2019-2021, em Portugal, a esperança média de vida à nascença foi estimada em 80,72 anos, sendo 83,37 anos para as mulheres e 77,67 anos para os homens. Quanto à esperança média de vida aos 65 anos, esta foi estimada em 19,35 anos, sendo 20,80 anos para as mulheres e 17,38 anos para os homens (INE, 2023).

No entanto, a progressão da esperança média de vida aos 65 anos tem abrandado, nos últimos anos. Este facto deve-se, em parte, pelos desafios em saúde que afetam esta faixa etária, de forma desproporcional, nomeadamente a epidemia de influenza em 2014-2015, que atingiu distintamente as pessoas idosas e mais frágeis. Mais recentemente, a pandemia provocada pelo coronavírus da síndrome respiratória aguda grave 2 (SARS-CoV-2), afetou consideravelmente a esperança média de vida em 2020. Em 21 dos países da OCDE, 93% dos óbitos por SARS-CoV-2 ocorreram em pessoas com 60 ou mais anos, apresentando um impacto de três quintos nas pessoas com 80 ou mais anos. Assim, em 18 dos 25 países da OCDE, a esperança média de vida aos 65 anos diminuiu em média 7,4 meses (OECD, 2021).

Com o avançar da idade, é conhecido o aumento da possibilidade de surgirem doenças crónicas e de evolução prolongada, assim como a diminuição da capacidade para a realização das AVD (Norton & Barbosa, 2020).

Em média, nos países da OCDE, a esperança de vida saudável aos 65 anos era, em 2019, de 9,8 anos para as mulheres e de 9,7 anos para os homens. Pelo que, é evidente que muitos dos anos vividos, após os 65 anos, são passados com dependência. Em Portugal, 44.6% das pessoas com 65 ou mais anos apresentavam alguma limitação nas AVD, sendo que 18.7% apresentavam limitações severas (OECD, 2021).

De acordo com o INE (2023), o índice de dependência de idosos em Portugal tem vindo a aumentar progressivamente, sendo que em 2021, era de 36,5 idosos por cada 100 pessoas em idade ativa.

Um estudo realizado com base nos dados do Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico constatou que a prevalência da multimorbilidade na faixa etária dos 65 aos 74 anos era, em 2015, de 82.3% para as mulheres e de 65.5% para os homens (Romana et al., 2019).

O aumento da fragilidade e dependência na realização das AVD, originado pelo avançar da idade, leva à necessidade de cuidados de longa duração (World Health Organization [WHO], 2022).

Segundo dados da OCDE, em 2019, a média da população idosa que recebia cuidados de longa duração era de 10.7%, em contexto domiciliário ou institucional. Já em Portugal, apenas 1.9% da população com 65 ou mais anos recebia esses cuidados (OECD, 2021).

Da população idosa que vive no domicílio, em 22 países europeus, metade dos idosos que apresentam pelo menos uma limitação nas AVD e dois em cada cinco dos que apresentam três ou mais limitações, referem não receber apoio formal suficiente por parte dos cuidados de longa duração (OECD, 2021).

Muitas das pessoas idosas que necessitam de cuidados de longa duração, desejam permanecer no seu domicílio o maior tempo possível. Tendo em conta esta preferência e, uma vez que os custos dos cuidados institucionais são elevados, muitos países da OCDE desenvolveram serviços de apoio ao cuidado domiciliário. Portugal, constitui um dos países da OCDE que verificou um aumento considerável no número de pessoas a usufruírem de cuidados de longa duração no domicílio, nos últimos anos, passando de 15% em 2009 para 30% em 2019. No entanto, trata-se de valores pouco significativos, quando comparados com a média dos países da OCDE (68% em 2019) (OECD, 2021).

A Organização Mundial de Saúde define cuidados de longa duração como uma diversidade de serviços de apoio social, pessoal e de cuidados de saúde que visam a manutenção da funcionalidade das pessoas com ou em risco de perda de independência (WHO, 2022).

Em Portugal, a RNCCI é formada por um leque de instituições que prestam cuidados continuados de saúde e de apoio social a pessoas em situação de dependência, independentemente da idade, visando promover a sua reabilitação, autonomia e melhoria da funcionalidade (Decreto-Lei nº 101/2006, 2006). Em 2021, do total de pessoas a usufruírem dos serviços da equipa da ECCI, 83.2% apresentavam idade superior a 65 anos (Entidade Reguladora da Saúde [ERS], 2022).

As ECCI têm verificado uma diminuição da sua capacidade entre 2017 e 2020 (de 5852 para 5645), sendo que em 2021 apenas se verificou o acréscimo de uma vaga relativamente a 2020 (ERS, 2022).

Este quadro é, de certa forma, corroborado pelas recomendações explanadas no relatório de primavera de 2022 do Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS). Este relatório enfatiza a necessidade de dar resposta aos desafios em saúde que emergem perante uma sociedade envelhecida e com necessidade de cuidados domiciliários, nomeadamente, o desenvolvimento de uma diretriz política estratégica clara e integrada para a domiciliação de cuidados, a promoção da articulação entre os vários tipos e níveis de cuidados disponíveis, a definição de normas de qualidade em saúde para a domiciliação

de cuidados, o delinear de um sistema de monitorização e avaliação para este contexto de cuidados, assim como, a promoção de uma igual distribuição de respostas (Lopes et al., 2022).

3.1.2. Cuidador Informal do Idoso Dependente no Domicílio

A dependência na população idosa despoleta a necessidade de cuidados por extensos períodos, onde as redes informais assumem um papel imprescindível nos cuidados à pessoa idosa, sendo a cooperação do CI fundamental na promoção e manutenção da sua qualidade de vida (Dixe et al., 2019; Sequeira, 2018).

O Estatuto do CI, regulamentado pela Lei nº100/2019, a 6 de setembro de 2019, capítulo I, artigo 2º (2019), define dois tipos de CI: o CI principal e o CI não principal, sendo que o primeiro integra:

> O cônjuge ou unido de facto, parente ou afim até ao 4.º grau da linha reta ou da linha colateral da pessoa cuidada, que acompanha e cuida desta de forma permanente, que com ela vive em comunhão de habitação e que não aufere qualquer remuneração de atividade profissional ou pelos cuidados que presta à pessoa cuidada. (p.9)

O CI não principal distingue-se pelo facto de acompanhar e cuidar da pessoa "de forma regular, mas não permanente, podendo auferir ou não remuneração de atividade profissional ou pelos cuidados que presta à pessoa cuidada" (Lei. nº100/2019, 2019, p.9).

A Comissão Europeia defende que os CI constituem a pedra basilar de todos os sistemas de cuidados de longa duração, especialmente no caso dos idosos (Zigante, 2018).

Apesar das alterações na dinâmica familiar originadas pelas mudanças na sociedade, as famílias continuam a ser uma importante fonte de cuidados informais à pessoa com dependência (Baptista & Perista, 2018).

Nos países da OCDE, são a família e os amigos que maioritariamente prestam cuidados informais a pessoas com necessidade de cuidados de longa duração (OECD, 2021). Na Europa, aproximadamente 14.4% da população com idade entre os 18 e os 74 anos, presta semanalmente cuidados continuados informais, o que representa 80% das pessoas que prestam cuidados continuados na União Europeia (European Comission, 2022). O tempo estimado de prestação de cuidados por CI na Europa, atingiu 72 301,5 milhões de horas, em 2016, sendo que o seu valor económico representa cerca de 3.63% do produto interno bruto europeu (Peña-Longobardo & Oliva-Moreno, 2021).

Destes cuidadores, os que prestam cuidados mais frequentes ou intensivos correlacionam uma menor ligação ao mercado de trabalho formal quando em idade ativa, maiores taxas de pobreza e maior prevalência de problemas de saúde mental. Visando atenuar estas consequências negativas, cerca de dois terços dos países da OCDE implementaram medidas de apoio aos familiares cuidadores, entre as quais, períodos de descanso remunerado ou não remunerado, assim como o pagamento de subsídios aos familiares cuidadores ou subsídios às pessoas dependentes, de forma a poderem retribuir os cuidados prestados pelos familiares (OECD, 2021). No caso de Portugal, a pessoa cuidada pode usufruir do complemento por dependência de 1º ou 2º grau ou subsídio por assistência de terceira pessoa. Já o CI principal pode beneficiar de um subsídio de apoio e de períodos de descanso não remunerados. O CI tem também, o direito de receber formação que vise a sua capacitação para a prestação de cuidados e usufruir de apoio psicológico dos serviços de saúde (Lei. nº100/2019, 2019).

Sequeira (2018), destaca a importância do papel dos CI na sociedade, dadas as implicações significativas em termos económicos, sociais e humanos.

Em média, nos países da OCDE, 62% dos CI em 2019 eram do sexo feminino. Já em Portugal, os cuidadores do sexo feminino atingiam os 70%. Em aproximadamente dois terços dos casos, a pessoa cuidada era o progenitor ou o cônjuge, sendo que os cuidadores mais jovens (50-65 anos) apresentavam maior probabilidade de cuidar de um progenitor. Estes cuidadores mais jovens eram mais frequentemente do sexo feminino, não prestando cuidados diários. Por outro lado, os CI com idades superiores (65 ou mais anos), apresentavam uma maior probabilidade de cuidarem do cônjuge. O cuidar do cônjuge é geralmente mais intensivo, exigindo cuidados diários, sendo este papel assumido de igual forma por pessoas de ambos os sexos (OECD, 2021).

A adoção e desempenho do papel de cuidador principal está dependente de um elevado número de fatores (Sequeira, 2018). Num estudo desenvolvido por Nicolau (2018), destacam-se os fatores inerentes à família: ser filho único, a indisponibilidade de outros membros familiares, assim como a vontade da pessoa cuidada; a obrigação moral, essencialmente pelo grau de parentesco e motivação afetiva; o fator financeiro, pela falta de alternativas devido à escassez de recursos económicos; os valores culturais e a falta de respostas sociais. Num estudo realizado no município de Cantanhede, foi identificado como principal fator de adoção do papel de cuidador, o dever moral (71.9%) onde se inserem a relação filial, a relação conjugal, a relação parental e o sentimento de retribuição (Paiva, 2020). Outros fatores identificados no mesmo estudo, envolveram a ausência de outros elementos para assumir o papel (35.4%), onde se inclui o descartar de

responsabilidades pelos restantes descendentes; a relação afetiva (34.4%), nomeadamente o sentimento de amor e carinho; a vontade de evitar a institucionalização (16.7%); a coabitação (10.4%); a decisão familiar (9.4%); a proximidade geográfica (7.3%), a iniciativa própria (6.3%), a transmissão de valores a gerações futuras (3.1%), as condições arquitetónicas e comunitárias (1%) e os princípios da vida (1%) (Paiva, 2020). Noutros estudos, a qualidade do relacionamento destacou-se como uma das determinantes mais importantes do cuidar, resultando de promessas e acordos entre cuidador e pessoa cuidada (Alves et al., 2020; Carvalho et al., 2019; Costa et al., 2019).

Jarling et al. (2020), concluem que assumir a responsabilidade pela prestação de cuidados envolve a vivência de sentimentos contraditórios, que se encontram entre a relação de afeto pela pessoa cuidada e a perda de liberdade e de relacionamentos exteriores à família.

3.1.3. Teoria de Alaf Meleis e o Processo de Transição para o Papel de Cuidador Informal

De acordo com a teoria das transições de Alaf Meleis, a maioria das transições estão relacionadas com acontecimentos marcantes na vida das pessoas, que carecem de um processo de transformação. A transição corresponde assim, à passagem de um estado estável para outro estado estável, através de um processo dinâmico que emerge de uma mudança, representando um ponto de viragem (Meleis et al., 2000).

A teoria das transições apresenta quatro conceitos fundamentais: a natureza da transição (tipo, padrões e propriedades de transição), as condicionantes (facilitadores ou inibidores do processo e relacionados com a pessoa, a comunidade e a sociedade), os padrões de resposta (indicadores de processo e resultado da transição) e as intervenções de Enfermagem. Quanto à natureza das transições, Alaf Meleis distingue quatro tipos: de desenvolvimento, relacionadas com mudanças ao longo do ciclo vital; saúde-doença, quando a pessoa previamente saudável passa a vivenciar um processo de doença; situacional, quando a pessoa assume o desempenhar de novos papéis; organizacional, associado a mudanças ambientais, económicas, políticas, sociais e intra organizacionais. Relativamente aos padrões, as transições podem ser caracterizadas como simples ou múltiplas, sequenciais ou simultâneas e relacionadas ou não. As propriedades englobam a consciencialização, o envolvimento, o tipo de evento crítico, o período de tempo e a forma como a pessoa vivencia a mudança (Meleis et al., 2000).

O idoso dependente no domicílio, ao requerer e depender de cuidados, leva as famílias a depararem-se com desafios gerados por um processo de transição, uma vez que esta nova realidade exige a readaptação familiar, de forma a garantir a prestação de cuidados

informais ao idoso (Dixe et al., 2019; Silva et al., 2019b). A dependência é assim, o evento crítico que origina este processo de transição (Sequeira, 2018).

O nascer de um cuidador, ou mais, no seio familiar, envolve a vivência de uma transição do tipo situacional, uma vez que abarca situações de crise que requerem a redefinição dos seus papéis e a integração de novos papéis (Meleis, 2010).

Neste processo de transição, o grau de consciencialização influencia a mobilização de recursos para a ação, sendo por isso, uma condição fundamental para que se verifique o envolvimento do cuidador. Transmitir informação a um cuidador que não tem consciência da necessidade do seu papel, terá uma eficácia muito diminuta. Contudo, a pessoa pode ter uma adequada consciencialização da situação, mas não querer envolver-se. Por outro lado, quando o cuidador procura informação, apoio profissional, económico ou social, ou seja, está envolvido, geralmente tem consciência da necessidade de intervenção (Sequeira, 2018).

A transição para o desempenho do papel de CI depende de variáveis interativas e com influência mútua, relacionadas com o cuidador, a pessoa dependente e o contexto em que a relação de prestação de cuidados se desenvolve (Sequeira, 2018). Meleis et al. (2000), reconhecem a existência de fatores que podem funcionar como facilitadores ou dificultadores de um processo de transição eficaz, como o significado pessoal do cuidar, os conhecimentos e a capacidade, o status económico, as crenças e atitudes, assim como os recursos comunitários e sociais.

Um estudo realizado com cuidadores de idosos com doença de Parkinson, identificou alguns fatores que contribuem para um processo transicional saudável, denominados facilitadores, tais como: experiências prévias como cuidador, religiosidade e espiritualidade, rede de apoio formal e dos serviços de saúde (Nunes et al., 2019). Em contrapartida, também identificou alguns fatores que dificultam a vivência saudável da transição para o papel de CI, denominados dificultadores, nomeadamente: a idade avançada, os compromissos e atividades da vida pessoal, a sobrecarga financeira familiar e o insuficiente suporte familiar (Nunes et al., 2019).

Uma revisão integrativa da literatura, realizada por Oliveira e Caldas (2021), que visava identificar os condicionantes facilitadores e os condicionantes inibidores na transição de familiares para o papel de CI de um idoso dependente no domicílio, reconheceu como fatores facilitadores: a reorganização familiar para a partilha de cuidados entre os seus elementos; a resiliência familiar; o facto do cuidador tirar um tempo para si; as atitudes e habilidades sociais que auxiliam na minimização da sobrecarga e stress do cuidador, tais

como o amor, a paciência, a dedicação, a compreensão, o otimismo, a afetividade, a solidariedade, a gratificação, a valorização dos seus cuidados e a interação harmoniosa entre CI e o idoso cuidado; a espiritualidade/religiosidade, fé e esperança; a integração dos cuidadores em grupos de apoio; a experiência prévia com o cuidar; o apoio domiciliário formal e informal. Os fatores inibidores identificados englobaram: a falta de conhecimentos e preparação para os cuidados; a carência de apoio dos serviços de saúde aos cuidadores; a escassez de tempo para si; a fragilidade do suporte familiar; o baixo rendimento; a baixa escolaridade; a acumulação de funções associadas ao cuidador do sexo feminino; o sofrimento psicológico associado à prestação de cuidados; a reduzida autoeficácia para mudanças na resposta emocional e no comportamento de impacto.

Relativamente aos padrões de resposta, o sentir-se envolvido, o interagir, o sentir-se situado, o desenvolvimento de confiança e coping são indicadores de processo. A mestria e a autonomia do CI no exercício do seu papel constituem indicadores de resultado da adaptação à transição (Meleis et al., 2000).

Meleis et al. (2010), consideram que os enfermeiros têm um papel fundamental no processo de transição, sendo os principais agentes facilitadores, ao intervirem nas mudanças e exigências deste processo, assegurando as intervenções de enfermagem necessárias e facilitando assim, o desenvolvimento de competências.

3.1.4. Dificuldades e Repercussões da Prestação de Cuidados Informais ao Idoso Dependente no Domicílio

A prestação de cuidados informais inicia-se quando a pessoa idosa precisa ocasionalmente de cuidados, prosseguindo com a necessidade de auxílio nas AVD e posteriormente, com a dependência nas atividades básicas da vida diária, exigindo progressivamente uma necessária articulação com os cuidados informais de curta, média e de longa duração (Schulz et al., 2020).

Estes cuidados informais prestados mediante o ciclo de vida na velhice, tornam-se cada vez mais complexos com a longevidade e o aumento do grau de dependência e das comorbilidades dos idosos (Schulz et al., 2020). O cuidado ao idoso dependente revela-se assim, uma tarefa exigente (Dixe & Querido, 2020).

Neste percurso, o CI depara-se com algumas dificuldades que, de acordo com os resultados da esfera científica, se prendem com as limitações impostas pela saúde do cuidador, as restrições na sua vida pessoal e social, a falta de apoio formal e de informação (Paiva, 2020; Pereira, 2018; Sousa et al., 2021) assim como, a dificuldade em lidar com a

doença da pessoa dependente, e a dificuldade de relacionamento (Garbaccio & Tonaco, 2019; Paiva, 2020).

Um estudo realizado pelo Centro de Administração e Políticas Públicas do Instituto de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa, acerca do perfil dos CI da pessoa sénior em Portugal, através de um inquérito a 400 CI em todo o território nacional, revelou que as principais dificuldades da prestação de cuidados informais englobam as restrições sociais, as exigências do cuidar e as reações face ao cuidar (Carvalho, 2021).

Noutro estudo, realizado pelo Movimento Cuidar dos Cuidadores Informais (MCCI), através de um inquérito a 1133 CI de Portugal, foram identificadas como dificuldades, a falta de apoio emocional/psicológico e de outros recursos humanos (64.6%), a falta de apoios sociais (apoio do estado, apoio de associações, estatuto do CI) e as dificuldades laborais (59.1%), assim como as dificuldades financeiras e a falta de formação/capacitação do cuidador (51.8%) (MCCI, 2021).

As dificuldades sentidas pelo CI e que se traduzem em necessidades não satisfeitas, têm consequências significativas na saúde dos mesmos e na sua capacidade de cuidar (Akgun-Citak et al., 2020; Alves et al., 2020; Mazurek et al., 2017; Price et al., 2020).

Com o progressivo aumento da intensidade e complexidade da prestação de cuidados ao idoso dependente, surge uma maior propensão para o aparecimento de problemas de sobrecarga, que têm um grande impacto na qualidade de vida e na saúde física e psicológica do CI (Liu et al., 2020; Schulz et al., 2020), impulsionando uma diminuição da prestação de cuidados (Liu et al., 2020) que terá consequentemente repercussões na saúde da pessoa cuidada, podendo resultar em repetidas hospitalizações (Carvalho, 2021).

Nesta trajetória, destacam-se algumas repercussões nos CI, nomeadamente, a dificuldade em concentrar-se, uma permanente exaustão, apatia, irritabilidade, um sentimento de incapacidade para a realização das tarefas, o sentimento de isolamento e a necessidade de recorrer a antidepressivos (Gil, 2020).

Os distúrbios cognitivos que frequentemente surgem com o avançar da idade, o grau de dependência do idoso e o tempo dedicado aos cuidados, em consequência de um complexo processo de envelhecimento acoplado à problemática de um CI, geralmente sem formação técnico-científica para a prestação de cuidados, potenciam a suscetibilidade para a sobrecarga física, psicológica, social e financeira do CI (Garbaccio & Tonaco, 2019).

No estudo realizado acerca do perfil dos CI da pessoa sénior em Portugal, onde a sobrecarga dos cuidadores foi avaliada pelo índice de Zarit, verificou-se que dos 400

inquiridos, 42% (n=168) obtiveram um score correspondente a sobrecarga intensa, 37.8% (n=151) revelaram não apresentar sobrecarga e 20.3% (n=81) manifestaram uma sobrecarga ligeira (Carvalho, 2021).

Dixe e Querido (2020), num estudo realizado com 164 CI de pessoas dependentes no autocuidado, verificaram que 52.4% (n=86) apresentavam sobrecarga intensa, 28% (n=46) sobrecarga ligeira e 19.5% (n=32) não apresentavam sobrecarga, concluindo que o desempenho do papel de CI pode conduzir à sobrecarga e exaustão.

A natureza das repercussões associadas ao cuidar de um idoso com dependência está relacionada com três contextos que interagem entre si. Estes contextos englobam: o contexto do idoso dependente, que se prende com a necessidade de cuidados; o contexto do cuidador, relacionado com a capacidade de cuidar; e o contexto do meio, que engloba variáveis essencialmente mediadoras, uma vez que podem influenciar positiva ou negativamente a prestação de cuidados (Sequeira, 2018).

A história de vida do CI com o idoso dependente tem um impacto importante na aceitação do novo papel de cuidador, influenciando a perceção positiva ou negativa associada ao cuidar (Sequeira, 2018).

As variáveis do contexto do meio que apresentam um maior impacto englobam: o suporte social, os serviços formais de apoio, os recursos comunitários, a coresidência, a habitação, a cultura, a valorização social do cuidar, o contexto em que os cuidados se realizam, os apoios de familiares/amigos/vizinhos, a legislação, a estrutura e dimensão familiar. Um ambiente favorável facilita a prestação de cuidados e reduz os riscos para a díade cuidador/pessoa cuidada (Sequeira, 2018).

Determinadas características pessoais e aspetos da personalidade do cuidador, têm um papel determinante na perceção de sobrecarga subjetiva, nomeadamente, o autoconceito, o autocontrolo, as aptidões pessoais relacionadas com a vertente relacional e de resolução de problemas. Por outro lado, os CI com conhecimento sobre a doença, capacidade para intervir e com uma boa perceção de autoeficácia, apresentam menor vulnerabilidade para o aparecimento de sobrecarga, promovendo o bem-estar da pessoa cuidada (Sequeira, 2018).

Quanto ao idoso dependente, constata-se que existem certas variáveis, tais como, o sexo, a educação, a religião, o tipo de relação com a família, os recursos económicos, que influenciam a relação de prestação de cuidados e, consequentemente, as repercussões associadas ao cuidar. As características pessoais do idoso determinam frequentemente as repercussões subjetivas. Quanto às variáveis relacionadas com a doença, destacam-se o

prognóstico, o estado funcional, a sintomatologia, assim como a tipologia e intensidade de cuidados necessários (Sequeira, 2018).

De acordo com Matos (2019), os cuidadores de pessoas mais dependentes percecionam mais dificuldades de ordem física na prestação de cuidados.

3.1.5. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e o Cuidador Informal do Idoso Dependente no Domicílio

A complexidade inerente ao processo de transição de um familiar para o papel de CI de um idoso dependente requer a existência de um apoio estruturado, de forma que o período de instabilidade não se perpetue. Para tal, as intervenções de enfermagem são fulcrais, uma vez que permitem alcançar a mestria da transição e a estabilidade (Oliveira & Caldas, 2021).

Na revisão integrativa da literatura efetuada por Oliveira e Caldas (2021), foram consideradas essenciais para a vivência de uma transição saudável do familiar para o papel de CI de um idoso dependente, as seguintes intervenções de Enfermagem: apoio e capacitação dos CI, de forma a assumirem as responsabilidades inerentes ao seu papel com segurança e sem prejuízos para a sua saúde; planeamento de ações em saúde dirigidas à família, promovendo o desenvolvimento de uma boa dinâmica intrafamiliar; promoção da reestruturação do cuidado como uma função familiar, contribuindo para a minimização da sobrecarga e outras repercussões associadas; apoio aos familiares na restituição do equilíbrio psicossocial, nomeadamente a criação de uma rede de suporte social, o incentivo a recorrer à religião e/ou espiritualidade, o ensino e estímulo do uso de técnicas de relaxamento, comunicação, gestão de conflitos intrafamiliares e tomada de decisão.

A capacitação do CI, dotando-o de saberes e recursos que lhe permitam lidar de forma eficiente com a prestação de cuidados ao idoso dependente é essencial (Capelo et al., 2022), permitindo munir o CI de maior confiança na prestação de cuidados e melhorar o bem-estar da díade cuidador/pessoa cuidada (Akgun-Citak et al., 2020; Aksoydan et al., 2019). Contudo, a esfera científica tem revelado défices na formação/informação fornecida aos CI. Num estudo desenvolvido por Dixe e Querido (2020), num centro hospitalar da zona centro de Portugal, com 164 CI, verificou-se que as informações prestadas pelos enfermeiros aos CI para cuidarem do seu familiar em casa foram insuficientes, concluindo ser fundamental a formação do CI no autocuidado vestir e despir, alimentar-se, uso do sanitário, transferências, mobilidade e gestão do regime terapêutico. Estes autores referem ainda, a necessidade de os enfermeiros investirem na informação/formação do CI sobre a

prestação de cuidados ao seu familiar dependente, destacando a importância da preparação destes cuidadores ao longo do internamento hospitalar, assim como o acompanhamento e monitorização pelos enfermeiros de cuidados de saúde primários no domicílio.

Este défice na informação e formação do CI foi também apurado no estudo realizado acerca do perfil dos CI da pessoa sénior em Portugal (Carvalho, 2021), uma vez que 70% dos inquiridos referem não ter recebido informação e formação para cuidarem de um idoso.

Em Coimbra, num estudo que envolveu os familiares cuidadores de utentes a usufruir do apoio da ECCI, constatou-se que estes apresentavam limitações ou défices em algumas áreas do cuidar, como nas transferências, posicionamentos, cuidados de higiene e gestão do regime terapêutico (Bento, 2020). Num outro estudo realizado também com CI a usufruírem do apoio da ECCI, neste caso no Alentejo, verificou-se um défice de conhecimento e capacidade na prevenção de quedas, levante/transferências e prevenção de úlceras por pressão (Godinho et al., 2022).

Na sua revisão integrativa da literatura, Oliveira e Caldas (2021) concluem que a identificação das necessidades em saúde dos cuidadores familiares e a consequente implementação de intervenções de Enfermagem dirigidas a essas mesmas necessidades, permite a promoção de um processo de transição saudável, minimizando os problemas de ansiedade, sofrimento psicológico e sobrecarga do cuidador. Os mesmos concluem ainda, que as intervenções de Enfermagem reduzem o isolamento social, ao assistirem na gestão do tempo e permitirem que outros familiares se envolvam mais na prestação de cuidados ao idoso.

Num estudo realizado com 52 CI de idosos dependentes (Marinho et al., 2022), verificou-se que a sobrecarga era maior nos cuidadores com famílias disfuncionais. Os autores deste estudo concluem assim, ser essencial o fortalecimento da rede de apoio familiar assim como a existência de apoio profissional de forma a reduzir a sobrecarga originada pela prestação de cuidados.

De acordo com Dixe et al. (2019), as intervenções de Enfermagem devem sustentar-se na identificação das dificuldades que os CI vivenciam na prestação de cuidados, de forma a promover a sua segurança e eficácia, reduzindo o recurso a serviços hospitalares e aliviando a sobrecarga do CI (Dixe et al., 2019).

O EEER assume um papel de destaque no empoderamento do CI. O regulamento de competências específicas do EEER define que este intervém na educação dos clientes e pessoas significativas, promovendo a continuidade de cuidados e a reintegração na família

e comunidade, detendo conhecimentos e competências acrescidas que lhe auferem autonomia na conceção, implementação e monitorização de planos de reabilitação diferenciados, fundamentados nos problemas reais e potenciais das pessoas. Este regulamento atribui ao EEER competências diferenciadas no ensino da pessoa e CI de técnicas específicas de autocuidado, promovendo e dinamizando planos que beneficiam os processos de transição situacional (Regulamento nº392/2019, 2019).

O EEER, ao intervir nos focos conhecimento e capacitação da pessoa promove o seu empoderamento, a tomada de decisão e passagem à ação, permitindo-lhes desenvolver habilidades e assim, fazer com que a pessoa/CI se sinta capacitado a gerir os desafios diários, resultantes de processos de transição (Sousa et al., 2020).

3.2. METODOLOGIA

A metodologia de investigação engloba o delinear de toda a ação a desenvolver, determinando o percurso a percorrer para chegar ao conhecimento e dar resposta à questão de investigação (Vilelas, 2020).

Assente no enquadramento teórico desenvolvido, serão explanadas nesta secção, todas as considerações metodológicas que conduziram a investigação empírica. Para tal, apresenta-se a pergunta de investigação, a finalidade e os objetivos da investigação, o tipo de estudo desenvolvido, os participantes, as variáveis, os instrumentos e procedimentos de recolha e tratamento da informação, assim como os procedimentos formais e éticos considerados.

3.2.1. Pergunta de Investigação, Finalidade e Objetivos

Progressivamente, ao longo dos anos, a população portuguesa tem testemunhado um incremento constante no envelhecimento e na necessidade de apoio (INE, 2023), o que tem originado um aumento da necessidade de cuidados (Nunes, 2017). Neste contexto, os CI assumem um papel imprescindível nos cuidados à pessoa idosa dependente, revelando-se como fundamentais na promoção e manutenção da sua qualidade de vida (Dixe et al., 2019).

Cuidar de uma pessoa dependente envolve mudanças significativas na vida do CI, originadas pela exigência do cumprimento de novas responsabilidades (Flesch et al., 2019). É assim, essencial que este processo de transição seja ultrapassado de forma saudável, minimizando as situações de sobrecarga, pelo que o CI deve ser alvo de atenção do enfermeiro (Dixe & Querido, 2019; Freire et al., 2021).

A intervenção do enfermeiro no desenvolvimento de programas e projetos de intervenção que objetivem a capacitação e empoderamento dos CI, permitindo otimizar a prestação de cuidados e promover a qualidade de vida e bem-estar de quem cuida, torna-se emergente (Freire et al., 2021). As ECCI surgem como a resposta com maior efetividade no desenvolvimento de competências dos familiares cuidadores, dado que o domicílio constitui o contexto real da prestação de cuidados (Campos, 2019). No entanto, a evidência científica tem revelado défices neste âmbito (Carvalho, 2021; Dixe & Querido, 2020).

Ao longo dos quinze anos de experiência como Enfermeira, tanto em contexto hospitalar, como nas unidades de cuidados continuados em regime de internamento, foi possível observar um carente envolvimento do CI como parceiro de cuidados, pelos profissionais de saúde, comprometendo o planeamento da alta, a continuidade dos cuidados e a reintegração da pessoa na família e comunidade. Nos últimos dois anos, estando a desempenhar funções no contexto comunitário, no âmbito de uma ECCI, tem-se vindo a observar uma prática mais inclusiva no que se refere ao CI como parceiro de cuidados verificando, contudo, lacunas no que se refere à visão do CI como alvo de cuidados. Ao ingressar no Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, visando a melhoria contínua dos cuidados e promoção da qualidade de vida da díade pessoa cuidada-cuidador, foi cada vez mais premente o desejo de explorar esta área com recurso à investigação, uma vez que o EEER detém conhecimentos e competências acrescidas que lhe permitem maximizar o potencial funcional e independência da pessoa, assim como minimizar o impacto das incapacidades instaladas, intervindo na educação da pessoa e do CI/família na continuidade dos cuidados (Regulamento nº392/2019, 2019).

Na enfermagem, a investigação tem um papel fulcral, uma vez que as tomadas de decisão, fundamentalmente quanto à identificação das necessidades da pessoa e à prescrição de intervenções de enfermagem, devem sustentar-se na evidência científica (Néné & Sequeira, 2022). Assim, estes autores, sublinham a necessidade de se investigar acerca das necessidades das pessoas em cuidados de enfermagem, das intervenções com maior efetividade para cada diagnóstico de enfermagem, das intervenções prioritárias para a promoção da saúde e prevenção da doença e das intervenções que promovem mais e melhor saúde, bem como o papel da enfermagem, nomeadamente o seu contributo autónomo, complementar ou interdependente.

A OE (2015) aponta a capacitação do CI como uma das áreas consideradas prioritárias na investigação em ER e a dependência no autocuidado em contexto domiciliário como uma das áreas consideradas emergentes. De facto, o EEER detém conhecimentos e competências acrescidas que lhe concedem um papel de destaque na promoção da

continuidade de cuidados, devendo envolver o CI como parceiro de cuidados, mas também como alvo da sua intervenção (Regulamento nº392/2019, 2019).

Em consonância com a revisão bibliográfica realizada e a problemática de investigação, surgiu a seguinte pergunta de investigação: Quais os ganhos em saúde no empoderamento do CI do idoso dependente no domicílio, resultantes da intervenção do EEER?

Assim, este estudo de investigação tem como finalidade, contribuir para o desenvolvimento de estratégias de intervenção do EEER que promovam o empoderamento do CI do idoso dependente no domicílio, numa ótica de melhoria da qualidade dos cuidados.

Para tal, definiu-se o seguinte objetivo geral: descrever os ganhos em saúde no empoderamento do CI do idoso dependente no domicílio, resultantes da intervenção do EEER. Delinearam-se ainda, os seguintes objetivos específicos:

- Identificar as necessidades do CI do idoso dependente no domicílio;
- Analisar os ganhos em saúde, resultantes da intervenção de empoderamento do CI do idoso dependente no domicílio pelo EEER, na satisfação do CI quanto ao funcionamento familiar;
- Analisar os ganhos em saúde, resultantes da intervenção de empoderamento do CI do idoso dependente no domicílio pelo EEER, na redução da sobrecarga do CI, relacionada com: o impacto da prestação de cuidados (IPC), a relação interpessoal (RI), as expectativas com o cuidar (EC) e a perceção de autoeficácia (PA);
- Avaliar a associação entre a perceção de funcionalidade familiar e a sobrecarga do CI do idoso dependente no domicílio;
- Conhecer o significado atribuído pelo CI à intervenção do EEER, quanto à satisfação das suas necessidades vivenciadas.

3.2.2. Tipo de Estudo

A seleção do tipo de estudo teve em consideração a problemática identificada, a finalidade deste estudo e os objetivos formulados. Assim, quanto ao objetivo geral, optou-se pela investigação-ação participativa, elegendo a abordagem de métodos mistos, com recurso à estratégia básica convergente. Quanto ao alcance temporal, trata-se de um estudo longitudinal.

A investigação-ação participativa foca-se num problema, num contexto específico, envolve a participação dos intervenientes, assim como a intervenção no contexto da mudança, com a finalidade de obter melhores resultados. Trata-se de um processo centrado na interação contínua entre a investigação, a ação, a reflexão e a avaliação. Esta metodologia conduz

os grupos-alvo a assumirem a responsabilidade de definir as mudanças necessárias, sendo que as suas interpretações e análises críticas constituem a base que orienta a monitorização, avaliação e decisão dos próximos passos no processo de investigação (Vilelas, 2020).

A investigação-ação participativa constitui uma metodologia de investigação orientada para a melhoria da prática nos distintos campos de ação, mediante a mudança e a aprendizagem a partir das consequências dessas mudanças, permitindo a participação de todos os intervenientes. Trata-se de uma metodologia que tem um duplo objetivo, a ação e a investigação, visando produzir simultaneamente mudanças e compreensão (Vilelas, 2020).

A investigação-ação participativa norteou este estudo de investigação, visando obter mudança numa população específica, o empoderamento dos CI de idosos dependentes no domicílio, e aumentar a compreensão do investigador sobre as necessidades desta população e os ganhos em saúde no empoderamento da mesma.

Por seu lado, a pesquisa de métodos mistos envolve a combinação de abordagens quantitativas e qualitativas, utilizando os pontos fortes das duas abordagens e neutralizando as fraquezas de cada uma delas (Creswell & Creswell, 2018).

O seu uso concomitante permite minimizar a subjetividade e aproximar o investigador do objeto de estudo, respondendo às principais críticas de cada uma das abordagens, conferindo uma maior confiabilidade aos dados (Vilelas, 2020). O uso combinado das abordagens quantitativas e qualitativas permite uma maior compreensão dos problemas de pesquisa, podendo servir a um propósito maior, transformativo (Creswell & Creswell, 2018).

Nos métodos mistos convergentes, o investigador converge ou mistura dados quantitativos e qualitativos para efetuar uma análise abrangente do problema de pesquisa. Neste modelo, as duas formas de dados são colhidas em simultâneo, sendo que o investigador integra as informações na interpretação geral dos resultados (Creswell & Creswell, 2018).

A investigação-ação participativa pode incorporar-se nos projetos de métodos mistos, envolvendo os participantes de forma colaborativa na investigação, provocando mudanças em populações sub-representadas, sendo especialmente usada na área da saúde, no âmbito comunitário, assumindo uma estrutura filosófica transformativa (Creswell & Creswell, 2018).

3.2.3. População e participantes

Vilelas (2020), define população como o conjunto de todos os sujeitos que partilham uma ou mais características, localizados num espaço ou território conhecido, nos quais se pretende investigar determinadas propriedades. Neste estudo, a população em questão engloba os CI de idosos dependentes no domicílio, integrados numa determinada ECCI da região Norte de Portugal.

Os participantes deste estudo, foram selecionados pelo método de amostragem não probabilística, por conveniência, uma vez que os indivíduos selecionados se encontravam num local certo e momento adequados (Vilelas, 2020). Neste caso, foram selecionados os CI de idosos dependentes integrados numa determinada ECCI da Região Norte, no período de 3 de abril a 30 de junho de 2023, aplicando os seguintes critérios de inclusão:

- Assumir-se como CI principal;
- Ser cuidador de uma pessoa com idade igual ou superior a 65 anos, com dependência total ou dependência grave (score na escala de Barthel<55) (Portugal, 2011).

Assim, os participantes corresponderam a um total de oito CI e respetiva família e idosos dependentes.

3.2.4. Variáveis

As variáveis, segundo Vilelas (2020), correspondem às qualidades ou características da realidade, passíveis de adotar valores distintos, devendo estar em sintonia com o problema do estudo, os objetivos e as hipóteses formuladas e em consonância com o marco teórico.

Neste estudo, as variáveis-atributo englobam: idade (anos), género, estado civil, habilitações literárias, situação profissional, grau de parentesco com o idoso dependente, coresidência com o idoso dependente, longevidade da prestação de cuidados, tempo diário de prestação de cuidados, experiência em cuidar, apoio na prestação de cuidados e formação prévia para cuidar de um idoso dependente. Os dados relativos a estas variáveis foram recolhidos através de um questionário sociodemográfico de caracterização do CI (apêndice III), elaborado pelos investigadores deste estudo.

A variável independente corresponde à variável manipulada pelo investigador para medir o seu efeito na variável dependente, sendo denominada de tratamento, intervenção ou variável experimental (Vilelas, 2020). Neste estudo, as variáveis dependentes englobam o grau de satisfação do CI quanto ao funcionamento familiar e a sobrecarga do CI, que foram

operacionalizadas através da escala APGAR familiar (anexo I) e da ESC (anexo II) respetivamente, antes e depois da intervenção participativa do EEER com os CI. A variável independente consistiu na intervenção do EEER no empoderamento do CI do idoso dependente no domicílio.

3.2.5. Hipóteses

A hipótese (H) constitui uma afirmação que, embora não verificada, relaciona de forma explícita duas ou mais variáveis, indicando ao investigador o rumo da investigação. As hipóteses combinam o problema do estudo e os objetivos que se pretendem alcançar, sob a forma de uma proposição que carece de comprovação, pela posterior colheita e análise dos dados (Vilelas, 2020).

Para o desenvolvimento deste estudo, levantaram-se as seguintes hipóteses:

- H1: A intervenção do EEER, no empoderamento do CI do idoso dependente no domicílio, melhora a sua satisfação do funcionamento familiar;
- H2: A intervenção do EEER, no empoderamento do CI do idoso dependente, reduz a sobrecarga relacionada com o IPC;
- H3: A intervenção do EEER, no empoderamento do CI do idoso dependente no domicílio, reduz a sobrecarga relacionada com a RI;
- H4: A intervenção do EEER, no empoderamento do CI do idoso dependente, reduz a sobrecarga relacionada com as EC;
- H5: A intervenção do EEER, no empoderamento do CI do idoso dependente no domicílio, reduz a sobrecarga relacionada com a PA;
- H6: Existe uma correlação negativa significativa entre a satisfação com o funcionamento familiar e a sobrecarga dos CI de idosos dependentes no domicílio.

3.2.6. Instrumentos de Recolha de dados

O instrumento de recolha de dados resume em si, a totalidade do trabalho prévio da investigação, sintetiza as aproximações do marco teórico ao fenómeno que se pretende estudar, e assim os conceitos ou variáveis usados. Este constitui o recurso pelo qual o investigador extrai informação, permitindo-lhe conhecer os fenómenos em estudo (Vilelas, 2020).

Atendendo ao tipo de estudo e objetivos delineados, os instrumentos de recolha de dados utilizados foram: o questionário sociodemográfico de caracterização do CI, a escala APGAR Familiar, a ESC e a entrevista.

A Escala APGAR Familiar elaborada por Smilkstein em 1978, versão portuguesa por Agostinho e Rebelo (1988), quantifica a perceção da pessoa quanto ao funcionamento da sua família, sendo composta por cinco questões relativas aos seguintes componentes fundamentais do funcionamento familiar: adaptação intrafamiliar – partilha de recursos e satisfação quanto ao apoio recebido pela família; convivência e comunicação – satisfação relativa à reciprocidade dos processos comunicacionais na resolução de problemas e na partilha de decisões; crescimento e desenvolvimento – satisfação relativa à flexibilidade familiar no que se refere a mudança de papéis e concretização do crescimento e desenvolvimento; afeto – satisfação quanto à expressão de emoções positivas entre os membros da família; dedicação à família – satisfação relativa à partilha de tempo, espaço e recursos, no contexto familiar. A resposta a cada questão é realizada qualitativamente/quantitativamente, da seguinte forma: quase sempre=2, algumas vezes=1, quase nunca=0, obtendo-se um total que varia entre 0 e 10. O score final é obtido pela soma das pontuações atribuídas a cada questão, sendo que uma maior pontuação corresponde a uma maior satisfação relativa ao funcionamento familiar, de acordo com a seguinte classificação: 0-3: família com disfunção severa; 4-6: família com disfunção moderada; 7-10: família altamente funcional.

Smilkstein (1978), considera o cuidar no domicílio de uma pessoa com doença crónica ou incapacidade, como uma situação de relevo para avaliação da funcionalidade familiar. Na sua aplicação, foi considerada como família, as pessoas com quem o cuidador habitualmente vive e, no caso, de viverem apenas com a pessoa cuidada, as pessoas com quem mantém laços afetivos mais intensos, tal como recomendado por Agostinho e Rebelo (1988).

No presente estudo, a escala APGAR Familiar apresentou uma boa consistência interna no primeiro momento de recolha de dados (α=0.816) assim como, no segundo momento (α =0.870), de acordo com os resultados da análise efetuada (tabela 1). De acordo com Pestana e Gageiro (2014), o valor do alfa de Cronbach varia entre 0 e 1, sendo que valores superiores a 0,9 indicam uma consistência interna muito boa, valores entre 0,8 e 0,9 uma boa consistência, entre 0,7 e 0,8 uma consistência razoável, entre 0,6 e 0,7 uma consistência fraca, e inferior a 0,6 uma consistência inadmissível. Noutros estudos, a escala APGAR Familiar apresentou também uma boa consistência interna, com valores de α=0.889 e α=0.844 (Castelhano, 2012; Gonçalves, 2018). Foi também possível constatar que a eliminação de algum dos itens não traria benefício ao valor global de consistência interna da escala, pelo que nenhum item foi eliminado.

Tabela 1 – Consistência interna da escala APGAR Familiar

Pré intervenção		Pós intervenção	
Dimensões	**α se o item for excluído**	**Dimensões**	**α se o item for excluído**
Adaptação intrafamiliar	0.808	Adaptação intrafamiliar	0.868
Convivência e comunicação	0.794	Convivência e comunicação	0.821
Crescimento e desenvolvimento	0.781	Crescimento e desenvolvimento	0.821
Afeto	0.741	Afeto	0.868
Dedicação à família	0.777	Dedicação à família	0.833
Escala Global: α=0.816		**Escala Global: α=0.870**	

O pedido de utilização desta escala foi solicitado ao Professor Doutor Luís Rebelo, tendo sido obtida a sua autorização (anexo III).

A ESC, versão portuguesa da *Burden Interview Scale* de Zarit, foi traduzida e validada para a população portuguesa por Sequeira (2007). Trata-se de um instrumento composto por 22 questões, que permite avaliar a sobrecarga objetiva e subjetiva do CI e que inclui informações sobre saúde, vida social, vida pessoal, situação financeira, situação emocional e tipo de relacionamento. A pontuação de cada item é realizada qualitativamente/quantitativamente, numa escala de Likert, da seguinte forma: nunca=1, quase nunca=2, às vezes=3, muitas vezes=4, quase sempre=5, obtendo-se uma pontuação global que oscila entre 22 e 110. Uma maior pontuação corresponde a uma maior perceção de sobrecarga, de acordo com os pontos de corte seguintes: <46 = sem sobrecarga; 46-56 = sobrecarga ligeira; >56 = sobrecarga intensa. Os itens distribuem-se por quatro fatores: IPC que aglomera onze itens (1, 2, 3, 6, 9, 10, 11, 12, 13, 17 e 22), associados à sobrecarga relacionada com a prestação de cuidados diretos; RI que aglomera cinco itens (4, 5, 16, 18 e 19) referentes à sobrecarga relacionada com a relação entre o cuidador e a pessoa dependente alvo de cuidados; EC que engloba quatro itens (7, 8, 14 e 15) relacionados com as expetativas que o cuidador apresenta quanto à prestação de cuidados; e PA que engloba dois itens (20 e 21) acerca da opinião do cuidador quanto ao seu desempenho (Sequeira, 2018).

No estudo de Sequeira (2007), a ESC apresentou uma consistência interna muito boa, avaliada pelo alfa de Cronbach (α=0.93). No presente estudo, apresentou igualmente uma consistência muito boa no primeiro momento (α=0.935) e no segundo momento (α =0.942) de recolha de dados. Analisadas individualmente, as dimensões apresentam valores de consistência interna aceitáveis, de acordo com os resultados da análise efetuada (tabela 2). Foi também possível constatar que a eliminação de algum dos itens não traria benefício ao valor global de consistência interna da escala, pelo que nenhum item foi eliminado (apêndice IV).

Tabela 2 – Consistência interna da ESC

Pré intervenção			Pós intervenção		
Dimensões	**A**	**Nº itens**	**Dimensões**	**α**	**Nº itens**
IPC	0.892	11	IPC	0.919	11
RI	0.828	5	RI	0.836	5
EC	0.774	4	EC	0.780	4
PA	0.917	2	PA	0.727	2
Escala Global	**0.935**	**22**	**Escala Global**	**0.942**	**22**

O pedido de utilização desta escala foi solicitado ao seu autor, Professor Doutor Carlos Sequeira, tendo sido obtida a sua autorização (anexo IV).

Não foi realizado pré-teste das escalas utilizadas (APGAR familiar e ESC), uma vez que as mesmas se encontram validadas e adaptadas à população portuguesa.

A entrevista, por seu lado, permite ao investigador a recolha de informações que, pela sua natureza, seriam praticamente impossíveis de observar externamente, uma vez que são os próprios atores sociais a proporcionarem os dados referentes às suas opiniões, condutas, atitudes, desejos e expetativas (Vilelas, 2020). A entrevista permite assim, uma melhor compreensão dos entrevistados, uma vez que aglomera a informação e conhecimento dos envolvidos, através da descrição das suas experiências (Gonçalves et al., 2021). Uma vez que se pretendia promover o empoderamento do CI do idoso dependente no domicílio, tornou-se imprescindível recorrer à entrevista, de forma a determinar as suas reais necessidades, envolvendo-os ativamente no planeamento de intervenções específicas e individualizadas.

Para tal, recorreu-se à entrevista semiestruturada, pois permite delimitar o volume das informações obtidas, centrando-se no tema, de forma que os objetivos sejam atingidos. Por outro lado, apesar do guião elaborado pelo investigador, possibilita ao entrevistado alguma liberdade de desenvolvimento das suas respostas, explorando de forma flexível e profunda, os aspetos por si considerados como mais significativos (Vilelas, 2020).

Depois de selecionado o tipo de entrevista a utilizar, foi elaborado um guião das entrevistas (apêndice V). Visando testar o guião das entrevistas e desenvolver a técnica da entrevista, foram realizadas duas entrevistas de pré-teste a CI de pessoas dependentes com idade compreendida entre os 60 e os 64 anos, no domicílio. A versão inicial do guião foi mantida, uma vez que não se verificaram dificuldades na interpretação das questões. Para garantir o registo fidedigno das respostas às entrevistas, recorreu-se à gravação áudio, mediante prévio consentimento informado, livre e esclarecido.

Este estudo recorreu à consistência, credibilidade, confirmabilidade e transferibilidade, de forma a sustentar o rigor científico da investigação qualitativa (Gonçalves et al., 2021). Visando garantir a credibilidade, os dados foram apresentados de forma clara e precisa, respeitando as perspetivas dos participantes, tendo sido os dados obtidos nas entrevistas, validados pelos mesmos. Por outro lado, as entrevistas foram realizadas por uma estudante de mestrado, orientada por um doutor em enfermagem. Este último, revisou todo o processo e os resultados da pesquisa de forma a verificar a objetividade, certificando assim a confirmabilidade. A consistência foi assegurada através da descrição dos procedimentos metodológicos. Foram também explanadas informações minuciosas acerca do contexto do estudo, de forma que o leitor possa determinar a possibilidade de transferibilidade dos resultados para outro contexto.

3.2.7. Procedimentos de Recolha de Dados e de Implementação da Intervenção de Empoderamento do Cuidador Informal

Após uma exaustiva revisão bibliográfica, construção, submissão e aprovação do protocolo de investigação pela coordenadora da UCC (anexo V), do Conselho Clínico e de Saúde do ACES (anexo VI) e da Comissão de ética da Administração Regional de Saúde (ARS) Norte (anexo VII), procedeu-se à recolha de dados junto dos CI de idosos dependentes no domicílio e respetiva implementação da intervenção de empoderamento dos CI, que cumpriram os critérios de inclusão definidos, no período de 3 de abril a 30 de junho de 2023. À medida que novos utentes e os seus CI eram admitidos na UCC, e caso cumprissem esses critérios, durante o período de colheita de dados, estes eram incluídos nos participantes deste estudo.

Numa primeira fase, após consentimento livre, informado e esclarecido (apêndice VI), realizou-se a recolha de dados através da aplicação do questionário sociodemográfico, escala de APGAR Familiar, ESC e entrevista inicial, no contexto domiciliário de cada participante.

Após identificação das necessidades evidenciadas por cada CI, resultante da análise dos dados obtidos nesta fase pré intervenção, foram levantados os diagnósticos e respetivas intervenções, dando origem a um plano de cuidados de ER individualizado (apêndice VII), que foi discutido e validado por cada um dos CI.

Nas duas primeiras sessões, recorreu-se ao jogo “Dar Voz aos Cuidadores”. Este jogo foi desenvolvido por duas investigadoras do Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços e consiste num jogo de tabuleiro. O jogo centra-se no CI, e embora todos os elementos da família considerados necessários possam participar, apenas é usado um

marcador pelo cuidador. Este permite intervir nas forças da família através da promoção de uma comunicação aberta. O jogo inclui tarefas que finalizam o jogo e cuja família é convidada a realizar, num período temporal determinado pelo investigador (Fernandes et al., 2018). O jogo foi mediado pelo investigador principal, tendo sido convidados os familiares com quem o CI convive habitualmente, a participarem.

As restantes seis sessões foram distintas para cada CI, mediante as necessidades individuais evidenciadas na entrevista inicial.

No decorrer de cada sessão foi promovida a reflexão do CI, realizando-se um balanço no final de todas as sessões, sendo que as suas interpretações e análises foram essenciais na validação e reajuste das intervenções seguintes.

Duas semanas após a última sessão, foi realizada a recolha de dados final, através da aplicação da escala APGAR Familiar, da ESC e realização da entrevista final.

Durante a fase de operacionalização da intervenção de empoderamento do CI, foi indispensável a coordenação com os recursos humanos da ECCI, dado que os programas foram incluídos na ação da equipa multidisciplinar de forma complementar e sem entrar em conflito com as necessidades de cuidados das pessoas ou de outros cuidadores que não cumpriam os critérios de inclusão deste estudo.

A colheita de dados e implementação da intervenção de empoderamento do CI exigiu um grande número de sessões, a par das diferentes fases de implementação em que se encontrava com cada CI, tendo sido essencial a colaboração dos EEER da ECCI, que auxiliaram na coordenação das mesmas.

3.2.8. Tratamento de Dados

Os dados recolhidos através do questionário de caracterização sociodemográfica, escala de APGAR Familiar e ESC, foram tratados estatisticamente com recurso ao *Statiscal Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 29.0 para Windows. O nível de significância estatístico adotado foi de 5% (p=0.05), não existindo valores omissos.

Para o tratamento de dados quantitativos recorreu-se a técnicas estatísticas descritivas, com distribuições de frequências, medidas de tendência central, de dispersão e de posição, conforme as variáveis quanto à escala de medida.

Para testar as hipóteses levantadas quanto à efetividade da intervenção do EEER, utilizaram-se técnicas estatísticas inferenciais, tendo em consideração pressupostos de normalidade de distribuição. A normalidade de distribuição foi avaliada através do teste de

Shapiro-Wilk (W), uma vez que é o teste mais indicado para amostras inferiores a 30 elementos (Marôco, 2018). Assim, após confirmação da normalidade de distribuição, utilizou-se o teste paramétrico *t Student* (t) para amostras emparelhadas. Este foi igualmente utilizado no caso de variáveis que, embora não cumprissem o pressuposto da normalidade, apresentaram valores absolutos de assimetria (sk) inferiores a 3 e valores absolutos de achatamento (ku) inferiores a 7, uma vez que Kline (1998), citado por Marôco, (2018), reporta que os modelos paramétricos se mantêm robustos para estes valores de assimetria e achatamento.

Para avaliar a relação entre a satisfação familiar e a sobrecarga do CI, realizou-se uma análise de correlação bivariada com a aplicação do coeficiente de correlação de *Pearson*. Relativamente à interpretação do coeficiente de *Pearson* seguiu-se a sugestão de Marôco (2018) que considera existir correlação fraca quando $|r| < 0.25$, correlação moderada se $0.25 \leq |r| < 0.5$, correlação forte se $0.5 \leq |r| < 0.75$ e correlação muito forte se $|r| \geq 0.75$.

Para a análise dos dados qualitativos, recorreu-se à análise fenomenológica de Giorgi. Esta metodologia permite compreender a experiência subjetiva das pessoas pela exploração dos significados subjacentes aos seus relatos (Giorgi & Sousa, 2010). Após a transcrição das entrevistas, seguiram-se as seguintes etapas: estabelecimento do sentido geral, pela leitura das entrevistas na sua totalidade; divisão das unidades de significado; transformação das unidades de significado, identificando temas e subtemas que emergiram dos dados, interpretando-os em relação ao contexto mais amplo do estudo.

Tratando-se de um estudo de métodos mistos, procedeu-se também à convergência dos dados qualitativos e dos dados quantitativos, de forma a obter uma análise mais completa e profunda do fenómeno em estudo, integrando as informações na análise e discussão dos resultados.

3.2.9. Procedimentos Éticos

Todo o percurso científico garantiu o respeito pelos princípios éticos para a investigação clínica enunciados na Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial (Resolução da Assembleia da República nº1/2001, 2001).

Ao longo de toda a investigação e intervenção de empoderamento do CI, neste processo de investigação-ação, assegurou-se uma prática profissional e ética em consonância com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional, garantindo os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (Regulamento nº140/2019, 2019).

Tendo sido desenvolvido no âmbito do ENP, este trabalho de investigação foi previamente submetido à Comissão de ética da ARS Norte, cujo parecer foi positivo (anexo VII).

Foi solicitada autorização para a utilização da escala APGAR familiar (anexo III) e da ESC (anexo IV), tendo sido aprovada pelos seus respetivos autores.

Os participantes foram previamente informados e esclarecidos (apêndice VI) acerca dos objetivos do estudo, tempo estimado e características da sua participação, a voluntariedade da sua participação e liberdade de interrupção da mesma a qualquer momento, sem nenhum prejuízo, os riscos e benefícios da sua participação, o anonimato e a confidencialidade do estudo, o uso exclusivo dos dados e o contacto do investigador no caso de querer fazer qualquer questão ou comentário. Assim, o seu consentimento foi obtido de forma informada, livre e esclarecida.

De forma a garantir que todas as respostas individuais não pudessem identificar o participante, não foi registado qualquer dado de identificação, tendo-se codificado todos os documentos preenchidos pelos inquiridos, assim como as entrevistas realizadas. Após transcrição para suporte digital, foram destruídos todos os documentos em papel. Toda a informação foi guardada em computador próprio, numa pasta codificada e será devidamente eliminada após defesa pública deste trabalho.

A redação deste relatório seguiu as normas para a elaboração e apresentação de trabalhos científicos da ESS do IPVC, que incorpora as orientações definidas pelo *Publication Manual of the American Psychological Association: the oficial guide to APA style, 7th edition*, para a elaboração das referências bibliográficas (Graça et al., 2021). O recurso a este documento permitiu salvaguardar os direitos autorais, tendo-se procedido a citações e referenciações de todos os autores utilizados.

3.3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

A apresentação dos resultados visa dar resposta aos objetivos do estudo. Inicia-se assim, pela exposição dos resultados quantitativos, onde se apresenta a caracterização sociodemográfica dos CI, os dados descritivos da satisfação quanto à funcionalidade familiar e sobrecarga dos CI antes e após a intervenção do EEER, assim como a apresentação dos testes estatísticos de validação das hipóteses. Relativamente aos dados qualitativos, apresentam-se os temas e subtemas relativos às necessidades identificadas pelos CI e ao significado atribuído à intervenção do EEER, resultantes da análise fenomenológica realizada.

3.3.1. Caracterização Sociodemográfica dos Cuidadores Informais

Tendo em conta os dados recolhidos, procedeu-se à caracterização sociodemográfica dos participantes deste estudo, tal como consta na tabela 3. Os oito CI de idosos dependentes no domicílio (n=8), tinham idades compreendidas entre os 48 e os 73 anos, com idade média de 61.13 ± 10.789 anos e mediana de 63 anos. Após recodificação em grupos etários, verifica-se que metade (50%, n=4) são adultos (40 a 64 anos) e a outra metade (50%, n=4) são idosos (mais de 65 anos). Quanto ao género, predomina o género feminino 87.5% (n=7). Relativamente ao estado civil, todos os CI estão casados ou em união de facto. No que se refere às habilitações académicos, 62.5% (n=5) possui o segundo ciclo do ensino básico (6º ano), distribuindo-se os restantes de forma equitativa pelo primeiro ciclo de ensino básico (12.5%, n=1), terceiro ciclo de ensino básico (12.5%, n=1) e ensino superior (12.5%, n=1). Quanto à situação profissional, metade dos participantes (50%, n=4) estavam desempregados e a outra metade (50%, n=4) eram reformados ou com pré-reforma. Relativamente ao grau de parentesco com o idoso dependente, 50% (n=4) dos CI eram cônjuges ou companheiros(as), seguidos dos filhos(as) (37.5%, n=3) e do genro/nora (12.5%, n=1), sendo que a totalidade dos participantes co residia com a pessoa cuidada.

Tabela 3 – Distribuição dos CI quanto às características sociodemográficas (n=8)

Variáveis	ni	fi (%)
Grupo Etário (anos)		
[40-65[	4	50.0
≥ 65 anos	4	50.0
M=61.13 Md=63 dp=10.789 mín= 48 máx=73		
Género		
Feminino	7	87.5
Masculino	1	12.5
Estado Civil		
Casado(a) ou em união de facto	8	100.0
Habilitações Literárias		
1º Ciclo de Ensino Básico (4º ano)	1	12.5
2º Ciclo do Ensino Básico (6º ano)	5	62.5
3º Ciclo de Ensino Básico (9º ano)	1	12.5
Ensino Superior	1	12.5
Situação Profissional		
Desempregado(a)	4	50.0
Reformado(a) ou com pré-reforma	4	50.0
Grau de Parentesco		
Cônjuge ou Companheiro(a)	4	50.0
Filho(a)	3	37.5
Genro/nora	1	12.5
Coresidência com o Idoso cuidado		
Sim	8	100.0

Relativamente à prestação de cuidados ao idoso dependente, pela análise dos dados apresentados na tabela 4, constata-se que 50% (n=4) dos CI referem uma longevidade de cuidados prestados entre um e cinco anos, 25% (n=2) entre seis e dez anos, 12.5% (n=1) há mais de 10 anos e 12.5% (n=1) há menos de 1 ano. Os CI passam entre sete e dez horas diárias a cuidar, sendo que 37.5% (n=3) dos inquiridos cuidam dez horas, 25% (n=2) cuidam sete horas, 25% (n=2) cuidam oito horas e os restantes 12.5% (n=1) cuidam nove horas. Relativamente ao apoio na prestação de cuidados, 62.5% (n=5) afirmaram ter apoio, sendo que destes, três participantes (60%) referiram ter apoio familiar e dois cuidadores (40%), além do apoio familiar têm também o auxílio do serviço de apoio domiciliário (SAD). No que se refere à experiência em cuidar, 75% (n=6) refere nunca ter cuidado anteriormente de uma pessoa dependente, sendo que 62.5% (n=5) dos CI afirma não ter recebido formação/informação sobre os cuidados a prestar ao idoso dependente. Os 37.5% (n=3) dos CI que receberam formação/informação, referem que a mesma foi proporcionada em contexto de pré alta hospitalar da pessoa cuidada.

Tabela 4 – Distribuição dos CI quanto à experiência e apoio no cuidar (n=8)

Variáveis	ni	fi (%)
Longevidade de Prestação de Cuidados (anos)		
<1	1	12.5
[1-5]	4	50.0
[6-10]	3	25.0
>10	1	12.5
Tempo diário de prestação de cuidados (horas)		
7	2	25.0
8	2	25.0
9	1	12.5
10	3	37.5
Apoio na Prestação de Cuidados		
Não	3	37.5
Sim	5	62.5
Tipo de Apoio na Prestação de Cuidados		
Apoio familiar	3	60.0
Apoio familiar e SAD	2	40.0
Experiência Prévia em Cuidar de Pessoas Dependentes		
Não	6	75.0
Sim	2	25.0
Formação/informação sobre Prestação de Cuidados		
Não	5	62.5
Sim	3	37.5
Contexto da Formação/informação sobre Prestação de Cuidados		
Pré alta hospitalar	3	100.0

3.3.2. Satisfação dos Cuidadores Informais quanto ao Funcionamento Familiar

A satisfação dos CI de idosos dependentes no domicílio, quanto ao seu funcionamento familiar, foi avaliada através da escala APGAR Familiar. Visando analisar os ganhos resultantes da intervenção do EEER, esta foi aplicada antes e após a intervenção.

Como se observa na tabela 5, ocorreram evoluções positivas quanto à distribuição dos CI nos scores de cada componente fundamental da escala APGAR familiar. Na avaliação inicial, relativamente ao componente “adaptação intrafamiliar”, verifica-se que 37.5% (n=3) dos participantes consideraram quase nunca estarem satisfeitos com a ajuda que recebem da sua família, sempre que alguma coisa os preocupa; no componente “convivência e comunicação”, 50% (n=4) dos inquiridos referiram quase nunca estarem satisfeitos com a forma como a sua família discute assuntos de interesse comum e compartilha com ele a solução do problema; no componente “crescimento e desenvolvimento”, 37.5% (n=3) dos CI consideraram que a sua família quase nunca concorda com o seu desejo de encetar novas atividades ou de modificar o seu estilo de vida; no componente “afeto”, 25% (n=2) consideraram quase nunca estarem satisfeitos com o modo como a sua família manifesta a sua afeição e reage aos seus sentimentos; e no componente “dedicação à família”, 50% (n=4) dos inquiridos referiram quase nunca estarem satisfeitos com o tempo que passam com a sua família. Na avaliação pós intervenção, em cada um destes cinco componentes, nenhum CI avaliou a sua satisfação no score quase nunca.

Relativamente ao score quase sempre, na avaliação inicial, 12.5% (n=1) dos inquiridos revelaram este score em todos os componentes da escala APGAR familiar, e na avaliação final (pós intervenção), 62.5% (n=5) consideraram estar quase sempre satisfeitos quanto aos componentes “adaptação intrafamiliar”, “convivência e comunicação”, “crescimento e desenvolvimento” e “afeto”, sendo que 37.5% revelam este score relativamente ao componente “dedicação à família”.

Tabela 5 – Distribuição dos CI quanto à satisfação nos componentes fundamentais da escala APGAR familiar (n=8), antes e após intervenção do EEER

APGAR familiar		Pré intervenção		Pós intervenção	
		ni	fi (%)	ni	fi (%)
Adaptação Intrafamiliar	Quase nunca	3	37.5	0	0.0
	Algumas vezes	4	50.0	3	37.5
	Quase sempre	1	12.5	5	62.5
Convivência e Comunicação	Quase nunca	4	50.0	0	0.0
	Algumas vezes	2	25.0	3	37.5
	Quase sempre	2	25.0	5	62.5
Crescimento e Desenvolvimento	Quase nunca	3	37.5	0	0.0
	Algumas vezes	4	50.0	3	37.5
	Quase sempre	1	12.5	5	62.5
Afeto	Quase nunca	2	25.0	0	0.0
	Algumas vezes	5	62.5	3	37.5
	Quase sempre	1	12.5	5	62.5
Dedicação à família	Quase nunca	4	50.0	0	0.0
	Algumas vezes	3	37.5	5	62.5
	Quase sempre	1	12.5	3	37.5

De acordo com os pontos de corte estabelecidos por Agostinho e Rebelo (1988), previamente à intervenção do EEER, a funcionalidade familiar predominante correspondeu à disfunção severa, com 50% (n=4) dos cuidadores inquiridos, sendo que relativamente à restante metade dos inquiridos, 25% (n=2) revelaram uma disfunção moderada e 25% (n=2) uma alta funcionalidade, tal como se pode verificar na tabela 6.

Após a intervenção do EEER, a funcionalidade familiar que prevalece corresponde à família com alta funcionalidade (62.5%, n=5), coincidindo os restantes casos com uma disfunção moderada (37.5%, n=3), não se identificando famílias com disfunção severa.

Tabela 6 – Distribuição dos CI conforme a classificação da Funcionalidade Familiar (n=8), antes e após a intervenção do EEER

Antes da intervenção do EEER			Após intervenção do EEER		
APGAR familiar	**ni**	**fi (%)**	**APGAR familiar**	**ni**	**fi (%)**
Família com Disfunção Severa (0-3)	4	50.0	Família com Disfunção Severa (0-3)	0	0.0
Família com Disfunção Moderada (4-6)	2	25.0	Família com Disfunção Moderada (4-6)	3	37.5
Família Altamente Funcional (7-10)	2	25.0	Família Altamente Funcional (7-10)	5	62.5
Total	8	100.0	Total	8	100.0

Para testar a H1 – A intervenção do EEER, no empoderamento do CI do idoso dependente no domicílio, melhora a sua satisfação do funcionamento familiar, recorreu-se ao teste paramétrico *t Student* para a comparação de duas amostras emparelhadas, em que se considerou existir diferença estatisticamente significativa entre as duas avaliações quando o valor p do teste foi igual ou menor que 0.05.

A seleção deste teste estatístico resultou da aplicação prévia do teste de normalidade de *Shapiro-Wilk*, uma vez que este revelou uma distribuição paramétrica (APGAR familiar – pré intervenção: W= 0.965, p= 0.860; APGAR familiar – pós intervenção: W= 0.844, p= 0.820). Uma vez que nestas variáveis emparelhadas se verificou que o valor de p era maior que 0.05, confirmou-se a hipótese nula que afirma que os dados apresentam uma distribuição normal e rejeitou-se a hipótese 1 segundo a qual, os dados não apresentam distribuição normal (p menor que 0.05).

Assim, recorrendo ao teste paramétrico *t Student* compararam-se os resultados da escala APGAR familiar entre a avaliação pré e pós intervenção do EEER e as suas respetivas médias. Como é possível verificar na tabela 7, o valor médio ± desvio padrão da escala APGAR familiar apresenta uma diferença estatisticamente significativa (t (7) = -10.362; p<0.001), com uma média prévia de 3.75 ± 2.81 e de 7.88 ± 2.10 posteriormente à intervenção do EEER, o que comprova o efeito positivo da intervenção de empoderamento pelo EEER na satisfação do CI do idoso dependente no domicílio quanto à sua satisfação familiar, validando assim a H1.

Tabela 7 – Resultados do teste *t Student* para amostras emparelhadas para as diferenças entre os dois momentos de avaliação do APGAR familiar (n=8)

	Pré Intervenção		Pós intervenção		Pré & Pós intervenção		Pré intervenção – Pós intervenção		
	M	**dp**	**M**	**dp**	**R**	**p**	**t**	**df**	**p**
APGAR familiar total	3.75	2.81	7.88	2.10	0.936	<0.001	-10.362	7	<0.001

3.3.3. Sobrecarga dos Cuidadores Informais

A sobrecarga dos CI de idosos dependentes no domicílio foi avaliada através da ESC. Para analisar os ganhos resultantes da intervenção do EEER, esta foi aplicada antes e após a intervenção.

Como se observa na tabela 8, a estatística descritiva da sobrecarga do CI evidencia o impacto positivo da intervenção do EEER, pela obtenção de ganhos em cada um dos fatores da escala, assim como no score total, traduzindo-se na diminuição da sobrecarga dos CI.

Mais detalhadamente, relativamente ao fator IPC, a média ± desvio padrão é de 39.50 ± 9.21 antes da intervenção do EEER e após é de 26.63 ± 7.80; no fator RI a média ± desvio padrão é inicialmente de 11.38 ± 3.07, diminuindo para 8.25 ± 2.43 após a intervenção; no fator EC a média ± desvio padrão é de 17.25 ± 1.83 no momento pré intervenção sendo posteriormente de 13.50 ± 2.00; e no fator PA a média ± desvio padrão é inicialmente de 4.13 ± 1.46 e pós intervenção é de 2.63 ± 0.92.

No *score* total da ESC, previamente à intervenção do EEER, os valores obtidos oscilam entre um valor mínimo de 53 e 89, sendo a média ± desvio padrão de 72.25 ± 12.23, com uma mediana de 70.00. Posteriormente à intervenção, o *score* final oscila entre um valor mínimo de 26 e um valor máximo de 63, apresentando uma média ± desvio padrão de 50.38 ± 10.93, com uma mediana de 50.00.

Tabela 8 – Estatística descritiva da Sobrecarga do CI (n=8) – ESC

		Pré intervenção	Pós intervenção
IPC	**mín-máx**	27-53	16-36
	M ± dp	39.50 ± 9.21	26.63 ± 7.80
	Md	38.50	28.50
RI	**mín-máx**	5-15	5-11
	M ± dp	11.38 ± 3.07	8.25 ± 2.43
	Md	11.50	8.50
EC	**mín-máx**	15-20	11-16
	M ± dp	17.25 ± 1.83	13.50 ± 2.00
	Md	17.50	14.00
PA	**mín-máx**	2-6	2-4
	M ± dp	4.13 ± 1.46	2.63 ± 0.92
	Md	4.00	2.00
ESC Total	**mín-máx**	53-89	26-63
	M ± dp	72.25 ± 12.23	50.38 ± 10.93
	Md	70.00	50.00

De acordo com os pontos de corte estabelecidos por Sequeira (2018), previamente à intervenção do EEER, a maioria dos CI revelou apresentar uma sobrecarga intensa (87.5%, n=7), sendo que os restantes evidenciavam uma sobrecarga ligeira (12.5%, n=1), tal como se pode verificar na tabela 9.

Após a intervenção do EEER no empoderamento dos CI, metade dos inquiridos não apresenta sobrecarga (50%, n=4), seguidos por 37.5% (n=3) que evidenciavam uma sobrecarga intensa e 12.5% (n=1) uma sobrecarga ligeira.

Tabela 9 – Distribuição dos CI conforme a classificação da ESC (n=8), antes e após intervenção do EEER

Antes da intervenção do EEER			Após a Intervenção do EEER		
ESC	**ni**	**fi (%)**	**ESC**	**ni**	**fi (%)**
Sem sobrecarga	0	0.0	Sem sobrecarga	4	50.0
Sobrecarga ligeira	1	12.5	Sobrecarga ligeira	1	12.5
Sobrecarga intensa	7	87.5	Sobrecarga intensa	3	37.5
Total	8	100.0	Total	8	100.0

Para determinar se as diferenças observadas na ESC, entre a sua aplicação inicial e após a intervenção do EEER, são estatisticamente significativas e testar as hipóteses 2, 3, 4 e 5: H2 – A intervenção do EEER, no empoderamento do CI do idoso dependente, reduz a sobrecarga relacionada com o IPC, H3 – A intervenção do EEER, no empoderamento do CI do idoso dependente no domicílio, reduz a sobrecarga relacionada com a RI; H4 – A intervenção do EEER, no empoderamento do CI do idoso dependente, reduz a sobrecarga relacionada com as EC; e H5 – A intervenção do EEER, no empoderamento do CI do idoso dependente no domicílio, reduz a sobrecarga relacionada com a PA, recorreu-se ao teste paramétrico *t Student* para amostras emparelhadas, considerando-se estatisticamente significativas as diferenças entre médias cujo valor de p do teste foi inferior ou igual a 0.05. Os resultados são apresentados como média ± desvio padrão.

O pressuposto da normalidade foi validado com o teste de *Shapiro-Wilk* para os dois momentos de cada fator e do score total da ESC, que revelou distribuições paramétricas para: IPC pré intervenção: W=0.945, p=0.663; IPC pós intervenção: W=0.897, p=0.272; RI pré intervenção: W=0.905, p=0.322; RI pós intervenção: W=0.900, p=0.286; EC pré intervenção: W=0.939, p=0.600; EC pós intervenção: W=0.878, p=0.179; ESC total pré intervenção: W=0.955, p=0.761; ESC total pós intervenção: W=0.882; p=0.197; PA pré intervenção: W=0.930, p=0.516.

Quanto à variável PA, embora não apresente uma distribuição normal pós intervenção (W=0.693; p=0.02), optou-se pelo teste *t Student*, uma vez que os valores de assimetria (sk=0.999) e de achatamento (ku=-1.039) não são muito elevados. De acordo com Kline (1998, citado por Marôco, 2018), os testes paramétricos são robustos à violação da

normalidade para valores absolutos de assimetria e de achatamento inferiores a 3 e a 7, respetivamente.

Como é possível verificar na tabela 10, observou-se uma melhoria estatisticamente significativa (t (7) =11.493; p<0.001) da sobrecarga total entre o momento pré intervenção e o momento pós intervenção do EEER, com uma redução média da sobrecarga total ± desvio padrão de 21.88 ± 5.38.

Relativamente aos fatores da ESC, verifica-se uma melhoria estatisticamente significativa em todos os seus fatores. Mais detalhadamente, observa-se uma melhoria estatisticamente significativa (t (7) =9.234; p<0.001) do fator IPC entre o momento prévio à intervenção do EEER no empoderamento do CI e o momento posterior, com uma diminuição média do score ± desvio padrão de 12.88 ± 3.94. O fator RI apresentou também uma melhoria estatisticamente significativa (t (7) =4.403; p=0.002) entre os dois momentos de avaliação, com uma redução média da sobrecarga ± desvio padrão de 3.00 ± 1.93. O fator EC apresentou igualmente uma melhoria estatisticamente significativa (t (7) =22.913; p<0.001) desde o momento pré intervenção ao momento pós intervenção, com uma redução média ± desvio padrão de 3.75 ± 0.47. Por fim, o fator PA, apresentou também uma redução estatisticamente significativa (t (7) =4.583; p=0.001) da sobrecarga entre o momento inicial e o momento final, com uma diminuição média ± desvio padrão de 1.50 ± 0.93.

Desta forma, comprova-se que a intervenção do EEER no empoderamento do CI do idoso dependente no domicílio, melhora a sobrecarga relacionada com o IPC, com a RI, com as EC e com a PA, validando as hipóteses H2, H3, H4 e H5.

Tabela 10 – Resultados do teste *t Student* para amostras emparelhadas para as diferenças entre os dois momentos de avaliação dos fatores IPC, RI, EC, PA e da ESC (n=8)

	Pré Intervenção		**Pós intervenção**		**Pré & Pós intervenção**		**Pré - Pós intervenção**				
	M	dp	M	dp	r	p	M	Dp	t	df	p
IPC	39.50	9.21	26.63	7.80	0.906	<0.001	12.88	3.94	9.234	7	<0.001
RI	11.38	3.07	8.25	2.43	0.780	0.011	3.00	1.93	4.403	7	0.002
EC	17.25	1.83	13.50	2.00	0.975	<0.001	3.75	0.47	22.913	7	<0.001
PA	4.13	2.63	1.46	0.92	0.789	0.01	1.50	0.93	4.583	7	0.001
ESC total	72.25	12.23	50.38	10.93	0.898	0.001	21.88	5.38	11.493	7	<0.001

3.3.4. Implicações da Funcionalidade Familiar e Sobrecarga do Cuidador

A intervenção do EEER no empoderamento do CI do idoso dependente no domicílio revelou ter um impacto positivo tanto na satisfação do CI quanto ao seu funcionamento familiar como na sobrecarga do CI. Ainda assim, considerou-se pertinente determinar a associação entre estas duas variáveis. Assim, para testar a H6 - existe uma correlação negativa significativa entre a satisfação com o funcionamento familiar e a sobrecarga dos CI de idosos dependentes no domicílio, optou-se por realizar uma análise de correlação bivariada com a aplicação do coeficiente de correlação de *Pearson*, uma vez que as variáveis apresentam normalidade de distribuição. Relativamente à interpretação do coeficiente de *Pearson*, seguiu-se a sugestão de Marôco (2018) que considera existir correlação fraca quando $|r| < 0.25$, correlação moderada para $0.25 \leq |r| < 0.5$, correlação forte para $0.5 \leq |r| < 0.75$ e correlação muito forte para $|r| \geq 0.75$.

Assim, analisando os resultados obtidos na tabela 11, verifica-se que há uma correlação muito forte, negativa e estatisticamente significativa (pré-intervenção: r=-0.968, sig<0.001; pós-intervenção: r=-0.919, sig=0.001) entre os valores da perceção de funcionalidade familiar e os valores da sobrecarga do cuidador nos dois momentos de avaliação, o que significa que quanto maior for a satisfação relativamente à funcionalidade familiar, menor será a sobrecarga do cuidador, confirmando-se a hipótese formulada.

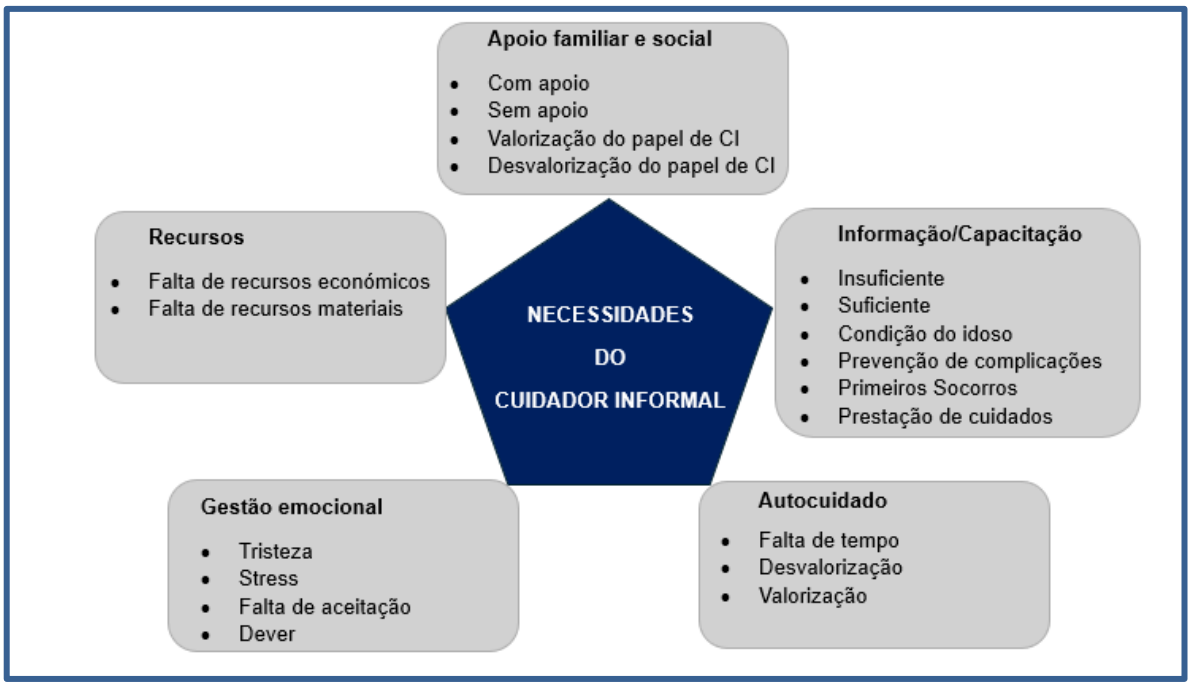
Tabela 11 – Resultados do teste de correlação de *Pearson* entre a perceção de funcionalidade familiar e a sobrecarga do cuidador no momento pré intervenção do EEER e no momento pós intervenção (n=8)

	APGAR familiar (pré intervenção)		APGAR familiar (pós intervenção)	
	Coeficiente de correlação	Sig. (2 extremidades)	Coeficiente de correlação	Sig. (2 extremidades)
ESC (pré intervenção)	-0.968	<0.001		
ESC (pós intervenção)			-0.919	0.001

3.3.5. Necessidades do Cuidador Informal

Da análise dos dados obtidos nas entrevistas realizadas previamente à intervenção do EEER, surgiram cinco temas que refletem as necessidades vivenciadas pelos CI de idosos dependentes no domicílio:1) Apoio familiar e social, 2) Informação e capacitação, 3) Autocuidado, 4) Gestão emocional e 5) Recursos, descritos na figura 1.

Figura 1 – Estrutura empírica da análise das necessidades do CI



3.3.5.1. Apoio familiar e social

O apoio familiar e social surge como uma das necessidades experienciadas pelos CI, destacando-se nos seus discursos os seguintes subtemas: sem apoio, com apoio, desvalorização e valorização.

Os relatos dos CI sem apoio familiar na prestação de cuidados ao idoso dependente e/ou nas AIVD do cuidador, evidenciam a necessidade desse auxílio: "*(…) se alguém me ajudasse seria mais fácil, mas o meu marido trabalha e chega tarde a casa, já vem cansado e depois ao fim de semana precisa de descansar*" (P3), "*se a minha família fizesse alguma coisa…não digo tratar dela...mas nem que fosse cozinhar ou passar a roupa a ferro, de vez em quando, já era bom*" (P7), "*sinto que mais ninguém quer saber, somos cinco irmãos, mas os outros raramente cá vêm, não me ajudam em nada, não posso contar com a ajuda deles*" (P8).

Por outro lado, os relatos dos participantes que afirmaram ter apoio familiar na prestação de cuidados ao idoso dependente, evidenciam a importância do mesmo no desempenho e manutenção do seu papel: "*(…) é a minha filha que me ajuda a dar o banho, a comida, e quando não está a trabalhar faz tudo como eu, se não fosse ela… não sei como iria ser, sozinha não conseguia*" *(P1),* "*a minha filha, como está a morar comigo, no fim do dia e ao fim de semana, também trata dele e ajuda-me com as coisas em casa (…) claro que gostava de ter mais ajuda, mas só tenho de agradecer porque ela já me ajuda muito*" (P2),

"*a minha companheira é que me ajuda, ela sabe fazer as coisas melhor que eu e apoia-me muito quando está em casa, sozinho acho que já teria desistido*" (P4), "*o meu marido ajuda-me a tirá-lo da cama antes de ir trabalhar, sozinha é mais difícil….ao fim de semana conseguimos dar-lhe banho no chuveiro porque somos os dois*" (P5), "*estando em casa, a minha filha ajuda a levantá-la e cozinha, alivia-me um pouco*" (P6).

Nos seus discursos, constata-se que alguns CI percecionam a existência de desvalorização do seu papel, emergindo assim a necessidade de apoio familiar e social quanto ao reconhecimento e valorização do mesmo: "*(…) as pessoas não percebem a minha situação, perguntam-me porque não o ponho no lar*" (P1), "*já não tenho amigos, gostava que eles viessem cá conversar comigo e que me telefonassem…no início ligava-lhes, mas sentia que eles não percebiam a minha situação, porque é que não ia lanchar e passear com eles*" (P7), "*os meus irmãos não compreendem, acham que por morar com ela e não trabalhar, tenho essa obrigação*" (P8).

Por outro lado, certos cuidadores evidenciaram a existência de valorização e reconhecimento do seu papel, destacando a importância deste apoio familiar e social: "*(…) os meus filhos valorizam muito o que faço, estão no estrangeiro, mas ligam-me quase todos os dias, sabem que preciso de falar, são muito carinhosos comigo*" *(*P3), "*a minha filha mais velha liga-me muitas vezes, sempre preocupada comigo, pergunta-me como estou…sabe que cuidar não é fácil e falar com ela ajuda-me muito*" (P5), "*falo muito com a minha sobrinha, ela compreende-me, também já cuidou dos pais*" (P6), "*a minha vizinha passou pelo mesmo, ela sabe que isto não é fácil, mas diz que um filho não pode abandonar um pai e é verdade, por isso sinto-me feliz por saber que não abandonei a minha mãe*" (P8).

3.3.5.2. Informação/ Capacitação

Relativamente ao tema informação/capacitação, identificam-se nos discursos dos CI, os subtemas: insuficiente, suficiente, condição do idoso, prevenção de complicações, primeiros socorros e prestação de cuidados.

Quanto à informação recebida e capacitação para a prestação de cuidados, a maioria dos participantes consideram que a mesma foi insuficiente: "*(…) nunca me deram nem nunca me perguntaram se queria ensinos, ninguém me disse que o meu marido ia precisar disto ou daquilo, só me disseram venha aqui hoje porque amanhã vai ter alta e tem de aprender a dar-lhe de comer pela seringa… fui aprendendo, graças a Deus temos internet, vamos lendo, a internet tem tudo*" (P1), "*ela era autónoma e veio do hospital assim… dependente, não estava preparado para isto, podiam-me ter dado orientações de como mudar a fralda e cuidar dela*" (P4), "*fomos ao hospital um dia e uma enfermeira explicou como dar o banho*

e falou sobre os posicionamentos, mas foi só isso" (P5), "*nunca me explicaram nada, só agora tenho o apoio das enfermeiras dos cuidados continuados*" (P8).

Apenas um participante refere ter recebido informação e capacitação suficiente no que se refere à situação da pessoa dependente e cuidados inerentes, destacando a importância que a mesma teve: "*(…) no hospital, desde o início que me foram explicando as coisas, tudo mesmo, e fui fazendo, no início com a ajuda de uma enfermeira e depois mais sozinha, por isso sei o que devo fazer, mesmo quando às vezes são situações em que tenho de agir rapidamente, nesse aspeto não tenho nada a dizer*" (P2).

Os cuidadores evidenciaram nos seus relatos, a necessidade de informação/capacitação sobre a condição do idoso: "*(…) a minha mãe já se esquecia de algumas coisas, mas agora, às vezes, parece que nem percebe o que lhe dizemos, parece que não quer fazer nada, nem sei se pode e não quer ou se é doença, está sempre a gemer e não tem nada*" (P4).

A necessidade de informação/capacitação sobre primeiros socorros surge também, nos discursos de alguns CI: "*(…) ele já tinha tido uma convulsão no hospital, a semana passada teve uma comigo, eu não estudei estas coisas, não sabia bem o que fazer*" (P1), "*tenho medo que ele se engasgue, gostava de saber o que tenho de fazer se isso acontecer*" (P5).

Os seus discursos revelam ainda, a necessidade de informação/capacitação para a prevenção de complicações, como prevenção de quedas, prevenção de úlceras por pressão e prevenção de lesões musculoesqueléticas do CI: "*(…) desde que comecei a cuidar dela que me doem os ossos*" (P3), "*estou sempre com medo que ele caia, mas que posso eu fazer para que não aconteça?*" (P5), "*tenho muitas dúvidas, vou telefonando a uma sobrinha minha que cuidou dos pais, gostava de saber o que tenho de fazer para ela não ter chagas*" (P6), "*ando sempre com dores nas costas e no pescoço*" (P8).

A necessidade de informação/capacitação destaca-se também, no que se refere à prestação de cuidados, essencialmente quanto aos cuidados de higiene, posicionamentos e transferências: "*(…) a minha companheira sabe melhor, eu ainda não sei bem trocar-lhe a fralda nem mudá-la de posição sozinho*" (P4), "*não sei como devo fazer para tirá-la da cama sozinha, mas vou conseguindo mudar a posição na cama*" (P7), "*acho que era importante darem-nos informações sobre cuidar de uma pessoa assim dependente, isto não é fácil"* (P8).

3.3.5.3. Autocuidado

Os relatos dos CI evidenciaram a necessidade de autocuidado, emergindo os seguintes subtemas: falta de tempo, desvalorização e valorização.

A maioria dos CI relatam a falta de tempo para o seu autocuidado, revelando ser um fator dificultador: "*(…) para mim não há minuto nenhum, só para comer, eu estou presa, saio quando vou ao médico, senão não saio*" (P2), "*não posso sair, sinto-me preso, isto é uma prisão, acordo cedo e deito-me tarde, não tenho tempo para mim nem para as coisas que gostava de fazer*" (P4), "*deixei tudo para cuidar deles, foi muito difícil, a minha vida mudou, deixei tudo o que gostava de fazer, estou sempre aqui metida, gostava de conseguir distrair-me um pouco, falar com alguém, mas não tenho tempo*" (P5), "*passo a vida a correr….para mim sobra pouco*" (P6), "*ando sempre com dores nas costas e no pescoço, mas agora nem ao médico vou, não tenho tempo*" (P8).

A desvalorização do seu autocuidado, privilegiando o cuidar do idoso dependente, surge também como fator dificultador: "*(…) o meu filho convidou-me para lá ir jantar a semana passada, ele fazia anos, a minha filha ficava cá, mas pus-me a olhar para ele e pensei que ele podia ficar triste e então não fui*" (P2*),* "*primeiro está a minha mãe, depois estou eu*" (P3), "*agora o tempo todo que tenho é para cuidar dela*" (P4), "*para mim sobra pouco, mas dedico-me a ela, isso é mais importante*" (P6), "*eu gostava de ir ao cabeleireiro, ia todas as semanas, mas agora tenho é de cuidar dela*" (P7), "*eu gostava de conversar, mas agora nem saio de casa, ela precisa de mim, o importante é que ela esteja bem*" (P8).

Um participante destacou a valorização do seu autocuidado, manifestando manter parte das rotinas que tinha previamente à função de cuidar, destacando a sua importância: "*(…) sempre gostei de ir tomar um cafezito de manhã, agora são 10 minutos, mas vou com umas amigas minhas, falo um bocadinho, faz-me bem, ao sábado vou à feira vender, eu era feirante, o meu neto fica aqui, falo com este, falo com aquele, é a minha terapia, isto é muito importante para mim, dá-me vida*" (P1).

3.3.5.4. Gestão emocional

A necessidade de gestão emocional é notória pelos testemunhos dos CI, destacando-se os subtemas: tristeza, stress, falta de aceitação e dever.

Esta necessidade é assim, manifestada pelo sentimento de tristeza de alguns CI: "*(…) sinto que ele está triste e também fico triste*" (P2), "*é triste, choro muitas vezes, é difícil vê-la assim*" (P4).

A vivência de stress revelada em alguns relatos dos participantes, também evidencia a necessidade de gestão emocional: "*(…) retenho muitas emoções dentro de mim, isto é difícil de lidar, acabo por nem pensar em mim*" (P3), "*sinto que tenho de ter mais paciência, mas não sei se vou conseguir, ando muito nervosa, isto é uma prisão"* (P5), ''*sinto-me muitas vezes stressada com tanto para fazer, cuidar dela, cuidar da casa*" (P7).

Por outro lado, é ainda evidente esta necessidade nos discursos dos CI, pela sua manifesta falta de aceitação quanto ao estado de saúde do idoso dependente: "*(…) fico triste por vê-lo preso àquela cama, ele era um homem muito ativo*" (P2), "*é difícil vê-la assim (…) eu sempre vi a minha mãe a andar de um lado para o outro, sempre com muita energia e agora está assim*" (P4).

O sentimento de dever de cuidar do idoso dependente, condicionando a solicitação e a aceitação de ajuda de terceiros, torna igualmente premente a necessidade de gestão emocional: "*(…) os meus filhos dizem que se for preciso vêm cá ajudar, mas eu não gosto de lhes pedir para virem, eles andam sempre numa correria*" (P2), "*tenho uma vizinha que se for preciso fica um pouco com ela, mas chateia-me estar a pedir-lhe, só se for para ir ao médico*" (P3), "*os meus cunhados se fizer falta, eles ficam cá, mas tenho de pedir, só que sinto-me depois na obrigação, a dever favores*" (P5), "*metade dos meus irmãos apoiam-me quando é preciso, mas eu não gosto de lhes pedir, só quando não tenho outra alternativa*" (P6*),* "*a única a quem peço para ficar cá, quando é mesmo preciso, é uma prima minha que cuidou dos pais*" (P7), "*não vou estar a pedir a ninguém para ficar cá, a obrigação é minha*" (P8).

3.3.5.5. Recursos

Nos seus discursos, alguns participantes manifestaram a necessidade de recursos económicos e de recursos materiais.

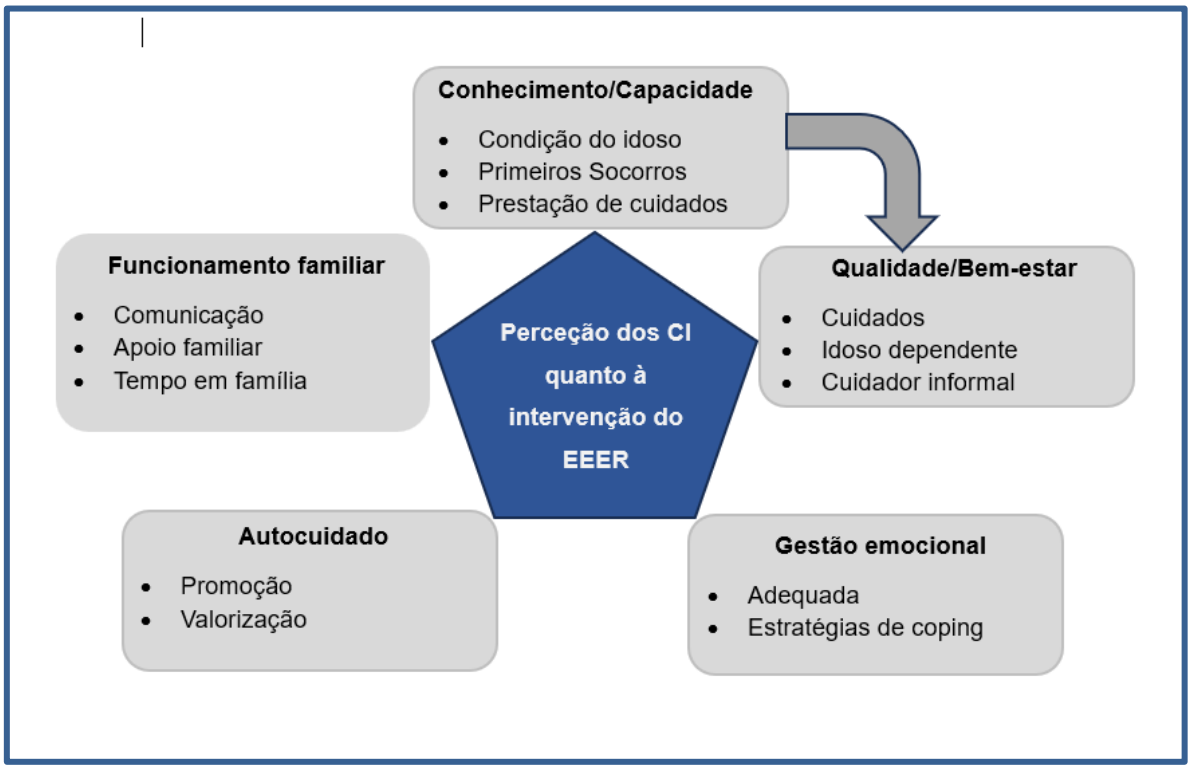
Os relatos evidenciam a falta de recursos económicos: "*(…) precisava de dinheiro no bolso* (P1), "*deixei o meu trabalho, faço umas coisitas online, não é fácil, a reforma dela não chega para tudo e a minha companheira está a estudar*" (P4), "*a reforma dele é pequena, o que me vale é o meu marido que está no estrangeiro*" (P5), "*estou sempre a fazer contas para não chegar ao fim do mês sem dinheiro nenhum*" (P8).

A falta de recursos materiais é também revelada em alguns relatos dos CI: "*(…) aumentava a casa de banho que é muito pequena, para ser fácil de lhe dar banho no chuveiro*" (P1), "*precisava de um elevador, por causa das escadas"* (P5).

3.3.6. Perceção dos Cuidadores Informais quanto à Intervenção do EEER na Satisfação das suas Necessidades

Da análise dos dados obtidos nas entrevistas realizadas após a intervenção do EEER, surgiram cinco temas que traduzem o significado atribuído pelo CI quanto à intervenção do EEER na satisfação das necessidades vivenciadas: 1) Conhecimento/Capacidade, 2) Qualidade/Bem-estar, 3) Gestão emocional, 4) Autocuidado e 5) Funcionalidade familiar, descritos na figura 2.

Figura 2 - Estrutura empírica da perceção dos CI quanto à intervenção do EEER na satisfação das suas necessidades



3.3.6.1. Conhecimento/Capacidade

Os CI atribuem à intervenção do EEER, a aquisição de conhecimento e desenvolvimento de capacidade, destacando-se os seguintes subtemas: condição do idoso, primeiros socorros e prestação de cuidados.

Alguns CI evidenciaram, nos seus relatos, a aquisição de conhecimento sobre a condição do idoso: "*(…) aprendi muito, principalmente a compreender melhor a situação do meu marido e a doença dele*" (P1), "*agora sei o que é uma demência, agora percebo melhor os comportamentos da minha mãe*" (P4). Os participantes revelaram também um maior

conhecimento quanto à prestação de primeiros socorros: "*(…) agora sei o que devo fazer se ele voltar a ter uma convulsão*" (P1), "*aprendi muito mesmo, até já sei o que fazer se ele se engasgar*" (P5).

Por outro lado, os CI atribuíram à intervenção do EEER, o desenvolvimento da sua capacidade para a prestação de cuidados: "*haja alguém como a enfermeira para nos ensinar, abrir os olhos... aprendi a fazer as coisas, a cuidar da minha mãe*" (P3), "*já consigo fazer tudo sozinho*" (P4), "*antes precisava de alguém para me ajudar a levantá-lo e agora já o consigo fazer sozinha*" (P5), "*aprendi a tirar a minha mãe da cama e muito mais*" (P7), "*eu não sabia nada e agora já sei tratar dela*" (P8).

3.3.6.2. Qualidade/Bem-estar

Os CI manifestaram percecionar, após a intervenção do EEER no seu empoderamento, melhorias em termos de qualidade e bem-estar, destacando os subtemas: cuidados, idoso dependente e CI.

Os participantes evidenciaram, nos seus relatos, ganhos na qualidade dos cuidados prestados: "*(…) eu fazia tudo mas fazia como sabia, agora faço melhor*" (P1), "*cuido melhor, sou melhor cuidadora*" (P3), "*antes de vir pouco sabia, por isso não tinha os cuidados que tem agora*" (P4), "*posso dizer que agora eu estou quase uma profissional, melhorei muito*" (P7).

A maioria dos CI relatou a melhoria do bem-estar e qualidade de vida do idoso dependente: "*(…) antes da enfermeira nos ensinar ele não tinha a mesma qualidade de vida*" (P1), "*a minha mãe já não fica com aquelas manchas vermelhas no cóccix*" (P3), "*ao ensinar-me trouxe muitos benefícios também para a minha mãe*" (P4), "*ela agora tem outro conforto*" (P7), "*foi bom para mim e para ela, agora tem outros cuidados que não tinha, sinto que melhorou o seu bem-estar*" (P8).

Nos seus discursos, grande parte dos CI manifestou a melhoria do bem estar-físico do CI como resultado da intervenção do EEER: "*(…) tenho andado melhor dos ossos, os exercícios que me ensinou têm-me ajudado muito, faço-os todos os dias*" (P1), "*aprendi a usar a força das minhas pernas para pegar nela, foi muito bom para as minhas costas*" (P3), "*eu não me queixava porque sou homem, mas a verdade é que agora não fico com aquela dor no fundo das costas depois de a tirar da cama e isso porque me ensinou a fazê-lo de forma correta e de forma a proteger as minhas costas*" (P4), "*fez toda a diferença, parece que as minhas costas estão novas*" (P7), "*tinha sempre dores nas costas e no pescoço, mas agora com os cuidados que me ensinou, já me sinto muito melhor, o pescoço*

nem me tem doído, mas faço todos os dias os exercícios de manhã e à noite e uso as técnicas que me ensinou" (P8).

Estes relatos evidenciam a importância da aquisição de conhecimento e desenvolvimento de capacidade pelo CI, promovida pela intervenção do EEER no seu empoderamento, na obtenção de ganhos para a díade cuidador/pessoa cuidada.

3.3.6.3. Gestão emocional

Os CI manifestaram uma adequada gestão emocional, após a intervenção de empoderamento pelo EEER: "*(…) trouxe-me suporte, uma segurança quando estou a tratar dele*" (P1), "*aprendi a lidar melhor com a situação do meu marido, a aceitar, e isso trouxe-me alguma tranquilidade, e já confio mais na minha filha que fica aqui com ele*" (P2), "*cuidar tornou-se mais fácil, sinto-me melhor, mais calma*" (P3), "*já não choro como chorava, aprendi a lidar com a situação*" (P4), "*parece que me saiu um peso de cima, antes estava sempre a resmungar, agora já me rio, olhe sinto-me feliz… deixei de resmungar com o meu marido, isto não é fácil para nenhum de nós, fez -me refletir sobre a forma como lidava com ele e aconteceu o mesmo com ele (…) deixei de ter medo de o levantar, já confio mais em mim"* (P5), "*eu andava sempre com o coração apertadinho com o medo de fazer alguma coisa mal, é tão bom sentir que sou capaz de cuidar dela, já nem me lembro de telefonar à minha sobrinha*" (P6), "*sinto-me muito mais calma, antes andava sempre stressada* (…) *até agora tinha vergonha, não me sentia bem em ir e deixá-la com outra pessoa, mas a minha prima gosta de vir cá, e eu que achava que a ia incomodar*" (P7).

Os relatos dos participantes revelaram a adoção de estratégias de coping, nomeadamente de técnicas de relaxamento, como medida promotora de uma adequada gestão emocional: "*(…) quando estou mais stressada, vou lá fora, sento-me numa cadeira e respiro fundo, também falo mais com a minha vizinha, tenho-a convidado para vir cá lanchar, isso tem-me feito bem*" (P3), "*aprendi a viver um dia de cada vez, a verdade é que há pessoas que estão muito pior*" (P4), "*quando vejo que estou a ficar nervosa, cheiro a flor e sopro a vela, como me ensinou*" (P5), "*faço as respirações quando vou para a cama, relaxa-me, tenho dormido melhor*" (P8).

3.3.6.4. Autocuidado

Os discursos dos CI evidenciam a importância da intervenção do EEER na promoção do seu autocuidado: "*comecei a ir lanchar com o meu filho ao fim de semana, a minha filha fica aqui com ele*" (P2), "*ajudou-me muito, tenho-me organizado melhor, já consigo ter um bocadinho todos os dias para mim e com o meu filho, estes dias jogamos os três às cartas,*

é bom" (P5*),* "*comecei a ir dar umas caminhadas ao fim do dia, quando a minha filha está em casa e ao fim de semana até vou à missa*" *(P6),* "*tenho ido ao cabeleireiro, não vou todas as semanas, mas vou de 15 em 15 dias*" (P7).

Os seus relatos revelam também que a intervenção do EEER teve impacto na valorização do seu autocuidado: "*(…) ajudou-me a perceber que também preciso de pensar em mim, tem-me feito bem sair mais de casa*" (P2), "*antes esquecia-me de mim, é verdade, agora consigo pensar nele, mas também em mim, arranjo-me de manhã e isso faz diferença, sinto-me melhor*" (P5), "*agora percebo que cuidando de mim também irei cuidar melhor porque tenho outra disposição"* (P7).

3.3.6.5. Funcionalidade familiar

Os participantes revelaram que a intervenção do EEER impactou positivamente na melhoria do seu funcionamento familiar, percecionando uma melhor comunicação, maior apoio familiar e dedicação de tempo em família.

Nos seus discursos verifica-se uma melhoria da comunicação familiar: "*(…) parece que nos compreendemos melhor, a minha filha e eu, agora consigo conversar melhor com ela, sem tentar esconder o que me vai na alma*" (P2), "*a relação com o meu marido melhorou, conversamos mais*" (P3), "*agora falamos mais*" (P5), "*agora falamos de tudo, antes não me sentia à vontade para falar de algumas coisas com o meu filho*" (P8).

Nos relatos de alguns CI constata-se também um maior apoio familiar: "(…) *ele começou a ajudar, ao fim de semana, a fazer algumas coisas*" (P3), "*ajudamo-nos mais um ao outro*" (P5), "*sabe que o meu genro começou a ajudar a levantá-la e a pô-la na cama… ao fim de semana vou à missa, ele leva-me e vai-me buscar"* (P6).

Os participantes evidenciaram ainda, uma maior dedicação de tempo em família: "(…) *também tenho passado mais tempo com o meu filho, como disse*" (P2), "*temos conseguido ter mais tempo para nós, foi importante para a nossa vida de casal*" (P4)*,* "*conseguimos arranjar tempo para estar com o nosso filho, o que mora connosco*" (P5), "*o meu filho tem vindo cá mais vezes, ao domingo passa a manhã ou a tarde connosco*" (P8).

3.4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Atendendo aos objetivos delineados e as hipóteses formuladas, realiza-se de seguida, a análise e discussão dos resultados apresentados, através de uma apreciação à luz do conhecimento científico atual. Procede-se ainda, à integração das duas formas de dados, qualitativos e quantitativos.

3.4.1. Dados Sociodemográficos

Relativamente aos dados sociodemográficos, verifica-se que metade dos cuidadores (50%) eram adultos e a outra metade eram idosos (50%), com uma média de idades de 61,13 ± 10,789 anos, sendo maioritariamente do sexo feminino (87,5%), casados ou em união de facto (100%) e com baixo nível de qualificações, indo ao encontro de estudos semelhantes (Sequeira, 2013; Carvalho et al., 2019; Dixe et al., 2019; Alves et al., 2020; Paiva, 2020; Carvalho, 2021; Movimento Cuidar dos Cuidadores Informais, 2021).

É no contexto familiar que habitualmente se incorpora o papel de cuidador, sendo que a família constitui a base de apoio no cuidar (Sequeira, 2018). Neste estudo mantém-se esta premissa sendo que, quanto ao grau de parentesco com o idoso dependente, metade dos CI eram cônjuges (50%), seguidos pelos filhos (37,5%). Todos os participantes co residiam com a pessoa cuidada, dados em consonância com os de outros estudos (Dixe et al., 2019; Matos, 2019; Alves et al., 2020).

Quanto à situação profissional, metade dos participantes (50%) estavam desempregados e a outra metade (50%) reformados ou com pré-reforma, resultados que corroboram os dados da OECD (2021), que associam o papel de CI a uma maior redução da integração no mercado de trabalho quando em idade ativa.

Relativamente à experiência na prestação de cuidados, a maioria dos cuidadores não apresentava experiência prévia no cuidar de pessoas dependentes (75%), desempenhando este papel sem terem recebido informação/formação para a prestação de cuidados (62,5%). Metade dos CI (50%) prestavam cuidados entre um e cinco anos, seguidos de 25% que referiram uma longevidade entre seis e dez anos, dedicando entre sete a dez horas ao cuidar do idoso dependente, sendo que 62,5% tinham apoio na prestação de cuidados. Estes resultados assemelham-se aos dados obtidos por Matos (2019). Relativamente aos participantes que afirmaram ter apoio na prestação de cuidados ao idoso dependente, este advinha de familiares, sendo que minorativamente acrescia o auxílio do SAD.

3.4.2. Necessidades, Satisfação quanto ao Funcionamento Familiar, Sobrecarga do Cuidador Informal

De acordo com o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (regulamento nº392/2019, 2019), o EEER elabora, implementa e monitoriza planos de reabilitação diferenciados, alicerçados nos problemas

reais e potenciais das pessoas, visando promover a saúde, prevenir lesões, reabilitar, capacitar e promover a sua autogestão.

As necessidades vivenciadas pelos CI têm um impacto negativo na saúde da díade cuidador-pessoa cuidada (Akgun-Citak et al., 2020; Alves et. al, 2020; Mazurek et. al, 2017; Price et. al, 2020). Torna-se assim fulcral conhecer as suas necessidades, como pilar para a conceção de uma intervenção alinhada com a realidade (Freire et al., 2021; Oliveira & Caldas, 2021).

Para o desenvolvimento de uma intervenção de empoderamento dos CI de idosos dependentes no domicílio foi, portanto, fundamental conhecer as suas reais necessidades. Da análise dos dados obtidos na entrevista realizada previamente à intervenção, verificou-se a vivência da necessidade de apoio familiar e social, de informação e capacitação, de autocuidado, de gestão emocional e de recursos.

Os cuidadores manifestaram a necessidade de apoio familiar na prestação de cuidados à pessoa dependente, no auxílio ao nível das AIVD do cuidador, assim como no reconhecimento e valorização do seu papel. Por outro lado, os relatos dos participantes que referem ter algum apoio familiar revelam a importância do suprimento desta necessidade na manutenção do seu papel. Esta necessidade e sua importância são corroboradas pelo estudo realizado por Oliveira e Caldas (2021), que identifica a reorganização familiar para a partilha de cuidados entre os seus elementos como condicionante facilitador da transição saudável para o papel de CI e a fragilidade do suporte familiar como condicionante dificultador. Também o estudo desenvolvido por Nunes et al. (2019) identifica o insuficiente suporte familiar como fator dificultador do processo de transição.

O apoio familiar e social no reconhecimento e valorização do papel de CI é também uma das necessidades vivenciadas pelos CI. Estes dados estão em consonância com o estudo desenvolvido por Couto et al. (2018), que conclui que a interajuda e apoio da família e amigos é essencial para a coesão familiar e o bem-estar do CI.

A necessidade de apoio familiar relatada pelos CI corrobora os resultados quantitativos obtidos através da escala APGAR familiar, previamente à intervenção do EEER, nomeadamente na componente adaptação intrafamiliar, em que 37,5% dos CI revelaram o *score* “quase nunca” e 50% o *score* “algumas vezes”, evidenciando assim uma baixa satisfação quanto à partilha de recursos e ao apoio recebido pela família.

De acordo com os pontos de corte estabelecidos por Smilkstein (1978), metade dos CI perceciona uma disfunção familiar severa, seguidos de 25% que percecionam uma

disfunção moderada, denotando-se a necessidade de intervenção nas forças da família, em todos os componentes fundamentais do funcionamento familiar: adaptação intrafamiliar, convivência e comunicação, crescimento e desenvolvimento, afeto e dedicação à família, uma vez que se verificaram níveis baixos de satisfação em todos estes componentes, distribuindo-se a maioria dos CI pelos *scores* “quase nunca” e “algumas vezes”.

Os dados qualitativos revelam também a necessidade de informação quanto à condição do idoso dependente, prevenção de quedas, prevenção de úlceras por pressão, assim como a sua capacitação para prestar primeiros socorros, prevenir lesões musculoesqueléticas e prestar cuidados, destacando-se os cuidados de higiene, posicionamentos e transferências. A necessidade de informação dos CI é corroborada por outros estudos que identificam a falta de informação e capacitação como uma das dificuldades dos CI (Paiva, 2020; Pereira, 2018; MCCI, 2021; Sousa et al., 2021) e como um fator inibidor de um processo transicional saudável para o papel de cuidador (Oliveira & Caldas, 2021). Outros estudos identificaram défices de conhecimento e capacidade dos CI a usufruírem do apoio da ECCI, relativamente a cuidados de higiene e posicionamentos (Bento, 2020), na prevenção de quedas e de úlceras por pressão (Godinho et al., 2022), e nas transferências (Bento, 2020; Godinho et al., 2022).

A necessidade de autocuidado é evidenciada pelos relatos da grande maioria dos participantes, revelando que não têm tempo para si e desvalorizando o seu autocuidado, priorizando a prestação de cuidados ao idoso dependente. Estes dados vão ao encontro dos resultados obtidos em outros estudos, que identificam o facto de o cuidador tirar um tempo para si como um fator facilitar do processo de transição para o papel de CI e a escassez de tempo para si, como um fator dificultador (Oliveira & Caldas, 2021).

A necessidade de gestão emocional surge pela verbalização da vivência de emoções e sentimentos como o choro, a tristeza, o stress, a falta de aceitação e o dever de cuidar, este último condicionando a aceitação e solicitação de ajuda de terceiros. A evidência científica sustenta estes resultados, identificando o sofrimento psicológico associado à prestação de cuidados, a reduzida autoeficácia para mudanças na resposta emocional e no comportamento de impacto como condicionantes dificultadores (Oliveira & Caldas, 2021). Noutros estudos, é também descrita a dificuldade em lidar com a doença da pessoa dependente (Garbaccio & Tonaco, 2019; Paiva, 2020) assim como as exigências do cuidar e as reações face ao cuidar (Carvalho, 2021).

A necessidade de recursos é corroborada por outros estudos em que a sobrecarga financeira é identificada como um fator inibidor de um processo de transição saudável para o papel de cuidador (Nunes et. al, 2019; Oliveira & Caldas, 2021) e como uma das dificuldades dos CI (MCCI, 2021).

Estes dados qualitativos auxiliam na clarificação dos resultados quantitativos obtidos através da aplicação da ESC, previamente à intervenção do empoderamento dos CI pelo EEER (apêndice VIII). A necessidade de apoio familiar e social e de gestão emocional poderão estar a afetar a sobrecarga relacionada com as EC (nos itens 7, 8 e 14, em que os CI se distribuem pelos *scores* "muitas vezes" e "sempre"), levando ao sentimento de que a prestação de cuidados ao idoso dependente recai apenas sobre si. A necessidade de informação/capacitação poderá ser uma das necessidades que levam à sobrecarga relacionada com a RI, essencialmente no sentimento de insegurança na prestação de cuidados ao idoso, em que 62,5% manifesta sentir "insegurança às vezes" e 25% "muitas vezes". A necessidade de autocuidado poderá estar a contribuir para a sobrecarga relacionada com o IPC, uma vez que a falta de tempo e a priorização dos cuidados ao idoso dependente são corroboradas pelos elevados *scores* de sobrecarga (muitas vezes e sempre) obtidos em todos os itens deste fator. A necessidade de recursos é também evidenciada pela sobrecarga associada ao item 15 do fator EC que se prende com dificuldades económicas, em que os CI se distribuem pelos *scores* "às vezes", "muitas vezes" e "sempre".

Relativamente à sobrecarga dos CI de idosos dependentes, previamente à intervenção do EEER, de acordo com os pontos de corte estabelecidos por Sequeira (2018), prevalece a sobrecarga intensa (87,5%), seguida da sobrecarga ligeira (12,5%), não se verificando situações de ausência de sobrecarga. A prevalência da sobrecarga intensa no seio dos CI é corroborada por outros estudos (Carvalho, 2021; Dixe & Querido, 2020).

3.4.3. Perceção dos Cuidadores Informais quanto à Intervenção do EEER na Satisfação das suas Necessidades, Satisfação quanto ao Funcionamento Familiar e Sobrecarga do Cuidador Informal após Intervenção do EEER

Após o diagnóstico de necessidades, foi concebido um plano individualizado para cada CI. A implementação e desenvolvimento da intervenção de empoderamento do CI do idoso dependente, envolveu a participação ativa de todos os elementos envolvidos: investigador, CI, família e pessoa cuidada. Assim, os elementos-alvo foram assumindo a responsabilidade na definição das mudanças necessárias. As condicionantes impostas pelo espaço, comportamentos observados assim como sentimentos expressos, foram

sendo discutidos com os elementos envolvidos, promovendo a sua reflexão e avaliação no final de cada sessão, tendo sido determinante na definição dos passos seguintes e reformulação do plano inicialmente delineado.

Após a intervenção de empoderamento do CI do idoso dependente no domicílio, pelo EEER, analisaram-se os ganhos obtidos na satisfação quanto à funcionalidade familiar, os ganhos em saúde na sobrecarga do CI e o significado atribuído pelos CI a esta intervenção quanto à satisfação das suas necessidades.

Da análise dos dados qualitativos, os CI atribuem à intervenção do EEER, ganhos no seu conhecimento/capacidade, na sua gestão emocional, no seu autocuidado, na sua funcionalidade familiar e no bem-estar da díade cuidador/pessoa cuidada.

Os cuidadores reconhecem ganhos em termos de conhecimento e capacidade para a prestação de cuidados. Por outro lado, percecionam ganhos no bem-estar da díade cuidador/pessoa cuidada, nomeadamente a perceção de melhoria dos cuidados prestados, a perceção de melhoria do bem-estar e qualidade de vida do idoso cuidado e a perceção de melhoria do seu próprio bem-estar físico, evidenciando a importância da aquisição de conhecimento e de desenvolvimento de capacidade promovidos pela intervenção do EEER na obtenção destes ganhos. A evidência científica corrobora estes resultados, reconhecendo que a capacitação dos CI é essencial para assumirem as responsabilidades inerentes ao seu papel com segurança, melhorando o bem-estar da díade cuidador/pessoa cuidada (Akgun-Citak et al., 2020; Aksoydan et al., 2019). Assim, depreende-se que a intervenção do EEER permitiu obter ganhos na necessidade vivenciada de informação e capacitação. A manifestação de ganhos no conhecimento e capacidade são corroborados pela melhoria estatisticamente significativa, obtida no fator PA da ESC.

A melhoria da gestão emocional é corroborada pelos relatos dos cuidadores, onde o desenvolvimento e implementação de estratégias de coping, nomeadamente os exercícios de relaxamento, assumem um papel fulcral. A evidência científica considera que o ensino e estímulo do uso de técnicas de relaxamento são essenciais para a vivência de uma transição saudável do familiar para o papel de cuidador (Oliveira & Caldas, 2021). Segundo Sequeira (2018), o ensino e o treino de estratégias de coping deve ser garantido pelos profissionais de saúde, uma vez que tem um impacto positivo na satisfação do cuidador perante este seu papel.

Os cuidadores reconheceram que a intervenção do EEER permitiu ganhos na necessidade vivenciada de autocuidado, verbalizando a promoção do seu autocuidado, assim como a valorização do mesmo. Quanto à falta de tempo, identificada qualitativamente como fator

dificultador do seu autocuidado na avaliação inicial, verifica-se nos resultados quantitativos obtidos na ESC (apêndice IX), no item 2, que os cuidadores já não se distribuem apenas pelos *scores* “muitas vezes” e “quase sempre” como na avaliação inicial, concentrando-se maioritariamente nesta fase pós intervenção do EEER, no *score* “às vezes” (75%).

Os CI também atribuem à intervenção do EEER, a melhoria do seu funcionamento familiar, percecionando uma melhor comunicação, maior apoio familiar e maior partilha e dedicação de tempo à família. A melhoria do funcionamento familiar é corroborada pelos dados quantitativos obtidos pela escala APGAR familiar após a intervenção do EEER, uma vez que o *score* total da satisfação quanto à funcionalidade familiar apresentava inicialmente uma média de 3,75 ± 2,82 e após a intervenção uma média de 7,88 ± 2,1, observando-se um *score* final superior, revelando uma maior satisfação dos CI, sendo este aumento estatisticamente significativo, pelo que valida a hipótese levantada: A intervenção do EEER, no empoderamento do CI do idoso dependente no domicílio, melhora a sua satisfação do funcionamento familiar.

De acordo com os pontos de corte estabelecidos por Smilkstein (1978), a maioria dos CI (62,5%) percecionam uma família altamente funcional, seguidos de 37,5% que percecionam uma disfuncionalidade moderada. Nesta avaliação final, nenhum cuidador perceciona uma disfuncionalidade severa.

Estes resultados são corroborados por outros estudos. Na revisão sistemática da literatura desenvolvida por França et al. (2020), os investigadores concluem que a integração do CI em programas de intervenção dirigidos às suas reais necessidades, promove a satisfação das necessidades do cuidador e da pessoa cuidada, a continuidade dos cuidados e uma maior qualidade dos cuidados prestados à pessoa dependente. A revisão integrativa da literatura efetuada por Oliveira e Caldas (2021), considera essencial o apoio e capacitação dos CI, de forma a assumirem as responsabilidades inerentes ao seu papel com segurança e sem prejuízos para a sua saúde; o planeamento de ações em saúde dirigidas à família, promovendo o desenvolvimento de uma boa dinâmica intrafamiliar; a promoção da reestruturação do cuidado como uma função familiar, contribuindo para a minimização da sobrecarga e outras repercussões associadas; o apoio aos familiares na restituição do equilíbrio psicossocial, nomeadamente a criação de uma rede de suporte social, o ensino e estímulo do uso de técnicas de relaxamento.

Quanto à sobrecarga do CI, previamente à intervenção do EEER, verificou-se uma sobrecarga média de 72,25 ± 12,23 enquanto que posteriormente se verificou uma sobrecarga média bastante inferior, de 50,375 ± 10,928, verificando-se uma melhoria

estatisticamente significativa no *score* total da ESC e em todos os seus fatores, permitindo validar as hipóteses levantadas: A intervenção do EEER, no empoderamento do CI do idoso dependente, melhora a sobrecarga relacionada com o IPC, a sobrecarga relacionada com a RI, a sobrecarga relacionada com as EC e a sobrecarga relacionada PA. Estes resultados são corroborados por outros estudos, que concluem que a implementação de intervenções de Enfermagem sustentadas na identificação das necessidades dos cuidadores e suas dificuldades permite a promoção de um processo de transição saudável, minimizando a sobrecarga do cuidador (Dixe et al., 2019; Oliveira & Caldas, 2021).

3.4.4. Implicações da Funcionalidade Familiar e Sobrecarga do Cuidador

No presente estudo verificou-se que há uma correlação muito forte ($|r| \geq 0,75$) negativa e estatisticamente significativa (p menor que 0,05) entre os resultados do APGAR familiar e os resultados da ESC, quer no momento da avaliação inicial quer no momento da avaliação final, o que significa que quanto maior a perceção da funcionalidade familiar, menor será a sobrecarga do cuidador, permitindo validar a hipótese: Existe uma correlação negativa significativa entre a satisfação com o funcionamento familiar e a sobrecarga dos CI de idosos dependentes no domicílio. Num outro estudo realizado por Marinho et al. (2022), foi constatado que a sobrecarga era maior nos cuidadores com famílias disfuncionais.

Estas duas variáveis estão intimamente ligadas no presente estudo, sendo necessários outros estudos mais aprofundados para determinar se existe uma relação de causalidade ou outro tipo de relação.

3.5. CONCLUSÕES DO ESTUDO, LIMITAÇÕES E PERSPETIVAS FUTURAS

Este estudo teve como principal vantagem, o desenvolvimento de conhecimento em contexto prático, uma vez que, para além de ter permitido gerar conhecimento científico, permitiu também obter ganhos em saúde na população alvo, assim como a consciencialização dos EEER da ECCI onde decorreu, para esta temática. Considera-se também, que o recurso a uma metodologia mista permitiu um melhor conhecimento das necessidades do CI do idoso dependente no domicílio, assim como uma melhor compreensão dos ganhos resultantes da intervenção do EEER no seu empoderamento.

A análise dos resultados obtidos neste estudo e o paralelismo com os resultados de outros estudos, permite verificar a vivência de necessidades pelos CI de idosos dependentes no domicílio que impactam na sua sobrecarga, onde o EEER detém um papel de destaque.

Neste estudo, os CI são adultos e idosos com uma média de idades de 61,13 anos, casados ou em união de facto, maioritariamente do sexo feminino, com baixas qualificações, que co residem com o idoso dependente. Metade são cônjuges do idoso dependente, seguidos pelos filhos. Metade estão desempregados e a outra metade está reformada ou com pré-reforma. Trata-se na maioria de pessoas sem experiência prévia no cuidar de pessoas dependentes, prestando cuidados sem terem recebido informação e sem terem sido capacitados para a prestação desses cuidados. Dedicam entre sete e dez horas ao cuidar do idoso dependente, sendo que a maioria tem apoio de terceiros.

Nesta investigação, foi possível verificar que os CI de idosos dependentes no domicílio, vivenciam a necessidade de apoio familiar e social, de informação e capacitação, de autocuidado, de gestão emocional e de recursos materiais e financeiros.

A necessidade de apoio familiar prende-se com a carência de auxílio na prestação de cuidados à pessoa dependente, ao nível das AIVD do cuidador, assim como na falta de reconhecimento e valorização do seu papel. O apoio social no reconhecimento e valorização deste papel é também uma necessidade vivenciada pelos CI.

A necessidade de informação verifica-se quanto à condição do idoso, prevenção de quedas e prevenção de úlceras por pressão. Constata-se a necessidade de capacitação para prestar primeiros socorros, prevenir lesões musculoesqueléticas e prestar cuidados, destacando-se os cuidados de higiene, posicionamentos e transferências.

A necessidade de autocuidado reflete-se na perceção de falta de tempo para si e na priorização da prestação de cuidados ao idoso dependente. A necessidade de gestão emocional é evidenciada pela vivência de emoções e sentimentos como o choro, a tristeza, o stress, a falta de aceitação e o dever de cuidar, este último condicionando a aceitação e solicitação de ajuda de terceiros.

Neste estudo, verifica-se que os CI de idosos dependentes no domicílio percecionam a existência de disfunção no seu seio familiar, com metade a percecionar uma disfunção severa. Experienciam também uma sobrecarga associada ao seu novo papel, sendo que a grande maioria apresenta uma sobrecarga intensa.

Os resultados obtidos neste estudo permitem concluir que a intervenção do EEER, no empoderamento do CI do idoso dependente no domicílio, melhora a sua satisfação do funcionamento familiar, assim como a sobrecarga relacionada com o IPC, com a RI, com as EC e com a PA. Verificou-se também que os CI atribuem à intervenção do EEER, ganhos no seu conhecimento e capacidade, na sua gestão emocional, no seu autocuidado, na sua funcionalidade familiar e no bem-estar da díade cuidador/pessoa cuidada.

Conclui-se ainda que a satisfação quanto à funcionalidade familiar e a sobrecarga do cuidador estão correlacionados de forma negativa, sendo necessários estudos mais aprofundados para definir se a sua relação é de causalidade ou outra.

Considera-se que a integração de abordagens qualitativas e quantitativas permitiu obter uma compreensão mais completa dos ganhos em saúde, resultantes da intervenção do EEER, tendo permitido enriquecer o delineamento da intervenção desenvolvida, pela possibilidade de implementação e monitorização de um plano dirigido às reais necessidades do cuidador.

Um estudo desta natureza acarreta implicações abrangentes. Ao aumentar a consciencialização sobre a necessidade de empoderamento dos CI de idosos dependentes no domicílio, o estudo permite despertar mudanças na prática dos EEER, promovendo a inclusão do CI não só como parceiro na continuidade de cuidados, mas como alvo do seu cuidado.

Considera-se emergente o empoderamento dos CI, sendo que os EEER a exercerem funções nas ECCI, pela sua proximidade ao contexto real da prestação de cuidados e competências acrescidas, têm um papel de destaque na implementação de planos diferenciados que envolvam o idoso cuidado, o CI e a família como alvos de cuidados, atendendo às suas reais necessidades.

Como limitações ao estudo, destaca-se a dimensão da amostra e a técnica amostral, que não permitem a generalização dos resultados. Considera-se que um quantitativo maior de participantes afetos a ECCI de outros contextos geográficos acresceria informação, assim como contributos para a construção teórica em curso.

Visando uma mudança efetiva que se traduza numa melhoria dos cuidados especializados pelo EEER neste âmbito, considerou-se fundamental a divulgação da evidência científica gerada por esta investigação, pelo que se elaborou um artigo a ser submetido na Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação, aguardando-se a sua aprovação. Esta revista encontra-se indexada em várias bases científicas, garantindo uma divulgação nacional e internacional.

CONCLUSÃO GERAL

A Enfermagem de Reabilitação detém um papel fulcral na promoção da independência, na maximização da funcionalidade e na reintegração social de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida, permitindo a vivência de transições saudáveis e garantindo a sua qualidade de vida.

Este ENP proporcionou um percurso de aprendizagem e crescimento, pela aquisição e desenvolvimento de competências comuns de especialista no âmbito da responsabilidade profissional, ética e legal, do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, da gestão dos cuidados e da melhoria contínua da qualidade. Este percurso foi também determinante no desenvolvimento de competências específicas enquanto futura EEER.

O decurso deste estágio numa UCC, possibilitou a proximidade com o contexto sociofamiliar, permitindo potencializar a autonomia da pessoa alvo de cuidados, pela conceção e monitorização de planos de intervenção especializados e individualizados, ajustados à realidade do seu dia a dia. Este contexto promoveu a génese de programas de reabilitação à pessoa, CI e família, garantindo a continuidade de cuidados e a promoção de uma vivência saudável dos processos de transição. Este percurso evidenciou a importância do EEER no âmbito domiciliar, fazendo a diferença na vida da pessoa, CI e família pela sua abordagem holística e diferenciada.

O estudo de investigação desenvolvido, permitiu a aquisição de competências na área da investigação, contribuindo simultaneamente para a melhoria da qualidade dos cuidados, pela produção de conhecimento gerada. Na sua concretização, a maior dificuldade esteve relacionada com o tratamento dos dados obtidos, tendo exigido um estudo aprofundado sobre estatística descritiva, estatística inferencial e análise fenomenológica. Foi simultaneamente um desafio que permitiu o desenvolvimento de conhecimento neste âmbito, que será fundamental para trabalhos futuros, dado que esta experiência despertou a vontade de continuar envolvida no âmbito da investigação, de forma a promover a excelência dos cuidados da ER, sustentados em evidência científica.

Apesar das limitações já abordadas, este projeto permitiu obter ganhos em saúde nos seus participantes, a sensibilização dos enfermeiros da UCC para esta temática, acreditando-se que a divulgação deste estudo contribua para a melhoria dos cuidados de ER, para a visibilidade do papel do EEER, assim como para o despertar de iniciativas que visem aprofundar os conhecimentos gerados neste trabalho científico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agostinho, M., & Rebelo, L. (1988). Família: Do conceito aos meios de avaliação. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 32, 6-17.

Akgun-Citak, E., Attepe-Ozden, S., Vaskelyte, A., Bruchem-Visser, R. L. V., Pompili, S., Kav, S., Acara, S., Aksoydan, E., Altintas, A., Aytar, A., Baskici, C., Blazeviciene, A., Scarpa, A. R., Kiziltan, G., & Mattace-Raso, F. U. S. (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, Artigo e103971. https://doi.org/10.1016/j.archger.2019.103971

Aksoydan, E., Aytar, A., Blazeviciene, A., Bruchem-Visser, R. L. V., 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

Alves, S., Ribeiro, O., & Paúl, C. (2020). Unmet needs of informal carers of the oldest old in Portugal. *Health and Social Care in the Community*, 28, 2408-2417. https://doi.org/10.1111/hsc.13063

Baptista, I., & Perista, P. (2018). *ESPN Thematic Report on Challenges in long-term care: Portugal*. Publications Office of the European Union. https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=20351&langId=en

Bento, M. C. S. S. C. (2020). *Contributos para a definição de um modelo organizacional dos cuidados às pessoas dependentes no autocuidado e seus cuidadores, em contexto domiciliário - Estudo realizado nas ECCI do ACES Baixo Mondego*. [Tese de doutoramento, Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica de Lisboa]. Repositório Institucional da Universidade Católica de Lisboa. http://hdl.handle.net/10400.14/36381

Campos, M.J.A. (2019). *Contributos para um modelo de gestão da qualidade dos cuidados de enfermagem nas equipas de Cuidados Continuados Integrados* [Tese de Doutoramento, Universidade Católica Portuguesa]. Repositório aberto da Universidade Católica Portuguesa http://hdl.handle.net/10400.14/36298

Capelo, M. R. T. F., Silva, R. M. B. L., Quintal, A. J. O. M., Brasil, C. C. P., Silva, R. M., & Catrib , A. M. F. (2022). Percepções de cuidadores informais sobre a experiência quotidiana

no cuidado ao idoso dependente. *New Trends in Qualitative Research*, 13, Artigo e684. https://doi.org/10.36367/ntqr.13.2022.e684

Cardoso, T.P., Pinheiro, N.F., Ribeiro, B.V., Tanus, M.A., Novaes, I.C.S., Meira, R.A., Hansen, M.L.N., Medeiros, G.S., Ferreira, H.L.F., & Ribeiro, N.A. (2024). Neuroplasticidade e recuperação funcional: novas abordagens no tratamento de lesões neurológicas. Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação, 10(1), 1005-1013

https://doi.org/10.51891/rease.v10i1.13017

Carvalho, A., Araújo, L. J. P., & Veríssimo, M. T. (2019). Quando os cuidados continuados chegam ao fim: Perspetivas de cuidadores informais sobre o momento da alta. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(22), 107-116.
https://doi.org/10.12707/RIV19023

Carvalho, M.I. (Coord.). (2021). *Estudo sobre o perfil do cuidador familiar/informal da pessoa sénior em Portugal*. Universidade de Lisboa.
https://doi.org/10.13140/RG.2.2.33334.83522

Castelhano, P. J. C. (2012). *A sobrecarga dos pais enquanto cuidadores principais da criança com espinha bífida*. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. Repositório Científico da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
http://repositorio.esenfc.pt/?url=drLMdz

Cordeiro, M., & Menoita, E. (2012). *Manual de boas práticas na reabilitação respiratória: Conceitos, princípios e técnicas*. Lusociência.

Costa, M. B. A.L., Paúl, M. C. L. F., Azevedo, M. J. T. C., & Gomes, J. C. R. (2019). Motivações dos cuidadores informais de pessoas com demência e o paradoxo do cuidado. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 11(18), Artigo e2620. https://doi.org/10.25248/reas.e2620.2019

Creswell, J. W., & Creswell, J. D. (2018). *Research design: Qualitative, quantitative & mixed methods approaches*. (5ª ed.). SAGE Publications.

Declaração Universal dos Direitos Humanos. Diário da República, I série, nº 57 (1978-03-09), pp.488-493.
https://files.diariodarepublica.pt/1s/1978/03/05700/04880493.pdf

Decreto de Aprovação da Constituição – Aprova a Constituição da República Portuguesa. Diário da República, I Série, nº 86 (1976-04-10), pp. 738-775.

https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-aprovacao-constituicao/502635

Decreto-Lei nº 101/2006 – Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Diário da República, I Série, nº 109 (2006-06-06), pp. 3856-3865.

https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/101-2006-353934

Decreto-Lei nº 136/2015 – Procede à primeira alteração ao Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, que cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, e à segunda alteração ao Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de janeiro, que cria um conjunto de unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental. Diário da República, I série, nº 144 (2015-07-28), pp. 6159-6162.

https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/136-2015-69879425

Decreto-Lei nº 28/2008 – Estabelece o regime da criação, estruturação e funcionamento dos Agrupamentos de Centros de Saúde do Serviço Nacional de Saúde. Diário da República, I Série, n º37 (2008-02-22), pp. 1129-1143.

https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/28-2008-247675

Dixe, M.A.C.R., Teixeira, L. F. C., Areosa, T. J. T.C.C., Frontini, R. C., Peralta, T. J. A., & Querido, A. I. F. (2019). Needs and skills of informal caregivers to care for a dependent person: A cross sectional study. *BMC Geriatrics*, 19(255), pp.1-9. https://doi.org/10.1186/s12877-019-1274-0

Dixe, M.A.C.R., & Querido, A.I.F. (2020). Cuidador informal de pessoa dependente no autocuidado: Fatores de sobrecarga. *Revista de Enfermagem Referência*. 5(3), pp.1-8.

https://doi.org/10.12707/RV20013

Entidade Reguladora da Saúde. (2022). Informação de monitorização: Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. ERS

https://www.ers.pt/media/hsgbqzd0/os_250877_2022_deas-monitorizacao-rncci.pdf

European Comission. (2022). *Proposal for a COUNCIL RECOMMENDATION on access to affordable high-quality long-term care*.
https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/c77be4d8-2f5e-11ed-975d-01aa75ed71a1/language-en

Fernandes, C. S., Angelo, M., Martins, M. M. (2018). Dar voz aos cuidadores: Um jogo o cuidador familiar de um doente dependente. Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 52, Artigo e03309.

http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017013903309

Flesch, L.D., Batistoni, S.S.T., Neri, A.L., & Cashioni, M. (2019). Fators associated with the quality of life of elderly caregivers of other elderly persons. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 22(3), pp. 1-12.

https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.180155

Freire, R.M., Martins, T., Peixoto, M.J., Machado, P.P., & Vilela, C. (2021). Programas de intervenção para familiares cuidadores de pessoas dependentes. In Escola Superior de Enfermagem do Porto (Ed.), *Autocuidado: Um Foco Central da Enfermagem*. (pp. 59-70). Escola Superior de Enfermagem do Porto. https://doi.org/10.48684/6sk0-ff98

Garbaccio, J. L., & Tonaco, L. A. B. (2019). Characteristics and difficulties of informal caregivers in assisting elderly people. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, *11(3), 680-686. https://doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i2.680-686*

Garcia, C., & Araújo, T. (2023). *Guia orientador de boas práticas: Prescrição de dispositivos e produtos de apoio no âmbito dos cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Ordem dos Enfermeiros
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/31056/gobpdispositivosprodutosapoio_v8_ok.pdf

Gaspar, L., Ferreira, D., Vieira, F., Machado, P., & Padilha, M. (2019). O treino de exercício em pessoas com doença respiratória crónica estabilizada: Uma scoping review. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*. 2(1), 59-65.
https://doi.org/10.33194/rper.2019.v2.n1.08.4567

Gil, A. P. (2020). Os cuidados familiares à luz da teoria da ambivalência sociológica: «Os dois lados da moeda». In M. J. R. Quartilho (Coord.). *Psiquiatria Social: diálogos e convergência*. (pp. 399-420). Imprensa da Universidade de Coimbra.
https://doi.org/10.14195/978-989-26-1928-6

Giorgi, A., Sousa, D. (2010). *Método fenomenológico de investigação em psicologia*. Fim de Século.

Godinho, M. I. M. M., Canais, E. M. P. D., & Saruga, S. M. P. (2022). Empower the informal caregiver along his course of home providing care. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 8(2), 241-257.
https://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2022.8(2).544.241-257

Gonçalves, E., L. M. (2018). *Estratégias de coping da família da pessoa portadora de esclerose múltipla*. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico da Guarda]. Repositório Institucional do Instituto Politécnico da Guarda http://hdl.handle.net/10314/3982

Gonçalves, S. P., Gonçalves, J. P., & Marques, C. G. (Coord.). (2021). *Manual de investigação qualitativa: Conceção, análise e aplicações*. Pactor.

Graça, L. C. C., Marques, M. A. A., Viana, M. C. C., Calvinho, M. L. S. E., Cerqueira, M. M. A., & Sousa, S. C. S. (2021). Normas para a elaboração e apresentação de trabalhos científicos. *Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Escola Superior de Saúde*. https://www.ipvc.pt/ess/wp-content/uploads/sites/6/2022/05/Proposta-normas_trabalhos.-rev.-14-04-2022.pdf

Hansen, B.S., & Dysvik, E. (2022). Expanding the theoretical understanding in Advanced Practice Nursing: Framing the future. *Nursing Forum*, 57(6), 1593-1598. https://doi.org/10.1111/nuf.12827

Instituto Nacional de Estatística. (2023). *Estatísticas demográficas - 2021*. 1-187. https://www.ine.pt/xurl/pub/13932532

Instituto Politécnico de Viana do Castelo. (2022). *Unidade curricular estágio de natureza profissional com relatório final: Protocolo 2º Ano do VII Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação*. ESS-IPVC.

Jarling, A., Rydström, I., M., Bravell, M. E., Nyström, M., & Dalheim-Englund, A-C. (2020). Perceptions of professional responsibility when caring for older people in home care in Sweden. *Journal of Community Health Nursing*, 37(3), 141-152. https://doi.org/10.1080/07370016.2020.1780044

Kline, R. B. (1998). *Principles and practice of structural equation modellig*. Guilford Press. (Marôco, 2018).

Lanza-León, P., Sanchez-Ruiz, L., & Cantareto-Prieto, D. (2021). Kanban system applications in healthcare services: A literature review. *The International Journal of Health Planning and Management*, 36(6), 2062-2078. https://doi.org/10.1002/hpm.3276

Lei nº 100/2019 – Aprova o Estatuto do Cuidador Informal, altera o Código dos Regimes Contributivos do Sistema Previdencial de Segurança Social e a Lei n.º 13/2003, de 21 de

maio. Diário da República, I Série, nº 171 (2019-09-06), pp. 3-16. https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/100-2019-124500714

Limão, R.P., & Martins, R.M.L. (2021). Efetividade de programas de enfermagem de reabilitação no equilíbrio, marcha e independência funcional em idosos hospitalizados. *Revista de Enfermagem Referência*. 5(8), 1-10. https://doi.org/10.12707/RV20205

Lopes, M., Ferreira, P. L., Fonseca, C., & Pinho, L. (2022). Cuidar em Casa. In Observatório Português dos Sistemas de Saúde, *E Agora? Relatório de Primavera 2022*. (pp. 44-57). OPSS. https://www.opssaude.pt/wp-content/uploads/2022/06/RELATORIOPRIMAVERA-2022.pdf

Liu, Z., Heffernan, C., & Tan, J. (2020). Caregiver burden: A concept analysis. *International Journal of Nursing Sciences*, 7, 438-445. https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2020.07.012

Lourenço, M., Faria, A., Ribeiro, R., & Ribeiro, O. (2021). Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/idosa com compromisso no sistema musculoesquelético. In O. Ribeiro (Coord.), *Enfermagem de Reabilitação – Conceções e Práticas*. (pp. 58-66). Lidel

Marinho, J. S., Batista, I. B., Nobre, R. A. S. N., Guimarães, M. S. A., Santos-Orlandi, A. A., Brito, T. R. P., Pagotto, V., Saidel, M. G. B., Maia, F. O. M., Corona, L. P., & Nunes, D. P. (2022). Burden, satisfaction caregiving, and family relations in informal caregiver of older adults. *Frontiers in Medicine*, 22(9), Artigo e1059467. https://doi.org/10.3389/fmed.2022.1059467

Marôco, J. (2018). *Análise estatística com SPSS statistics*. (7ª ed.). ReportNumber.

Martins, M.M., Ribeiro, O., & Silva, J.V. (2018). Orientações concetuais dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação em hospitais portugueses. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 1(2), 42-48. https://doi.org/10.33194/rper.2018.v1.n2.02.4409

Matos, N. A. M. (2019). Dificuldades do cuidador informal no cuidar da pessoa dependente [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viseu]. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Viseu. http://hdl.handle.net/10400.19/5478

Mazurek, J., Szczesniak, D., Urbanska, K., Droes, R-M., & Rymaszewska, J. (2017). Met and unmet care needs of older people with dementia living at home: Personal and informal

carers' perspectives. *Dementia*, 18(6), 1963-1975. https://doi.org/10.1177/1471301217733233

Meleis, A. I, Sawyer, L. M., Im, E. O., Messias, D. K. H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-18. https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006

Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: Middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. Springer Publishing Company.

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

Néné, M., & Sequeira, C. A. C. (2022). Investigação em enfermagem – Teoria e prática. Lidel – Edições Técnicas Lda.

Nicolau, A. P. D. (2018). O cuidador informal: estratégias vividas pelo cuidador informal da pessoa idosa dependente. [Dissertação de mestrado, Iscte – Instituto Universitário de Lisboa]. Repositório do Iscte. http://hdl.handle.net/10071/17139

Norton, S., & Barbosa,L. (Coord.). (2020). *Como envelhecem os Portugueses — Envelhecimento, saúde, idadismo*. Fundação Francisco Manuel dos Santos https://www.ffms.pt/documents/7030/como-envelhecem-os-portugueses-envelhecimento-saude-idadismo-pdf

Nunes, A.M. (2017). Demografia, envelhecimento e saúde: Uma análise ao interior de Portugal. *Revista Kairós Gerontologia*. 20(1), pp. 133-154.

https://doi.org/10.23925/2176-901X.2017v20i1p133-154

Nunes, S. F. L., Alvarez, A. M., Costa, M. F. B. N. A., & Valcarenghi, R. V. (2019). Determining factos in the situational transition of family members who care of elderly people with Parkinson's disease. Texto & Contexto Enfermagem, 28, Artigo e20170438.

http://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2017-0438

Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2022). *E agora? Relatório de Primavera 2022*. OPSS

Oliveira, S. G., & Caldas, C. P. (2021). Processo de transição do familiar para o papel de cuidador familiar de um idoso dependente: Uma revisão integrativa. *Revista Enfermagem em Foco*. 12(3), 608-614. https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n3.3364

Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação*. OE. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEEReabilitacao.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Áreas de investigação prioritárias para a especialidade de enfermagem de reabilitação*. OE. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/Areas_Investigacao_Prioritarias_para_EER.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2016). *Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação*. OE. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2018a). *Bilhetes de identidade dos indicadores que integram o core de indicadores por categoria de enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação*. OE. https://ordemenfermeiros.pt/media/5443/enfermagemreabilitacao.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2018b). *Guia orientador de boa prática – Reabilitação respiratória*. OE

https://repositorioenfreab.files.wordpress.com/2018/09/guia-orientador-de-boa-prc3a1tica-reabilitac3a7c3a3o-respiratc3b3ria.pdf

Orem, D. E. (2001). *Nursing concepts of practice*. (6ª ed.). Mosby.

Organisation for Economic Co-operation and development. (2021). *Health at a glance 2021: OECD indicators*. OECD Publishing

https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en

Paiva, J. R. R. (2020). Dificuldades e necessidades do cuidador informal: Um estudo no município de Cantanhede [Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa], Repositório Científico da Universidade de Coimbra. https://hdl/handle.net/10316/94237

Peña-Lomgobardo, L. M., & Oliva-Moreno, J. (2021). The economic value of non-professional care: A Europe wide analysis. *International Journal of Health Policy and Management*, 11(19), 2272-2286. https://doi.org/10.34172/ijhpm.2021.149

Pereira, C. A. R. (2018). Cuidador informal de idosos dependentes: Avaliação das dificuldades e autoeficácia. [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança]. Biblioteca Digital do Instituto Politécnico de Bragança. https://hdl.handle.net/10198/17875

Pereira, R. S. S., Martins, S. S., Gomes, B., Aguilera, J. A. L., & Santos, J. (2018). A intervenção do enfermeiro de reabilitação na promoção da acessibilidade. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*. 1(2), 66-72. https://doi.org/10.33194/rper.2018.v1.n2.02.4538

Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2014). Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do spss. (6ª ed.). Edições Sílabo.

Portugal. Ministério da Saúde. (2011). *Norma nº 054/2011. 27.12.2011: acidente vascular cerebral: prescrição de medicina física e de reabilitação*. Direção-Geral da Saúde.

https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0542011-de-27122011-jpg.aspx

Price, M., Surr, C. A., Gough, B., & Ashley, L. (2020). Experiences and support needs of informal caregivers of people with multimorbidity: A scoping literature review. *Psychology and Health*, 35 (1), 36-69. https://doi.org/10.1080/08870446.2019.1626125

Ribeiro, O., Faria, A., & Ventura, J. (2021). Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação, classificações e sistemas de informação. In O. Ribeiro (Coord.), *Enfermagem de Reabilitação – Conceções e Práticas*. (pp. 58-66). Lidel Edições Técnicas, lda.

Regulamento nº 392/2019 – Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. Diário da República. II Série, nº 85 (2019-05-02), pp. 13565-13568.
https://dre.pt/application/conteudo/122216893

Regulamento nº 140/2019 – Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Diário da República, II Série, nº 26 (2019-02-06), pp.4744-4750.
https://files.dre.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf

Resolução da Assembleia da República nº 1/2001 – Aprova, para ratificação, a convenção para a proteção dos direitos do homem e da dignidade do ser humano face às aplicações da biologia e da medicina. Diário da República, I Série, nº 2 (2001-01-03), pp.14-36. https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/resolucao-assembleia-republica/1-2001-235128

Robinson, H., Williams, V., Curtis, F., Bridle, C., & Jones, A. W. (2018). Facilitators and barriers to physical activity following pulmonary rehabilitation in COPD: A systematic review of qualitative studies. *npj Primary Care Respiratory Medicine*, 28(19), 1-12. https://doi.org/10.1038/s41533-018-0085-7

Romana, G.Q., Kislaya, I., Salvador, M.R., Gonçalves, S.C., Nunes, B., & Dias, C. (2019). Multimorbidity in Portugal: Results from the first national health examination survey. *Acta Médica Portuguesa*. 32(1), pp. 30-37. https://doi.org/10.20344/amp.11227

Sá, N., Oliveira, F., Almeida, F., Sacramento, C., & Oliveira, M.I. (2023). Programa de enfermagem de reabilitação na pessoa com deglutição comprometida em contexto de AVC: Estudo exploratório. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*. 6(1), 1-15. https://doi.org/10.33194/rper.2023.265

Schulz, R., Beach, S. R., Czaja, S. J., Martire, L. M., & Monin, J. K. (2020). Family caregiving for older adults. *Annual Review of Psychology*, 71, 635-659. https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010419-050754

Sequeira, C. (2007). *O aparecimento de uma perturbação demencial e suas repercussões na família*. [Tese de doutoramento não publicada]. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.

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

Sequeira, C. (2018). Cuidador informal/prestador de cuidados. In C. Sequeira (Coord.), *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. (2ª ed.). pp. 161-265. Lidel Edições Técnicas, lda.

Serviço Nacional de Saúde. 2023. *Bilhetes de identidade dos cuidados de saúde primários*. https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/1/10007/1031955/Pages/default.aspx

Silva, C.F., Oliveira, F.D.B., Ribeiro, M.P., Prazeres, V.M.P., & Ribeiro, O.M.P.L. (2019a). Novos desafios para velhos problemas: O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na promoção da acessibilidade. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*. 2(2), 20-26. https://doi.org/10.33194/rper.2019.v1.n2.02.4561

Silva, R., Carvalho, A., Rebelo, L., Pinho, N., Barbosa, L., Araújo, T., Ribeiro, O., & Bettencourt, M. (2019b). Contributos do referencial teórico de Alaf Meleis para enfermagem de reabilitação. *Revista Investigação em Enfermagem*, 26(2), 35-44. https://www.researchgate.net/publication/337313131

Silva, L.O., & Silva, G.F. (2023). A aplicação do método FEFO e uso de identificação visual na gestão de estoque hospitalar. *Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde*, 20(1), 1-15.https://doi.org/10.21450/rahis.v20i1.7460

Silva, P.C. L, & Grilo, E.N. (2018). Reeducação funcional da pessoa com deglutição comprometida: Estudo de caso. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*. 1(2), 49-59. https://doi.org/10.33194/rper.2018.v1.n2.02.4417

Smilkstein, G. (1978). The Family APGAR: A proposal for a family function test and its use by physicians. *The Journal of Family Practice*, 6(6), 1231-1239.

Sousa, C., Gonçalves, G. Braz, N. & Sousa, A. (2021). Cuidadores informais: Principais dificuldades e receios no ato de cuidar. *Revista Polis e Psique*, 17(2), 9-25. https://doi.org/10.26619/2183-4806.XVII.2

Sousa, L. M. M., Martins, M. M., & Novo, A. (2020). A enfermagem de reabilitação no empoderamento e capacitação da pessoa em processos de transição-doença. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(1), 64-69. https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n1.8.5763

Sousa, C. N., Peixoto, N. J., & Balazar, B. (2021). Medidas de avaliação do autocuidado. In Escola Superior de Enfermagem do Porto (Ed.), *Autocuidado: Um Foco Central da Enfermagem*. (pp. 51-58). Escola Superior de Enfermagem do Porto

https://doi.org/10.48684/6sk0-ff98

Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. (2011). *Manual do prestador de cuidados – recomendações para a melhoria contínua*. (1ª ed.). UMCCI. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Man_Prestador_UMCCI-RNCCI.pdf

World Health Organization. (2022). *WHO regional consultation on strengthening integrated long-term care provision - Meeting report: virtual meeting hosted by the WHO Regional Office for Europe*. WHO

https://iris.who.int/handle/10665/352551

Vilelas, J. (2020). Investigação: O processo de construção do conhecimento. Edições Sílabo.

Zigante, V. (2018). *Informal care in Europe: Exploring formalization, availability and quality*. Publications Office of the European Union.

https://data.europa.eu/doi/10.2767/78836

ANEXOS

ANEXO I – ESCALA APGAR FAMILIAR

APGAR Familiar – Versão portuguesa

	Quase sempre	Algumas vezes	Quase nunca
Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa	☐	☐	☐
Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e compartilha comigo a solução do problema	☐	☐	☐
Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas atividades ou de modificar o meu estilo de vida	☐	☐	☐
Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos (ex. irritação, pesar e amor)	☐	☐	☐
Estou satisfeito(a) com o tempo que passo com a minha família	☐	☐	☐

Autor: escala criada em 1978 por Smilkstein.

Versão portuguesa por Agostinho e Rebelo (1988).

ANEXO II – ESCALA DE SOBRECARGA DO CUIDADOR

Escala de Sobrecarga do Cuidador – Versão Portuguesa

	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1. Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que necessita?	☐	☐	☐	☐	☐
2. Já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?	☐	☐	☐	☐	☐
3. Sente-se tenso quando tem de cuidar do seu familiar?	☐	☐	☐	☐	☐
4. Sente-se envergonhado pelo comportamento do seu familiar?	☐	☐	☐	☐	☐
5. Sente-se irritado quando está junto do seu familiar?	☐	☐	☐	☐	☐
6. A relação com familiares e amigos está afetada de forma negativa?	☐	☐	☐	☐	☐
7. Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?	☐	☐	☐	☐	☐
8. Pensa que o seu familiar depende de si?	☐	☐	☐	☐	☐
9. Sente-se esgotado por estar junto do seu familiar?	☐	☐	☐	☐	☐
10. Cuidar do seu familiar afeta a sua saúde?	☐	☐	☐	☐	☐
11. Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?	☐	☐	☐	☐	☐
12. Pensa que as suas relações sociais foram afetadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?	☐	☐	☐	☐	☐
13. Não se sente à vontade em convidar amigos para irem lá a casa devido ao seu familiar?	☐	☐	☐	☐	☐
14. Acredita que o seu familiar espera que cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele 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 Sente que perdeu o controle da sua vida depois da doença do seu familiar se ter manifestado?	☐	☐	☐	☐	☐
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. Pensa que poderia cuidar melhor do seu familiar?	☐	☐	☐	☐	☐
21. Sente que poderia cuidar melhor do seu familiar?	☐	☐	☐	☐	☐
22. Em geral, sente-se muito sobrecarregado por cuidar do seu familiar?	☐	☐	☐	☐	☐

Autor: Escala criada em 1980 por Steve Zarit.

Versão traduzida e validada para a população portuguesa por Carlos Sequeira em 2007.

ANEXO III – AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DA ESCALA APGAR FAMILIAR

Autorização utilização APGAR familiar

Eliana Brandãoh h. <elianasofiasilvabrandao@gmail.com> sáb., 7 de jan. de 2023, 21:46
para lrebelo

Exmo Professor Doutor Luís Rebelo,

No âmbito do projeto de investigação intitulado "Papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação no empoderamento do cuidador informal do idoso dependente no domicílio, desenvolvido no mestrado em Enfermagem de Reabilitação que estou a realizar na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, venho pelo presente solicitar autorização para a utilização do instrumento "APGAR familiar", adaptado para a população portuguesa. Se possível, solicito envio da escala e regras de utilização.

Agradeço desde já a sua disponibilidade,
Com os melhores cumprimentos,
Eliana Sofia Silva Brandão (Enfermeira)

Re.: Autorização utilização APGAR familiar

Caixa de entrada x

lrebelo@sapo.pt <lrebelo@sapo.pt> ter., 10 de jan. de 2023, 11:28
para mim

Enf. Eliana Brandão
É com satisfação que recebi o seu mail e folgo em saber que o Apgar familiar continua a ser uma ferramenta útil.
Espero que o seu trabalho de investigação tenha exito.
Com os meus cumprimentos
Luís Rebelo

Re.: Autorização utilização APGAR familiar

Caixa de entrada x

Secretariado Associacao., <secretariaapmgf1@apmgf.pt> 26 de jan. de 2024, 15:39
para mim

Boa tarde, Senhora Enfª Eliana Brandão

A pedido do Prof. Doutor Luís Rebelo enviamos em anexo os artigos solicitados.

Caso seja de interesse informamos que dispomos para consulta no Centro de Documentação da APMGF o livro "A Família em Medicina Geral e Familiar – Conceitos e Práticas" cujo autor é o Prof. Doutor Luis Rebelo.

Com os melhores cumprimentos

Adília Silva
Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar
Rua Ivone Silva,Edificio Arcis, nº 6 -16º Andar
1050-124 Lisboa
Portugal
Telf. + 351 217 615 250

ANEXO IV – AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DA ESCALA DE SOBRECARGA DO CUIDADOR

De: Eliana Brandãoh h. <elianasofiasilvabrandao@gmail.com>
Enviada: 7 de janeiro de 2023 19:31
Para: carlossequeira@esenf.pt
Assunto: Autorização para utilização do instrumento: Escala de Sobrecarga do Cuidador

Exmo Professor Doutor Carlos Sequeira,

No âmbito do projeto de investigação intitulado "Papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação no empoderamento do cuidador informal do idoso dependente no domicílio, desenvolvido no mestrado em Enfermagem de Reabilitação que estou a realizar na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, venho pelo presente solicitar autorização para a utilização do instrumento "Escala de sobrecarga do cuidador (ESC)", adaptado para a população portuguesa.

Agradeço desde já a sua disponibilidade,
Com os melhores cumprimentos,
Eliana Sofia Silva Brandão (Enfermeira)

Carlos Sequeira seg., 9 de jan. 11:08 (há 5 dias)
para mim

Estimada Eliana Brandão,
Informa-se que poderá utilizar a Escala designada por Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC), traduzida e validada para a população Portuguesa, no seu estudo.
Mais se informa que o instrumento deve ser utilizado na integra, podendo apenas ser alterado na forma de apresentação, e, não podendo ser utilizado para fins comerciais.
Envio um documento em anexo que deverá preencher e devolver.
Trata-se de um documento de monitorização da utilização da Escala.
As regras de cotação estão publicadas no livro Cuidar de idosos com dependência física e Mental, editado pela LIDEL, em 2010/2018.
https://www.bertrand.pt/livro/cuidar-de-idosos-com-dependencia-fisica-e-mental-carlos-sequeira/21325567
https://www.fnac.pt/Cuidar-de-Idosos-com-Dependencia-Fisica-e-Mental-Carlos-Sequeira/a1440821
No entanto se persistir qualquer dúvida não hesitem em contactar-me.
Seguem em anexo o instrumento.
Com os melhores cumprimentos e ao dispor,
Carlos Sequeira

ANEXO V – PARECER DA COORDENAÇÃO DA UCC

[redacted]

DECLARAÇÃO

Eu, Cátia Patrícia Vale dos Santos, declaro para os devidos efeitos, que tomei conhecimento e concordo com a realização do estudo de investigação "Papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação no empoderamento do cuidador informal do idoso dependente no domicilio", na UCC [redacted] em que sou Coordenadora.

Mais declaro que o referido projeto de investigação não perturbará o normal funcionamento da UCC bem como a sua atividade.

[redacted], 12 de Janeiro de 2023

Cátia Santos
Coordenadora
UCC [redacted]

[redacted]
Coordenadora

ANEXO VI – PARECER DO CONSELHO CLÍNICO E DE SAÚDE DO ACES

REPÚBLICA PORTUGUESA
SAÚDE

SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE 1979-2019

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

[redacted]

Projeto / Estudo n.º_____/_____

Data de Receção: ____/____/____

PROJECTO DE INVESTIGAÇÃO

Identificação do(s) investigador(es) do estudo

Nome Completo:
Eliana Sofia Silva Brandão

Contacto telefónico:
[redacted]

E.Mail:
elianasofiasilvabrandao@gmail.com

Qualificação Académica:
Licenciatura Enfermagem

Funções que desempenha: Enfermeira

Instituição: ACES Cávado III – Barcelos/Esposende

Designação do Estudo:
Papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação no Empoderamento do Cuidador Informal do Idoso Dependente no Domicílio

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

Vigência do Estudo (Data de princípio e de fim): 10.12.2022 a 31.03.2022

Tipo de análise (quantitativa, qualitativa): Estudo misto

Palavras – chave: Enfermagem em Reabilitação, Cuidador Informal, Idoso Dependente, Empoderamento

[redacted]

SNS + PROXIMIDADE

REPÚBLICA PORTUGUESA
SAÚDE

SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE 1979-2019

ARS NORTE [redacted]

Termo de Responsabilidade

Declaro assumir a liderança científica do projeto / estudo e as responsabilidades decorrentes da sua boa execução, bem como a dar feedback do estudo em causa e suas conclusões ao ACeS [redacted]

Data: 23.11.2022

Assinatura:

Projeto / Estudo n.º ____/____

Data de Receção: ____/____/____

PARECER CONSELHO CLÍNICO E DE SAÚDE

Favorável [x] **Não Favorável** [ ]

Data: 23/09/11

Assinaturas:

Clínico Bol

DIRETOR EXECUTIVO

ACeS [redacted]

Nada a opor à sua realização, de acordo com o parecer do CCS.

(Fernando Ferreira)

Fernando Ferreira
Diretor Executivo

[redacted]

SNS + PROXIMIDADE

ANEXO VII – PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DA ARS NORTE

REPÚBLICA PORTUGUESA
SAÚDE

SNS
SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

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

☐ COMUNICAÇÃO ☐ INFORMAÇÃO ☒ PARECER

DATA: **2023-03-15**

REFERÊNCIA: **CE/2023/35**

PARA .....: CONSELHO DIRETIVO

DE .....: COMISSÃO DE ÉTICA

ASSUNTO ..: **PI 20230007 - Papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação no Empoderamento do Cuidador Informal do Idoso Dependente no Domicílio**

EXARADO NA ATA Nº 2023_14
REUNIÃO DE 2023-03-29

DELIBERADO AUTORIZAR
2023-03-29

Carlos Nunes
Presidente do CD

Maria Clara Castro

Maria Clara Castro
Vice Presidente do CD

Paula Duarte
Vogal do CD

A- Apresentação do pedido em apreciação

A Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Norte, I.P. recebeu o pedido de parecer relativo ao projeto intitulado " Papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação no Empoderamento do Cuidador Informal do Idoso Dependente no Domicílio ", cujo objetivo consiste em conhecer os contributos do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na capacitação do cuidador informal do idoso dependente, no domicílio.
O projeto submetido tem como investigadora responsável a Senhora Enfermeira Eliana Sofia Silva Brandão , no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação pela Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo, sob a orientação da Profª Doutora Andreia Maria Novo Lima. O Estudo decorrerá na UCC de Barcelinhos do ACES Cávado III - Barcelos/Esposende.
[redacted] obrigatórios para a sua submissão.

B- Identificação de questões com eventuais implicações éticas ou metodológicas

Trata-se de um estudo de abordagem mista, do tipo investigação-ação. Os participantes deste estudo serão os cuidadores informais, maiores de 18 anos e após assinarem o Consentimento Informado, de idosos dependentes (idade >= 65 anos e pontuação na escala de Barthel
Garantem a equipa de investigação que ao longo deste estudo de investigação, será assegurado o princípio da minimização, procedendo apenas à recolha dos dados pertinentes e limitados ao que é necessário, atendendo aos objetivos deste estudo; a privacidade e a confidencialidade dos dados clínicos dos participantes, uma vez que os dados recolhidos serão confidenciais e de uso exclusivo para o presente estudo. Não serão registados quaisquer dados de identificação, sendo garantido o anonimato. Os questionários serão codificados; a encriptação de todos os dados recolhidos no dispositivo de armazenamento, garantindo a proteção das chaves de acesso e a destruição das gravações áudio e de todos os dados recolhidos, no prazo máximo de doze meses.

C - Conclusão

Reconhecendo a relevância do estudo, a Comissão de Ética da ARSN considera que estão assegurados os procedimentos que garantem o respeito das normas éticas relativas à proteção dos dados pessoais, dos direitos e dos interesses dos participantes, pelo que delibera dar parecer favorável à realização do estudo.

A investigadora responsável deve comunicar os resultados, assim que o estudo esteja concluído.

Porto, 14 de março de 2023

Maria José Ferreira Santos
Presidente da Comissão de Ética

Rua Santa Catarina, 1288 4000-447 Porto
Telefone: 220411000 **E-mail:** arsn@arsnorte.min-saude.pt **Website:** www.arsnorte.min-saude.pt

APÊNDICES

APÊNDICE I – PLANO DA ATIVIDADE FORMATIVA

<table>
<tr><th colspan="6">PLANO DA ATIVIDADE FORMATIVA</th></tr>
<tr><td colspan="6">Ação de Formação: Transição para o Papel de Cuidador Informal</td></tr>
<tr><td>Data</td><td>15.03.2023</td><td>Hora</td><td>14h00</td><td colspan="2">Duração: 02h</td></tr>
<tr><td>Destinatários</td><td colspan="3">Equipa multidisciplinar da UCC [redacted]</td><td>Nº Formandos</td><td></td></tr>
<tr><td>Local da Formação</td><td colspan="2">UCC [redacted]</td><td>Formador</td><td colspan="2">Enfermeira Eliana Brandão</td></tr>
<tr><td>Fundamentação</td><td colspan="5">O aumento do grau de dependência da população, em especial da população idosa, origina a necessidade de cuidados por parte da mesma. Neste contexto, o cuidador informal assume um papel de relevo, ao garantir a promoção e manutenção da qualidade de vida do idoso dependente nas suas atividades de vida diária.
É importante que a transição situacional para o papel de cuidador informal seja vivida de forma saudável. Uma vez que, este processo está repleto de dificuldades, os enfermeiros detêm um papel fulcral, nomeadamente, através da capacitação do cuidador informal para o seu novo papel.</td></tr>
<tr><td>Objetivos</td><td colspan="5">• Analisar e refletir sobre o papel do cuidador informal na ótica da parceria de cuidados
• Analisar e refletir sobre as dificuldades/necessidades do cuidador informal e o papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e Equipa multidisciplinar
• Analisar e refletir sobre as repercussões do cuidar
• Sensibilizar para a importância do papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e Equipa multidisciplinar como fator facilitador da transição para o papel de cuidador
• Promover a adoção de estratégias promotoras de uma vivência transicional saudável para o papel de cuidador, pelos profissionais da UCC
• Promover o uso de instrumentos de avaliação do cuidador</td></tr>
<tr><td>Programa / Sumário</td><td colspan="5">• Envelhecimento e Dependência: Desafios em Saúde;
• Cuidador Informal: - Determinantes de adoção do Papel
- Processo de transição;
- Dificuldades/Necessidades
- Estratégias de coping
- Repercussões associadas ao cuidar
- Instrumentos de avaliação do cuidador
• Papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e Equipa Multidisciplinar</td></tr>
<tr><td>Metodologias</td><td colspan="5">Expositiva e interativa.</td></tr>
</table>

APÊNDICE II – POWER POINT DA ATIVIDADE FORMATIVA

TRANSIÇÃO DO FAMILIAR PARA O PAPEL DE CUIDADOR INFORMAL

Elaborado por: Eliana Sofia Silva Brandão
VII Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

ENVELHECIMENTO E DEPENDÊNCIA: DESAFIOS EM SAÚDE

2020

Os idosos, em Portugal, representavam 22,4% do total da população residente

2021

O índice de envelhecimento era de 182 idosos para cada 100 jovens

Esperança média de vida

81 anos

- 84 anos para as mulheres
- 78 anos para os homens

(INE, 2023; OECD, 2021)

ENVELHECIMENTO E DEPENDÊNCIA: DESAFIOS EM SAÚDE

2019

Esperança de vida saudável aos 65 anos

- 9,8 anos para as mulheres
- 9,7 anos para os homens

Portugal

Pessoas com 65 ou mais anos

- 44,6% apresentavam alguma limitação nas atividades de vida diária
- 18,7% apresentavam limitações severas

(OECD, 2021)

ENVELHECIMENTO E DEPENDÊNCIA: DESAFIOS EM SAÚDE

2019

OCDE

Média da população idosa que recebia cuidados de longa duração

10,7 %

68% usufruem de cuidados de longa duração no domicílio

Portugal

Pessoas com 65 ou mais anos

1,9 %

30% usufruem de cuidados de longa duração no domicílio

(IOECD, 2021)

CUIDADOR INFORMAL

Papel de extrema importância

- Prestação de cuidados ao idoso dependente
- Manutenção da saúde e do bem estar do idoso dependente
- Promoção da autonomia e independência

Apoios estruturados das organizações de saúde → Pontuais

- Garantir a qualidade do desempenho
- Preservar a saúde e o bem-estar da díade idoso/cuidador

(Baptista & Perista, 2018; Zigante, 2018; OECD, 2021)

CUIDADOR INFORMAL

Determinantes de adoção do papel de cuidador

- Iniciativa própria (61%)
- Decisão familiar (18%)
- Ser a única pessoa que podia cuidar (12%)
- Solicitação da pessoa dependente (6%)

Determinantes na escolha do cuidador

- Relação familiar
- Coresidência
- Género do cuidador e da pessoa a cuidar
- Solicitação da pessoa dependente

(Alves et al., 2020; Carvalho et al., 2019; Costa et al., 2019 Nicolau 2018; Paiva et al., 2022; Sequeira, 2018)

CUIDADOR INFORMAL: TRANSIÇÃO

Teoria das transições de Alaf Meleis:

Conceito de transição:
Traduz a passagem de uma fase, condição ou estado para outro. Apresenta-se como um conceito multidimensional, intimamente relacionado com a mudança, desenvolvimento, evolução e adaptação.

- Desenvolvimento
- Situacional
- Saúde-doença
- Organizacional

PROPRIEDADES

- Consciencialização
- Envolvimento
- Mudança

(Meleis et al., 2000)

CUIDADOR INFORMAL: TRANSIÇÃO

Transição para o exercício do papel de cuidador

Processo complexo

- Cuidador
- Pessoa dependente
- Contexto em que se desenvolve a relação

(Meleis et al., 2000; Sequeira, 2018)

CUIDADOR INFORMAL: DIFICULDADES

- Problemas relacionais com o idoso
- Restrições sociais
- Exigências do cuidar
- Reações ao cuidar
- Falta de apoio familiar
- Falta de apoio profissional

CADI
Índice de avaliação das dificuldades do cuidador

(Sequeira, 2018)

CUIDADOR INFORMAL: ESTRATÉGIAS DE COPING

Estratégias centradas na prestação de cuidados

- Estabelecer um programa regular de tarefas e procurar cumpri -lo
- Planear com antecedência e assim estar preparado
- Procurar obter toda a informação acerca do problema
- Tomar medidas para evitar que os problemas surjam
- Acreditar em si próprio e na sua capacidade para lidar com a situação
- Confiar na sua própria experiência e competência
- Estabelecer uma ordem de prioridades e concentrar -se nas mais importantes

(Sequeira, 2018)

CUIDADOR INFORMAL: ESTRATÉGIAS DE COPING

Perceções alternativas sobre a situação

- Pensar que há sempre alguém que esteja pior
- Recordar todos os bons momentos que passou com a pessoa
- Pensar que a pessoa de quem cuida não tem culpa da situação
- Viver um dia de cada vez
- Procurar ver o que há de positivo em cada situação
- Pensar que ninguém tem culpa da situação

(Sequeira, 2018)

CUIDADOR INFORMAL: ESTRATÉGIAS DE COPING

Estratégias centradas no problema

- Obter toda a ajuda dos serviços de saúde/sociais
- Pensar no problema e encontrar uma forma de lhe dar solução
- Experimentar várias soluções até encontrar uma que resulte

Estratégias centradas no cuidador

- Arranjar maneira de não pensar nas coisas, lendo, vendo televisão,….
- Aceitar a situação tal como ela é
- Manter dominados os seus sentimentos e emoções

(Sequeira, 2018)

CUIDADOR INFORMAL: ESTRATÉGIAS DE COPING

Estratégias centradas no meio

- Conseguir que a família lhe dê toda a ajuda prática que puder
- Modificar as condições da casa de modo a facilitar as coisas
- Dedicar-se a coisas que lhe interessam, para além do cuidar
- Reservar algum tempo livre para si
- Manter a pessoa de quem cuida tão ativa quanto possível

(Sequeira, 2018)

CUIDADOR INFORMAL: ESTRATÉGIAS DE COPING

Estratégias centradas na partilha do problema

- Falar dos seus problemas a alguém em quem confia
- Agarrar-se a fortes crenças pessoais ou religiosas

CAMI
Índice de avaliação das estratégias de COPING do cuidador

(Sequeira, 2018)

CUIDADOR INFORMAL: REPERCUSSÕES

Repercussões no estado de saúde

Cefaleias, dores musculares,**cansaço**, alterações de sono, tristeza, **tensão nervosa**e irritabilidade

Repercussões económicas

Rendimentos do idoso dependente
Encargos ativos com o cuidar
Encargos passivos com o cuidar

Repercussões sociais

SOBRECARGA → **ESC**

(Sequeira, 2018)

CUIDADOR INFORMAL: REPERCUSSÕES POSITIVAS

Criação de um sentido de vida, sentimentos de realização, crescimento pessoal, satisfação com o cumprimento do papel, valorização social

Desenvolvimento de novas competências, habilidades, retribuição de carinho e reconhecimento de outras pessoas

CASI → Avaliação das principais fontes de satisfação que o cuidador obtém

(Sequeira, 2018)

CUIDADOR INFORMAL: INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

Índice de avaliação das dificuldades do cuidador — CADI

Índice de avaliação das estratégias de coping do cuidador — CAMI

Índice de satisfação do cuidador — CASI

Escala de satisfação com o suporte social — ESSS

Escala de sobrecarga do cuidador — ESC

Questionário de avaliação da sobrecarga do cuidador informal — QASCI

(Sequeira, 2018)

CUIDADOR INFORMAL: INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

Jogo de tabuleiro

Permite uma comunicação aberta no sistema familiar

Ferramenta de avaliação familiar

Intervém nas forças da família

(Fernandes et al., 2018)

CUIDADOR INFORMAL: ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO

Alaf Meleis destaca o papel fundamental dos enfermeiros como agentes facilitadores do processo de transição vivenciado pelo cuidador, devendo para tal focar a sua prática nas reais necessidades do cuidador informal

Cuidadores idosos dependentes → Alvo de diagnóstico e intervenção pelos profissionais de saúde, de forma multidisciplinar

(Meleis et al., 2000)

CUIDADOR INFORMAL: ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO

Enfermeiros → Diagnóstico:
- Principais dificuldades
- Capacidade para o desempenho do papel de cuidador
- Nível de conhecimentos
- Sobrecarga, satisfação e estratégias de coping

Cuidador Informal → Parceiro de Cuidados
É fundamental que seja envolvido no plano de intervenção da equipa de forma ativa, devendo também ele ser alvo dos nossos cuidados

(Sequeira, 2018)

CUIDADOR INFORMAL: ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO

Proporcionar conhecimentos sobre a prestação de cuidados
Ajudar o cuidador a identificar as principais dificuldades e estratégias para as superar
Ajudar o cuidador a encontrar estratégias que facilitem a prestação de cuidados
Orientar para a planificação das atividades
Orientar sobre técnicas específicas (banho, posicionamentos,….)
Promover o treino de estratégias específicas
Permitir a verbalização de sentimentos e expetativas
Sensibilizar o cuidador sobre a necessidade de cuidar de si próprio
Promover a adoção de estratégias de coping eficazes
Identificar os elementos da rede disponíveis para o apoio e tipo de apoio
Implicar a família na prestação de cuidados, sensibilizando o cuidador a aceitar o apoio familiar
Ajudar o cuidador a aceitar que a sobrecarga pode ocorrer naturalmente

(Dixe e Querido, 2020; Oliveira & Caldas, 2021; Sequeira, 2018)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alves, S., Ribeiro, O., & Paúl, C. (2020). Unmet needs of informal carers of the oldest old in Portugal. *Health and Social Care in the Community*, 28, 2408-2417. https://doi.org/10.1111/hsc.13063

Baptista, I., & Perista, P. (2018). *ESPN Thematic Report on Challenges in long-term care: Portugal*. Publications Office of the European Union. https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=20351&langId=en

Carvalho, A., Araújo, L. J. P., & Veríssimo, M. T. (2019). Quando os cuidados continuados chegam ao fim: perspetivas de cuidadores informais sobre o momento da alta. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(22), 107-116. https://doi.org/10.12707/RIV19023

Costa, M. B. A.L., Paúl, M. C. L. F., Azevedo, M. J. T. C., & Gomes, J. C. R. Motivações dos cuidadores informais de pessoas com demência e o paradoxo do cuidado. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 11(18), Artigo e2620. https://doi.org/10.25248/reas.e2620.2019

Dixe, M.A.C.R., & Querido, A.I.F. (2020). Cuidador informal de pessoa dependente no autocuidado: fatores de sobrecarga. *Revista de Enfermagem Referência*. 5(3), pp.1-8. https://doi.org/10.12707/RV20013

Fernandes, C. S., Angelo, M., Martins, M. M. (2018). Dar Voz aos Cuidadores: um jogo o cuidador familiar de um doente dependente. Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 52, Artigo e03309. http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017013903309

Instituto Nacional de Estatística. (2023). *Estatísticas Demográficas - 2021*. 1-187. https://www.ine.pt/xurl/pub/13932532

Meleis, A. I, Sawyer, L. M., Im, E. O., Messias, D. K. H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-18. https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Nicolau, A. P. D. (2019). O cuidador informal: estratégias vividas pelo cuidador informal da pessoa idosa dependente. [Dissertação de mestrado, Iscte – Instituto Universitário de Lisboa]. Repositório do Iscte http://hdl.handle.net/10071/17139

Oliveira, S. G., & Caldas, C. P. (2021). Processo de transição do familiar para o papel de cuidador familiar de um idoso dependente: Uma revisão integrativa. *Revista Enfermagem em Foco*. 12(3), 608-614. https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n3.3364

Organisation for Economic Co-operation and development. (2021). *Health at a Glance 2021: OECD Indicators*. OECD Publishing. https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en

Paiva, J. R. R. (2020). Dificuldades e necessidades do cuidador informal: Um estudo no município de Cantanhede [Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa], Repositório Científico da Universidade de Coimbra. https://hdl/handle.net/10316/94237

Sequeira, C. (2018). Cuidador Informal/Prestador de Cuidados In C. Sequeira (Coord.), *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. (2ª ed.). pp. 161-265. Lidel Edições Técnicas, lda.

Zigante, V. (2018). *Informal care in Europe: exploring formalization, availability and quality*. Publications Office of the European Union.

https://data.europa.eu/doi/10.2767/78836

TRANSIÇÃO PARA O PAPEL DE CUIDADOR INFORMAL

Obrigada a todos pela vossa presença

APÊNDICE III – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO DE CARACTERIZAÇÃO DO CUIDADOR INFORMAL

Código:_____

CARACTERIZAÇÃO DO CUIDADOR INFORMAL

1. Idade: _____ anos
2. Género: 1 ☐Feminino 2 ☐Masculino 3 ☐Outro: _____ (Indique se o desejar)
3. Estado civil: 1☐ Solteiro/a
   2☐ Casado/a ou em união de facto
   3☐ Viúvo/a
   4☐ Separado/a ou divorciado/a
4. Habilitações literárias: 1☐ Sem escolaridade
   2☐ 1º ciclo do Ensino Básico (4º ano)
   3☐ 2º ciclo do Ensino Básico (6º ano)
   4☐ 3º ciclo do Ensino Básico (9º ano)
   5☐ Ensino secundário (12º ano)
   6☐ Ensino superior
   7☐ Outro. Qual? (especifique)_____
5. Situação Profissional: 1☐ Tem um emprego
   2☐ Está desempregado/a
   3☐ É estudante
   4☐ Está reformado/a ou com pré-reforma
   5☐ Ocupa-se de tarefas domésticas
   6☐ Está de baixa médica
   7☐ Outro. Qual? _____
6. Grau de parentesco com o idoso dependente: 1☐ Mãe ou Pai
   2☐ Cônjuge ou companheiro/a
   3☐ Filho/a
   4☐ Irmão/ã
   5☐ Genro/nora
   6☐ Amigo/a
   7☐ Outro. Qual? _____
7. Vive com o idoso dependente? 1☐Sim 2☐ Não
8. Há quanto tempo cuida desta pessoa? _____ anos _____ meses

9. Tem apoio de alguma pessoa ou instituição (por exemplo, serviço de apoio domiciliário), na prestação de cuidados? 1 ☐Sim. Quem? _____

   2 ☐Não

10. É a primeira vez que cuida de uma pessoa dependente? 1 ☐ Sim 2 ☐ Não

11. Recebeu formação ou ensinos sobre como cuidar de uma pessoa dependente?

    1☐ Sim

    2 ☐Não

    Se sim, especifique_____

APÊNDICE IV – CONSISTÊNCIA INTERNA DA ESCALA DE SOBRECARGA DO CUIDADOR

Itens	Recolha de Dados Pré Intervenção do EEER α se o item for excluído	Recolha de Dados Pós Intervenção do EEER α se o item for excluído
1. Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que necessita?	0.933	0.942
2. Já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?	0.932	0.939
3. Sente-se tenso quando tem de cuidar do seu familiar?	0.932	0.935
4. Sente-se envergonhado pelo comportamento do seu familiar?	0.933	0.942
5. Sente-se irritado quando está junto do seu familiar?	0.932	0.936
6. A relação com familiares e amigos está afetada de forma negativa?	0.929	0.937
7. Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?	0.935	0.942
8. Pensa que o seu familiar depende de si?	0.935	0.942
9. Sente-se esgotado por estar junto do seu familiar?	0.930	0.938
10. Cuidar do seu familiar afeta a sua saúde?	0.934	0.939
11. Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?	0.931	0.939
12. Pensa que as suas relações sociais foram afetadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?	0.930	0.940
13. Não se sente à vontade em convidar amigos para irem a sua casa devido ao seu familiar?	0.932	0.937
14. Acredita que o seu familiar espera que cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele pudesse contar?	0.933	0.941
15. Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?	0.933	0.941
16. Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?	0.927	0.934
17. Sente que perdeu o controlo da sua vida depois de a doença do seu familiar se ter manifestado?	0.935	0.939
18.Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?	0.934	0.941
19. Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?	0.930	0.939
20. Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?	0.932	0.941
21. Pensa que poderia cuidar melhor do seu familiar?	0.933	0.941
22. Em geral, sente-se muito sobrecarregado por cuidar do seu familiar?	0.934	0.935
	Escala Global: α=0.935	**Escala Global: α=0.942**

APÊNDICE V – GUIÃO DAS ENTREVISTAS

Guião da Entrevista Inicial	
1.	Que necessidades, decorrentes do seu papel de cuidador, considera ter?
2.	Como se sente relativamente ao seu papel de cuidador?
3.	Considera que teve a informação necessária para cuidar de uma pessoa dependente?
4.	Como descreve o apoio que tem?
5.	O que faz para cuidar de si?

Guião da Entrevista Final	
1.	Enquanto cuidador de uma pessoa dependente, que significado teve a intervenção do EEER na satisfação das suas necessidades?
2.	Que mudanças ocorreram com esta intervenção?

APÊNDICE VI – CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Título do estudo:

Empoderamento do Cuidador Informal do Idoso Dependente no Domicílio: Papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

Enquadramento:

Este estudo surge no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo e tem como objetivo geral: descrever os ganhos em saúde no empoderamento do cuidador informal do idoso dependente no domicílio, resultantes da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

Explicação do estudo:

A participação neste estudo pressupõe o preenchimento de um questionário de caracterização sociodemográfica, de avaliação do grau de satisfação quanto ao funcionamento familiar e do nível de sobrecarga do cuidador informal, assim como responder a uma entrevista inicial que pretende identificar as necessidades do cuidador informal do idoso dependente no domicílio. Após a identificação das necessidades, serão levantados os diagnósticos e respetivas intervenções, dando origem a um plano de cuidados de Enfermagem de Reabilitação individualizado que será discutido consigo, e posteriormente implementado em contexto domiciliário, visando o empoderamento do cuidador informal. Para tal, prevêem-se duas sessões semanais integradas nas visitas domiciliárias, durante oito semanas. Duas semanas após a participação neste programa de Enfermagem de Reabilitação, pressupõe o preenchimento de um questionário que visa avaliar novamente o grau de satisfação quanto ao funcionamento familiar e o nível de sobrecarga do cuidador informal, assim como responder a uma entrevista final que visa conhecer o significado atribuído pelo cuidador informal, quanto à satisfação das necessidades vivenciadas, com a intervenção do EEER.

.

Condições:

A participação neste estudo de investigação é totalmente voluntária e, caso não aceite participar, não haverá qualquer prejuízo para si. O estudo mereceu parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde da ARS Norte.

Confidencialidade e anonimato:

Os dados recolhidos são confidenciais e de uso exclusivo para o presente estudo. Não serão registados quaisquer dados de identificação, sendo-lhe garantido o anonimato.

Obrigada pela sua participação neste estudo,
Eliana Sofia Silva Brandão, Enfermeira, Estudante do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo.
Contacto telefónico: [redacted], endereço eletrónico: elinasofiasilvabrandao@gmail.com

Assinatura:

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.

Nome: … … … … … … … ….... … … … ….... … … … … … … … … … … … …
Assinatura: … … … … … … … ….... … … … … ... … … … … … … … … … … …
Data: …… /…… /……

APÊNDICE VII – PLANOS INDIVIDUAIS DE INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Plano Individual de Intervenção do EEER – Cuidador Informal 1			
Sessões	**Diagnósticos**	**Intervenções**	**Observações**
Sessão 1	Processo familiar comprometido	• Apoiar a família a identificar estratégias de coping eficazes • Incentivar o apoio / suporte da família • Incentivar o envolvimento da família • Otimizar comunicação • Otimizar processo familiar • Negociar o processo familiar	Recurso: Jogo "Dar voz ao cuidador" Desafio familiar proposto: Reverem juntos os álbuns de família
Sessão 2	Processo familiar comprometido	• Avaliar processo familiar • Apoiar a família a identificar estratégias de coping eficazes • Incentivar o apoio / suporte da família • Incentivar o envolvimento da família • Otimizar comunicação • Otimizar processo familiar • Negociar o processo familiar	→ Realizaram o desafio familiar proposto na sessão anterior Recurso: Jogo "Dar voz ao cuidador" Desafio proposto: Substituir o CI numa tarefa: lavar a loiça do jantar [netos]
Sessão 3	Stress do prestador de cuidados presente, em grau reduzido Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados para gerir stress	• Apoiar o prestador de cuidados no tomar conta • Ensinar o prestador de cuidados sobre serviços de saúde • Incentivar a comunicação de emoções • Incentivar o envolvimento da família • Orientar prestador de cuidados para o serviço social [adaptação da casa de banho] • Orientar prestador de cuidados para recursos da comunidade • Ensinar sobre o papel de prestador de cuidados • Instruir o prestador de cuidados para tomar conta	→ Realizaram o desafio familiar proposto na sessão anterior
		• Instruir técnica de relaxamento • Treinar técnica de relaxamento • Planear técnica de relaxamento	
Sessão 4		• Executar técnica de relaxamento • Treinar técnica de relaxamento • Instruir exercícios de alongamento • Treinar exercícios de alongamento • Planear exercícios de alongamento	→CI e filha realizaram exercícios de relaxamento 1x/dia
	Potencial para melhorar a capacidade do prestador de cuidados para transferir Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de queda	• Instruir o prestador de cuidados a transferir • Treinar o prestador de cuidados a transferir • Assistir a identificar condições de risco para a queda • Ensinar o prestador de cuidados sobre prevenção de quedas • Instruir o prestador de cuidados a prevenir a queda	→ Ênfase na adoção de posturas ergonómicas
Sessão 5		• Executar técnica de relaxamento • Executar exercícios de alongamento • Instruir exercícios de alongamento • Treinar exercícios de alongamento • Avaliar capacidade do prestador de cuidados para transferir • Treinar o prestador de cuidados a transferir • Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de queda	→ Potencial para melhorar a capacidade do prestador de cuidados para transferir → Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de queda → Ênfase na adoção de posturas ergonómicas

			→ Potencial para melhorar a capacidade do prestador de cuidados para posicionar
Sessão 6	Potencial para melhorar a capacidade do prestador de cuidados para posicionar	• Executar técnica de relaxamento • Executar exercícios de alongamento • Instruir exercícios de alongamento • Treinar exercícios de alongamento • Avaliar capacidade do prestador de cuidados para transferir	→ Capacidade do prestador de cuidados para transferir → Ênfase na adoção de posturas ergonómicas →Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de úlcera de pressão →Potencial para melhorar a capacidade do prestador de cuidados para prevenir úlcera de pressão
		• Instruir o prestador de cuidados para posicionar • Treinar o prestador de cuidados a posicionar	
Sessão 6	Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de úlcera de pressão Potencial para melhorar a capacidade do prestador de cuidados para prevenir úlcera de pressão	• Executar técnica de relaxamento • Executar exercícios de alongamento • Treinar exercícios de alongamento • Avaliar capacidade do prestador de cuidados para posicionar • Treinar o prestador de cuidados a posicionar	→ Potencial para melhorar a capacidade do prestador de cuidados para posicionar
		• Ensinar o prestador de cuidados sobre dispositivos de prevenção de úlcera de pressão • Ensinar o prestador de cuidados sobre prevenção de úlcera de pressão • Ensinar o prestador de cuidados sobre sinais de úlcera de pressão • Instruir o prestador de cuidados sobre o uso de dispositivos de prevenção de úlcera de pressão • Treinar o prestador de cuidados no uso de dispositivos de prevenção de úlcera de pressão	
Sessão 7	Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de convulsão	• Executar técnica de relaxamento • Executar exercícios de alongamento • Avaliar capacidade do prestador de cuidados para posicionar • Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de úlcera de pressão • Treinar o prestador de cuidados no uso de dispositivos de prevenção de úlcera de pressão	→ Capacidade do prestador de cuidados para posicionar → Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de úlcera de pressão → Potencial para melhorar a capacidade do prestador de cuidados sobre prevenção de úlcera de pressão
		• Ensinar o prestador de cuidados a gerir a convulsão • Ensinar o prestador de cuidados sobre convulsão • Ensinar o prestador de cuidados sobre prevenção da convulsão	
Sessão 8		• Executar técnica de relaxamento • Executar exercícios de alongamento	→ Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de úlcera de pressão → Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de convulsão
		• Avaliar capacidade do prestador de cuidados sobre prevenção de úlcera de pressão • Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de convulsão	

Plano Individual de Intervenção do EEER – Cuidador Informal 2			
Sessões	**Diagnósticos**	**Intervenções**	**Observações**
Sessão 1	Processo familiar comprometido	• Avaliar processo familiar • Apoiar a família a identificar estratégias de coping eficazes • Incentivar o apoio / suporte da família • Incentivar o envolvimento da família • Otimizar comunicação • Otimizar processo familiar • Negociar o processo familiar	Recurso: Jogo "Dar voz ao cuidador" Desafio proposto: Reverem juntos um álbum de família
Sessão 2	Processo familiar comprometido	• Avaliar processo familiar • Apoiar a família a identificar estratégias de coping eficazes • Incentivar o apoio / suporte da família • Incentivar o envolvimento da família • Otimizar comunicação • Otimizar processo familiar • Negociar o processo familiar	→ Realizaram o desafio proposto na sessão anterior Recurso: Jogo "Dar voz ao cuidador" Desafio proposto: A filha e genro substituírem a CI no Domingo à tarde e a CI ir lanchar com o filho e netos
Sessão 3	Stress do prestador de cuidados presente, em grau elevado Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados para gerir stress	• Apoiar o prestador de cuidados no tomar conta • Incentivar a comunicação de emoções • Incentivar o envolvimento da família • Ensinar sobre o papel de prestador de cuidados • Instruir o prestador de cuidados para tomar conta • Instruir técnica de relaxamento • Treinar técnica de relaxamento • Planear técnica de relaxamento	→ Realizaram o desafio familiar proposto na sessão anterior
Sessão 4	Tristeza Coping comprometido Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de coping	• Executar técnica de relaxamento • Treinar técnica de relaxamento • Escutar • Incentivar a comunicação de emoções • Incentivar interação social • Incentivar o apoio / suporte da família • Incentivar o envolvimento da família • Incentivar o autocuidado: atividade recreativa • Apoiar na tomada de decisão • Ensinar sobre coping • Instruir sobre estratégias de coping • Incentivar tomada de decisão • Otimizar comunicação	→ Cuidadora realizou técnica de relaxamento ao deitar

Sessão 5		• Executar técnica de relaxamento • Treinar técnica de relaxamento • Avaliar tristeza • Avaliar coping • Avaliar conhecimento sobre estratégias de coping • Escutar • Incentivar a comunicação de emoções • Incentivar interação social • Incentivar o apoio / suporte da família • Incentivar o envolvimento da família • Apoiar na tomada de decisão • Ensinar sobre coping • Instruir sobre estratégias de coping • Otimizar comunicação	→ Tristeza → Coping comprometido → Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de coping
	Crença dificultadora Autocuidado: Atividade Recreativa comprometido	• Encorajar expressão de crenças • Ensinar sobre crença [dever exclusivo de prestação de cuidados] • Otimizar as crenças • Assistir no autocuidado: atividade recreativa • Ensinar sobre atividade recreativa • Ensinar sobre recursos da comunidade • Incentivar iniciativa • Incentivar o autocuidado: atividade recreativa • Incentivar tomada de decisão • Planear atividades de lazer	→ Desafio proposto: caminhada de 30 min com a vizinha (proposta já realizada à CI pela vizinha)
Sessão 6		• Executar técnica de relaxamento • Avaliar tristeza • Avaliar coping • Avaliar conhecimento sobre estratégias de coping • Avaliar autocuidado: atividade recreativa • Avaliar crença • Escutar • Incentivar a comunicação de emoções • Incentivar interação social • Incentivar o apoio / suporte da família • Incentivar o envolvimento da família • Apoiar na tomada de decisão • Ensinar sobre coping • Instruir sobre estratégias de coping • Otimizar comunicação • Incentivar o autocuidado: atividade recreativa	→ Caminhada proposta já planeada → Tristeza → Coping comprometido → Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de coping → Autocuidado: atividade recreativa comprometido → Crença dificultadora
Sessão 7		• Executar técnica de relaxamento • Avaliar tristeza • Avaliar coping • Avaliar conhecimento sobre estratégias de coping • Avaliar crença • Avaliar autocuidado: atividade recreativa • Encorajar expressão de crenças • Ensinar sobre crença [dever exclusivo de prestação de cuidados]	→Realizou caminhada com a vizinha e já planeou uma outra caminhada (renitente em continuar), no domingo foi almoçar à casa do filho →Sem tristeza →Sem coping comprometido →Conhecimento sobre estratégias de coping

		• Otimizar as crenças • Incentivar iniciativa • Incentivar o autocuidado: atividade recreativa • Incentivar tomada de decisão	→Autocuidado: atividade recreativa comprometido →Crença dificultadora
Sessão 8		• Executar técnica de relaxamento • Avaliar crença • Avaliar autocuidado: atividade recreativa	→Realizou segunda caminhada planeada com a vizinha e já se comprometeram a continuar (2x/semana) →Sem crença dificultadora →Sem autocuidado: atividade recreativa comprometido

Plano Individual de Intervenção do EEER – Cuidador Informal 3			
Sessões	**Diagnósticos**	**Intervenções**	**Observações**
Sessão 1	Processo familiar comprometido	• Avaliar processo familiar • Apoiar a família a identificar estratégias de coping eficazes • Incentivar o apoio / suporte da família • Incentivar o envolvimento da família • Otimizar comunicação • Otimizar processo familiar • Negociar o processo familiar	Recurso: Jogo "Dar voz ao cuidador" Desafio proposto: Marido arrumar a cozinha à noite
Sessão 2	Processo familiar comprometido	• Avaliar processo familiar • Apoiar a família a identificar estratégias de coping eficazes • Incentivar o apoio / suporte da família • Incentivar o envolvimento da família • Otimizar comunicação • Otimizar processo familiar • Negociar o processo familiar	→ Realizaram o desafio proposto na sessão anterior, embora a CI tenha colaborado Recurso: Jogo "Dar voz ao cuidador" Desafio proposto: Marido cozinhar no sábado
Sessão 3	Stress do prestador de cuidados presente, em grau elevado Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados para gerir stress	• Apoiar o prestador de cuidados no tomar conta • Ensinar o prestador de cuidados sobre serviços de saúde • Incentivar a comunicação de emoções • Incentivar o envolvimento da família • Orientar prestador de cuidados para recursos da comunidade • Ensinar sobre o papel de prestador de cuidados • Instruir o prestador de cuidados para tomar conta	→ Realizaram o desafio proposto na sessão anterior
		• Instruir técnica de relaxamento • Treinar técnica de relaxamento • Planear técnica de relaxamento	
Sessão 4		• Executar técnica de relaxamento • Treinar técnica de relaxamento • Instruir exercícios de alongamento • Treinar exercícios de alongamento • Planear exercícios de alongamento	→CI realizou exercícios de relaxamento 2 a 3 vezes/dia
	Potencial para melhorar a capacidade do prestador de cuidados para transferir Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de queda	• Instruir o prestador de cuidados a transferir • Treinar o prestador de cuidados a transferir • Assistir a identificar condições de risco para a queda • Ensinar o prestador de cuidados sobre prevenção de quedas • Instruir o prestador de cuidados a prevenir a queda	→ Ênfase na adoção de posturas ergonómicas
Sessão 5		• Executar técnica de relaxamento • Treinar técnica de relaxamento • Executar exercícios de alongamento • Instruir exercícios de alongamento • Treinar exercícios de alongamento	

	Tristeza Coping comprometido Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de coping	• Avaliar capacidade do prestador de cuidados para transferir • Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de quedas • Instruir o prestador de cuidados a transferir • Treinar o prestador de cuidados a transferir	→ Potencial para melhorar a capacidade do prestador de cuidados para transferir → Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de quedas
		• Escutar • Incentivar a comunicação de emoções • Incentivar interação social • Incentivar o apoio / suporte da família • Incentivar o envolvimento da família • Incentivar o autocuidado: atividade recreativa • Ensinar sobre coping • Instruir sobre estratégias de coping • Incentivar tomada de decisão • Otimizar comunicação	
Sessão 5		• Executar técnica de relaxamento • Treinar técnica de relaxamento • Executar exercícios de alongamento • Treinar exercícios de alongamento • Avaliar capacidade do prestador de cuidados para transferir • Avaliar tristeza • Avaliar coping • Avaliar conhecimento sobre estratégias de coping • Escutar • Incentivar a comunicação de emoções • Incentivar interação social • Incentivar o apoio / suporte da família • Incentivar o envolvimento da família • Incentivar o autocuidado: atividade recreativa • Apoiar na tomada de decisão • Ensinar sobre coping • Instruir sobre estratégias de coping • Incentivar tomada de decisão • Planear atividades de lazer	→ Potencial para melhorar capacidade do prestador de cuidados para transferir → Tristeza →Coping comprometido →Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de coping
	Crença dificultadora Autocuidado: atividade recreativa	• Encorajar expressão de crenças • Ensinar sobre crença [priorização dos cuidados ao idoso, desvalorizando o seu próprio autocuidado) • Otimizar as crenças • Assistir no autocuidado: atividade recreativa • Ensinar sobre atividade recreativa • Ensinar sobre recursos da comunidade • Incentivar iniciativa • Incentivar o autocuidado: atividade recreativa • Incentivar tomada de decisão • Planear atividades de lazer	Atividade escolhida: Caminhada com o marido no domingo

Sessão 6		• Executar técnica de relaxamento • Treinar técnica de relaxamento • Executar exercícios de alongamento • Treinar exercícios de alongamento • Avaliar capacidade do prestador de cuidados para transferir • Avaliar tristeza • Avaliar coping • Avaliar conhecimento sobre estratégias de coping • Avaliar autocuidado: atividade recreativa • Escutar • Incentivar a comunicação de emoções • Incentivar interação social • Incentivar o apoio / suporte da família • Incentivar o envolvimento da família • Incentivar o autocuidado: atividade recreativa • Apoiar na tomada de decisão • Ensinar sobre coping • Incentivar tomada de decisão • Planear atividades de lazer	Atividade realizada por insistência do marido → Capacidade do prestador de cuidados para transferir → Tristeza → Coping comprometido → Conhecimento sobre estratégias de coping → Autocuidado: atividade recreativa comprometido
Sessão 7		• Executar técnica de relaxamento • Treinar técnica de relaxamento • Executar exercícios de alongamento • Treinar exercícios de alongamento • Avaliar tristeza • Avaliar coping • Escutar • Incentivar a comunicação de emoções • Incentivar interação social • Incentivar o apoio / suporte da família • Incentivar o envolvimento da família • Incentivar o autocuidado: atividade recreativa • Apoiar na tomada de decisão • Ensinar sobre coping • Incentivar tomada de decisão • Planear atividades de lazer	→ Fez nova caminhada com o marido → Sem tristeza →Coping comprometido → Autocuidado: atividade recreativa comprometido
Sessão 8		• Executar técnica de relaxamento • Treinar técnica de relaxamento • Executar exercícios de alongamento • Treinar exercícios de alongamento • Avaliar coping • Avaliar autocuidado: atividade recreativa	→Fez nova caminhada com o marido →Sem coping comprometido →Sem autocuidado: atividade recreativa comprometido

Plano Individual de Intervenção do EEER – Cuidador Informal 4			
Sessões	**Diagnósticos**	**Intervenções**	**Observações**
Sessão 1	Processo familiar comprometido	• Avaliar processo familiar • Apoiar a família a identificar estratégias de coping eficazes • Incentivar o apoio / suporte da família • Incentivar o envolvimento da família • Otimizar comunicação • Otimizar processo familiar • Negociar o processo familiar	Recurso: Jogo "Dar voz ao cuidador" Desafio proposto: Reverem juntos os álbuns de família
Sessão 2	Processo familiar comprometido	• Avaliar processo familiar • Apoiar a família a identificar estratégias de coping eficazes • Incentivar o apoio / suporte da família • Incentivar o envolvimento da família • Otimizar comunicação • Otimizar processo familiar • Negociar o processo familiar	→ Realizaram o desafio proposto na sessão anterior Recurso: Jogo "Dar voz ao cuidador" Desafio proposto: Verem uma série juntos à noite
Sessão 3	Stress do prestador de cuidados presente, em grau elevado Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados para gerir stress Papel de prestador de cuidados comprometido Potencial do prestador de cuidados para tomar conta, em grau moderado Potencial para melhorar a capacidade do prestador de cuidados para tomar conta Potencial do prestador de cuidados para melhorar capacidade para posicionar	• Apoiar o prestador de cuidados no tomar conta • Ensinar o prestador de cuidados sobre serviços de saúde • Incentivar a comunicação de emoções • Incentivar o envolvimento da família • Orientar prestador de cuidados para o serviço social • Orientar prestador de cuidados para recursos da comunidade • Ensinar sobre o papel de prestador de cuidados • Instruir o prestador de cuidados para tomar conta • Assistir o prestador de cuidados a adequar o tomar conta • Encorajar a expressão de medos • Encorajar a requerer informação • Encorajar a usar os serviços da comunidade • Encorajar ação • Encorajar expressão de crenças • Encorajar interação de papéis • Encorajar tomada de decisão • Ensinar o prestador de cuidados sobre adaptação • Incentivar envolvimento do prestador de cuidados • Incentivar o prestador de cuidados a tomar conta • Ensinar sobre condição do doente • Instruir o prestador de cuidados a trocar fralda • Instruir o prestador de cuidados no uso de dispositivos para o posicionar-se • Instruir o prestador de cuidados para posicionar	→ Realizaram o desafio proposto na sessão anterior

Sessão 4		• Avaliar papel de prestador de cuidados • Avaliar capacidade do prestador de cuidados para tomar conta • Apoiar o prestador de cuidados no tomar conta • Avaliar capacidade do prestador de cuidados para posicionar • Incentivar a comunicação de emoções • Incentivar o envolvimento da família • Instruir o prestador de cuidados para tomar conta • Assistir o prestador de cuidados a adequar o tomar conta • Encorajar a expressão de medos • Encorajar a requerer informação • Encorajar ação • Encorajar expressão de crenças • Encorajar interação de papéis • Encorajar tomada de decisão • Incentivar envolvimento do prestador de cuidados • Incentivar o prestador de cuidados a tomar conta • Ensinar sobre condição do doente • Treinar o prestador de cuidados a trocar fralda • Treinar o prestador de cuidados para posicionar	→ Papel de prestador de cuidados comprometido → Potencial para melhorar capacidade do prestador de cuidados para tomar contar → Potencial do prestador de cuidados para melhorar capacidade para posicionar
		• Instruir técnica de relaxamento • Planear técnica de relaxamento • Instruir exercícios de alongamento • Planear exercícios de alongamento	
	Tristeza Coping comprometido Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de coping	• Escutar • Incentivar a comunicação de emoções • Incentivar interação social • Incentivar o apoio / suporte da família • Incentivar o envolvimento da família • Incentivar o autocuidado: atividade recreativa • Apoiar na tomada de decisão • Ensinar sobre coping • Instruir sobre estratégias de coping • Incentivar tomada de decisão • Otimizar comunicação	
Sessão 5 e Sessão 6		• Executar técnica de relaxamento • Treinar técnica de relaxamento • Executar exercícios de alongamento • Instruir exercícios de alongamento • Treinar exercícios de alongamento • Avaliar papel de prestador de cuidados • Avaliar capacidade do prestador de cuidados para tomar conta • Apoiar o prestador de cuidados no tomar conta • Avaliar capacidade do prestador de cuidados para posicionar • Avaliar tristeza • Avaliar coping • Avaliar conhecimento sobre estratégias de coping • Incentivar a comunicação de emoções • Incentivar o envolvimento da família • Instruir o prestador de cuidados para tomar conta • Encorajar a expressão de medos	→ Papel de prestador de cuidados comprometido → Potencial para melhorar capacidade do prestador de cuidados para tomar contar → Potencial do prestador de cuidados para melhorar capacidade para posicionar → Tristeza → Coping comprometido → Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de coping →Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de úlcera de pressão →Potencial para melhorar a capacidade do prestador de cuidados para prevenir úlcera de pressão

	Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de úlcera de pressão Potencial para melhorar a capacidade do prestador de cuidados para prevenir úlcera de pressão	• Incentivar envolvimento do prestador de cuidados • Incentivar o prestador de cuidados a tomar conta • Treinar o prestador de cuidados a trocar fralda • Treinar o prestador de cuidados para posicionar • Escutar • Incentivar a comunicação de emoções • Incentivar interação social • Incentivar o apoio / suporte da família • Incentivar o envolvimento da família • Incentivar o autocuidado: atividade recreativa • Apoiar na tomada de decisão • Ensinar sobre coping • Instruir sobre estratégias de coping • Incentivar tomada de decisão • Otimizar comunicação • Ensinar o prestador de cuidados sobre dispositivos de prevenção de úlcera de pressão • Ensinar o prestador de cuidados sobre prevenção de úlcera de pressão • Ensinar o prestador de cuidados sobre sinais de úlcera de pressão • Instruir o prestador de cuidados sobre o uso de dispositivos de prevenção de úlcera de pressão • Treinar o prestador de cuidados no uso de dispositivos de prevenção de úlcera de pressão	
Sessão 7		• Executar técnica de relaxamento • Treinar técnica de relaxamento • Executar exercícios de alongamento • Treinar exercícios de alongamento • Avaliar papel de prestador de cuidados • Avaliar capacidade do prestador de cuidados para tomar conta • Apoiar o prestador de cuidados no tomar conta • Avaliar capacidade do prestador de cuidados para posicionar • Avaliar tristeza • Avaliar coping • Avaliar conhecimento sobre estratégias de coping • Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de úlcera de pressão • Avaliar capacidade do prestador de cuidados sobre prevenção de úlcera de pressão • Ensinar sobre coping • Incentivar tomada de decisão • Otimizar comunicação	→Sem papel de prestador de cuidados comprometido →Capacidade do prestador de cuidados para tomar conta →Potencial do prestador de cuidados para tomar conta, em grau elevado →Capacidade do prestador de cuidados para posicionar →Sem tristeza →Coping comprometido →Conhecimento sobre estratégias de coping →Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de úlceras de pressão →Capacidade do prestador de cuidados sobre prevenção de úlcera de pressão
Sessão 8		• Executar técnica de relaxamento • Treinar técnica de relaxamento • Executar exercícios de alongamento • Treinar exercícios de alongamento • Avaliar coping	→Sem coping comprometido

Plano Individual de Intervenção do EEER – Cuidador Informal 5			
Sessões	**Diagnósticos**	**Intervenções**	**Observações**
Sessão 1	Processo familiar comprometido	• Avaliar processo familiar • Apoiar a família a identificar estratégias de coping eficazes • Incentivar o apoio / suporte da família • Incentivar o envolvimento da família • Otimizar comunicação • Otimizar processo familiar • Negociar o processo familiar	Recurso: Jogo "Dar voz ao cuidador" Desafio proposto: Reverem juntos os álbuns de família
Sessão 2	Processo familiar comprometido	• Avaliar processo familiar • Apoiar a família a identificar estratégias de coping eficazes • Incentivar o apoio / suporte da família • Incentivar o envolvimento da família • Otimizar comunicação • Otimizar processo familiar • Negociar o processo familiar	→ Realizaram o desafio proposto na sessão anterior Recurso: Jogo "Dar voz ao cuidador" Desafio proposto: Substituir o CI numa tarefa: lavar a loiça à noite (marido e filho)
Sessão 3	Stress do prestador de cuidados presente, em grau reduzido Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados para gerir stress Papel de prestador de cuidados comprometido Potencial do prestador de cuidados para tomar conta, em grau moderado Potencial para melhorar a capacidade do prestador de cuidados para tomar conta Coping comprometido Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de coping Crença dificultadora	• Apoiar o prestador de cuidados no tomar conta • Ensinar o prestador de cuidados sobre serviços de saúde • Incentivar a comunicação de emoções • Incentivar o envolvimento da família • Ensinar sobre o papel de prestador de cuidados • Instruir o prestador de cuidados para tomar conta • Assistir o prestador de cuidados a adequar o tomar conta • Encorajar a expressão de medos • Encorajar a requerer informação • Encorajar ação • Encorajar expressão de crenças • Encorajar interação de papéis • Encorajar tomada de decisão • Ensinar o prestador de cuidados sobre adaptação • Incentivar envolvimento do prestador de cuidados • Incentivar o prestador de cuidados a tomar conta • Instruir técnica de relaxamento • Treinar técnica de relaxamento • Planear técnica de relaxamento • Escutar • Incentivar a comunicação de emoções • Incentivar interação social • Incentivar o apoio / suporte da família • Incentivar o envolvimento da família • Incentivar o autocuidado: atividade recreativa • Apoiar na tomada de decisão • Ensinar sobre coping • Instruir sobre estratégias de coping • Incentivar tomada de decisão • Otimizar comunicação	→ Realizaram o desafio familiar proposto na sessão anterior

	Autocuidado: atividade recreativa comprometido	• Encorajar expressão de crenças • Ensinar sobre crença [dever exclusivo da prestação de cuidados] • Otimizar as crenças • Assistir no autocuidado: atividade recreativa • Ensinar sobre atividade recreativa • Ensinar sobre recursos da comunidade • Incentivar iniciativa • Incentivar o autocuidado: atividade recreativa • Planear atividades de lazer	Desafio proposto: Ir à praia com o marido e filho no domingo à tarde
Sessão 4	Potencial para melhorar a capacidade do prestador de cuidados para tomar conta	• Executar técnica de relaxamento • Treinar técnica de relaxamento • Instruir exercícios de alongamento • Treinar exercícios de alongamento • Planear exercícios de alongamento • Avaliar papel de prestador de cuidados • Avaliar capacidade do prestador de cuidados para tomar conta • Avaliar coping • Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre estratégias de coping • Avaliar crença dificultadora • Avaliar autocuidado: atividade recreativa • Escutar • Incentivar a comunicação de emoções • Incentivar interação social • Incentivar o apoio / suporte da família • Incentivar o envolvimento da família • Incentivar o autocuidado: atividade recreativa • Apoiar na tomada de decisão • Ensinar sobre coping • Instruir sobre estratégias de coping • Incentivar tomada de decisão • Otimizar comunicação • Incentivar tomada de decisão • Otimizar comunicação • Encorajar expressão de crenças • Ensinar sobre crença [priorização dos cuidados ao idoso, desvalorizando o seu próprio autocuidado] • Otimizar as crenças • Assistir no autocuidado: atividade recreativa • Ensinar sobre atividade recreativa • Incentivar iniciativa • Incentivar o autocuidado: atividade recreativa • Planear atividades de lazer	Realizaram desafio proposto na sessão anterior →Papel de prestador de cuidados comprometido →Potencial para melhorar capacidade do prestador de cuidados para tomar conta →Coping comprometido →Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados sobre coping →Crença dificultadora →Autocuidado: atividade recreativa comprometido →Crença dificultadora

	Potencial para melhorar a capacidade do prestador de cuidados para transferir Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de queda	• Instruir o prestador de cuidados a transferir • Treinar o prestador de cuidados a transferir • Assistir a identificar condições de risco para a queda • Ensinar o prestador de cuidados sobre prevenção de quedas • Instruir o prestador de cuidados a prevenir a queda	→ Ênfase na adoção de posturas ergonómicas →Realizados ensinos sobre atuação em caso de queda
Sessão 5		• Executar técnica de relaxamento • Treinar técnica de relaxamento • Executar exercícios de alongamento • Treinar exercícios de alongamento • Avaliar papel de prestador de cuidados • Avaliar capacidade do prestador de cuidados para tomar conta • Avaliar capacidade do prestador de cuidados para transferir • Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de queda • Treinar o prestador de cuidados a transferir • Avaliar coping • Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre estratégias de coping • Avaliar crença dificultadora • Avaliar autocuidado: atividade recreativa • Escutar • Incentivar a comunicação de emoções • Incentivar interação social • Incentivar o apoio / suporte da família • Incentivar o envolvimento da família • Incentivar o autocuidado: atividade recreativa • Apoiar na tomada de decisão • Ensinar sobre coping • Instruir sobre estratégias de coping • Incentivar tomada de decisão • Otimizar comunicação	→Papel de prestador de cuidados comprometido →Potencial para melhorar capacidade do prestador de cuidados para tomar conta →Potencial para melhorar a capacidade do prestador de cuidados para transferir →Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de quedas →Coping comprometido →Potencial para melhorar conhecimento do prestador de cuidados sobre estratégias de coping →Autocuidado: atividade recreativa comprometido →Crença dificultadora
	Potencial para melhorar a capacidade do prestador de cuidados para assistir a alimentar-se	• Assistir no alimentar-se • Ensinar o prestador de cuidados sobre alimentação • Ensinar o prestador de cuidados sobre dispositivos para o alimentar-se [talheres de cabo grosso] • Ensinar o prestador de cuidados sobre prevenção da aspiração • Instruir o prestador de cuidados para assistir no alimentar-se	→Realizados ensinos sobre desobstrução da via aérea

Sessão 6		• Executar técnica de relaxamento • Treinar técnica de relaxamento • Executar exercícios de alongamento • Treinar exercícios de alongamento • Avaliar papel de prestador de cuidados • Avaliar capacidade do prestador de cuidados para tomar conta • Avaliar capacidade do prestador de cuidados para transferir • Avaliar coping • Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre estratégias de coping • Avaliar crença dificultadora • Avaliar autocuidado: atividade recreativa • Escutar • Incentivar a comunicação de emoções • Incentivar interação social • Incentivar o apoio / suporte da família • Incentivar o envolvimento da família • Incentivar o autocuidado: atividade recreativa • Ensinar sobre coping • Treinar o prestador de cuidados a transferir • Ensinar o prestador de cuidados sobre alimentação • Ensinar o prestador de cuidados sobre dispositivos para o alimentar-se [talheres de cabo grosso] • Ensinar o prestador de cuidados sobre prevenção da aspiração • Instruir o prestador de cuidados para assistir no alimentar-se	→Papel de prestador de cuidados comprometido →Potencial para melhorar capacidade do prestador de cuidados para tomar conta →Potencial para melhorar a capacidade do prestador de cuidados para transferir →Coping comprometido →Conhecimento do prestador de cuidados sobre estratégias de coping →Autocuidado: atividade recreativa comprometido →Crença dificultadora →Potencial para melhorar a capacidade do prestador de cuidados para transferir →Potencial para melhorar capacidade do prestador de cuidados para assistir a alimentar-se →Capacitação do prestador de cuidados para desobstrução da via aérea
Sessão 7		• Executar técnica de relaxamento • Treinar técnica de relaxamento • Executar exercícios de alongamento • Treinar exercícios de alongamento • Avaliar papel de prestador de cuidados • Avaliar capacidade do prestador de cuidados para tomar conta • Avaliar capacidade do prestador de cuidados para transferir • Avaliar crença dificultadora • Avaliar autocuidado: atividade recreativa • Escutar • Incentivar a comunicação de emoções • Incentivar o apoio / suporte da família • Incentivar o envolvimento da família • Incentivar o autocuidado: atividade recreativa • Apoiar na tomada de decisão • Ensinar sobre coping	→Sem papel de prestador de cuidados comprometido →Capacidade do prestador de cuidados para tomar conta →Capacidade do prestador de cuidados para transferir →Coping comprometido →Autocuidado: atividade recreativa comprometido →Crença dificultadora
Sessão 8		• Executar técnica de relaxamento • Treinar técnica de relaxamento • Executar exercícios de alongamento • Treinar exercícios de alongamento • Avaliar crença dificultadora • Avaliar autocuidado: atividade recreativa	→Sem Coping comprometido →Sem Autocuidado: atividade recreativa comprometido →Sem Crença dificultadora

Plano Individual de Intervenção do EEER – Cuidador Informal 6			
Sessões	**Diagnósticos**	**Intervenções**	**Observações**
Sessão 1	Processo familiar comprometido	• Avaliar processo familiar • Apoiar a família a identificar estratégias de coping eficazes • Incentivar o apoio / suporte da família • Incentivar o envolvimento da família • Otimizar comunicação • Otimizar processo familiar • Negociar o processo familiar	Recurso: Jogo "Dar voz ao cuidador" Desafio proposto: Reverem juntos um álbum de família
Sessão 2	Processo familiar comprometido	• Avaliar processo familiar • Apoiar a família a identificar estratégias de coping eficazes • Incentivar o apoio / suporte da família • Incentivar o envolvimento da família • Otimizar comunicação • Otimizar processo familiar • Negociar o processo familiar	→ Realizaram o desafio proposto na sessão anterior Recurso: Jogo "Dar voz ao cuidador" Desafio proposto: Genro levar e ir buscar a CI à missa no domingo
Sessão 3	Stress do prestador de cuidados presente, em grau reduzido Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados para gerir stress Papel de prestador de cuidados comprometido Potencial do prestador de cuidados para tomar conta, em grau moderado Coping comprometido Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de coping Crença dificultadora Autocuidado: atividade recreativa comprometido	• Apoiar o prestador de cuidados no tomar conta • Ensinar o prestador de cuidados sobre serviços de saúde • Incentivar a comunicação de emoções • Incentivar o envolvimento da família • Instruir o prestador de cuidados para tomar conta • Ensinar sobre o papel de prestador de cuidados • Assistir o prestador de cuidados a adequar o tomar conta • Encorajar a requerer informação • Encorajar ação • Encorajar expressão de crenças • Encorajar interação de papéis • Encorajar tomada de decisão • Escutar • Incentivar a comunicação de emoções • Incentivar interação social • Incentivar o apoio / suporte da família • Incentivar o envolvimento da família • Incentivar o autocuidado: atividade recreativa • Apoiar na tomada de decisão • Ensinar sobre coping • Instruir sobre estratégias de coping • Incentivar tomada de decisão • Otimizar comunicação • Encorajar expressão de crenças • Ensinar sobre crença [priorização dos cuidados ao idoso, desvalorizando o seu próprio autocuidado] • Otimizar as crenças • Assistir no autocuidado: atividade recreativa • Ensinar sobre atividade recreativa	→ Realizaram o desafio familiar proposto na sessão anterior (apesar de alguma renitência da CI)

		• Ensinar sobre recursos da comunidade • Incentivar iniciativa • Incentivar o autocuidado: atividade recreativa • Planear atividades de lazer	
		• Instruir técnica de relaxamento • Treinar técnica de relaxamento • Planear técnica de relaxamento	
Sessão 4		• Executar técnica de relaxamento • Treinar técnica de relaxamento • Instruir exercícios de alongamento • Treinar exercícios de alongamento • Planear exercícios de alongamento • Avaliar papel de prestador de cuidado • Avaliar coping • Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre estratégias de coping • Avaliar crença dificultadora • Avaliar autocuidado: atividade recreativa • Instruir o prestador de cuidados para tomar conta • Ensinar sobre o papel de prestador de cuidados • Assistir o prestador de cuidados a adequar o tomar conta • Escutar • Incentivar a comunicação de emoções • Incentivar interação social • Incentivar o apoio / suporte da família • Incentivar o envolvimento da família • Incentivar o autocuidado: atividade recreativa • Apoiar na tomada de decisão • Ensinar sobre coping • Instruir sobre estratégias de coping • Incentivar tomada de decisão • Encorajar expressão de crenças • Ensinar sobre crença [priorização dos cuidados ao idoso, desvalorizando o seu próprio autocuidado, crença de que é a única capaz de cuidar] • Otimizar as crenças • Assistir no autocuidado: atividade recreativa • Ensinar sobre atividade recreativa • Incentivar iniciativa • Incentivar o autocuidado: atividade recreativa • Planear atividades de lazer	→Papel de prestador de cuidados comprometido →Coping comprometido →Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados sobre estratégias de coping →Crença dificultadora →Crença dificultadora →Autocuidado: atividade recreativa comprometido
	Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de úlcera de pressão Potencial para melhorar a capacidade do prestador de cuidados para prevenir úlcera de pressão	• Ensinar o prestador de cuidados sobre dispositivos de prevenção de úlcera de pressão • Ensinar o prestador de cuidados sobre prevenção de úlcera de pressão • Ensinar o prestador de cuidados sobre sinais de úlcera de pressão • Instruir o prestador de cuidados sobre o uso de dispositivos de prevenção de úlcera de pressão • Treinar o prestador de cuidados no uso de dispositivos de prevenção de úlcera de pressão	Potencial para melhorar a capacidade do prestador de cuidados para tomar conta

Sessão 5	Potencial para melhorar a capacidade do prestador de cuidados para tomar conta	• Executar técnica de relaxamento • Treinar técnica de relaxamento • Executar exercícios de alongamento • Treinar exercícios de alongamento • Avaliar papel de prestador de cuidados • Avaliar capacidade do prestador de cuidados para tomar conta • Avaliar coping • Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre estratégias de coping • Avaliar crença dificultadora • Avaliar autocuidado: atividade recreativa • Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de úlcera de pressão • Avaliar capacidade do prestador de cuidados para prevenir úlcera de pressão • Escutar • Incentivar a comunicação de emoções • Incentivar interação social • Incentivar o apoio / suporte da família • Incentivar o envolvimento da família • Incentivar o autocuidado: atividade recreativa • Apoiar na tomada de decisão • Ensinar sobre coping • Incentivar tomada de decisão • Otimizar comunicação • Ensinar o prestador de cuidados sobre dispositivos de prevenção de úlcera de pressão • Ensinar o prestador de cuidados sobre prevenção de úlcera de pressão • Ensinar o prestador de cuidados sobre sinais de úlcera de pressão • Instruir o prestador de cuidados sobre o uso de dispositivos de prevenção de úlcera de pressão • Treinar o prestador de cuidados no uso de dispositivos de prevenção de úlcera de pressão • Instruir o prestador de cuidados no uso de dispositivos para o andar • Instruir o prestador de cuidados para assistir no andar com auxiliar de marcha • Treinar o prestador de cuidados para assistir no andar com auxiliar de marcha	→Papel de prestador de cuidados comprometido →Potencial para melhorar capacidade do prestador de cuidados para tomar conta →Coping comprometido →Conhecimento do prestador de cuidados sobre estratégias de coping →Autocuidado: atividade recreativa comprometido →Crença dificultadora →Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de úlcera de pressão →Potencial para melhorar a capacidade do prestador de cuidados para prevenir úlcera de pressão
Sessão 6		• Executar técnica de relaxamento • Treinar técnica de relaxamento • Executar exercícios de alongamento • Treinar exercícios de alongamento • Avaliar papel de prestador de cuidados • Avaliar capacidade do prestador de cuidados para tomar conta • Avaliar coping • Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre estratégias de coping • Avaliar crença dificultadora • Avaliar autocuidado: atividade recreativa • Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de úlcera de pressão • Avaliar capacidade do prestador de cuidados para prevenir úlcera de pressão • Escutar • Incentivar a comunicação de emoções • Incentivar interação social	→Papel de prestador de cuidados comprometido →Potencial para melhorar capacidade do prestador de cuidados para tomar conta →Coping comprometido →Conhecimento do prestador de cuidados sobre estratégias de coping →Autocuidado: atividade recreativa comprometido →Crença dificultadora →Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de úlcera de pressão →Capacidade do prestador de cuidados para prevenir úlcera de pressão

		• Incentivar o apoio / suporte da família • Incentivar o envolvimento da família • Incentivar o autocuidado: atividade recreativa • Apoiar na tomada de decisão • Ensinar sobre coping • Incentivar tomada de decisão • Otimizar comunicação	
Sessão 7		• Executar técnica de relaxamento • Treinar técnica de relaxamento • Executar exercícios de alongamento • Treinar exercícios de alongamento • Avaliar papel de prestador de cuidados • Avaliar capacidade do prestador de cuidados para tomar conta • Avaliar crença dificultadora • Avaliar autocuidado: atividade recreativa • Escutar • Incentivar a comunicação de emoções • Incentivar interação social • Incentivar o apoio / suporte da família • Incentivar o envolvimento da família • Incentivar o autocuidado: atividade recreativa • Apoiar na tomada de decisão • Ensinar sobre coping • Incentivar tomada de decisão • Otimizar comunicação	→Sem papel de prestador de cuidados comprometido →Capacidade do prestador de cuidados para tomar conta →Coping comprometido →Autocuidado: atividade recreativa comprometido →Crença dificultadora
Sessão 8		• Executar técnica de relaxamento • Treinar técnica de relaxamento • Executar exercícios de alongamento • Treinar exercícios de alongamento • Avaliar crença dificultadora • Avaliar autocuidado: atividade recreativa	→Sem Coping comprometido →Sem Autocuidado: atividade recreativa comprometido →Sem Crença dificultadora

Plano Individual de Intervenção do EEER – Cuidador Informal 7			
Sessões	**Diagnósticos**	**Intervenções**	**Observações**
Sessão 1	Processo familiar comprometido	• Avaliar processo familiar • Apoiar a família a identificar estratégias de coping eficazes • Incentivar o apoio / suporte da família • Incentivar o envolvimento da família • Otimizar comunicação • Otimizar processo familiar • Negociar o processo familiar	Recurso: Jogo "Dar voz ao cuidador" Desafio proposto: Substituir o CI numa tarefa: filha arrumar a cozinha à noite
Sessão 2	Processo familiar comprometido	• Avaliar processo familiar • Apoiar a família a identificar estratégias de coping eficazes • Incentivar o apoio / suporte da família • Incentivar o envolvimento da família • Otimizar comunicação • Otimizar processo familiar • Negociar o processo familiar	→ Realizaram o desafio proposto na sessão anterior Recurso: Jogo "Dar voz ao cuidador" Desafio proposto: Proporcionar ao cuidador uma atividade recreativa: ida ao cabeleireiro
Sessão 3	Stress do prestador de cuidados presente, em grau reduzido Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados para gerir stress Papel de prestador de cuidados comprometido Potencial do prestador de cuidados para tomar conta, em grau moderado Coping comprometido Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de coping Crença dificultadora Autocuidado: atividade recreativa comprometido	• Apoiar o prestador de cuidados no tomar conta • Ensinar o prestador de cuidados sobre serviços de saúde • Incentivar a comunicação de emoções • Incentivar o envolvimento da família • Instruir o prestador de cuidados para tomar conta • Ensinar sobre o papel de prestador de cuidados • Assistir o prestador de cuidados a adequar o tomar conta • Encorajar a requerer informação • Encorajar ação • Encorajar expressão de crenças • Encorajar interação de papéis • Encorajar tomada de decisão • Escutar • Incentivar a comunicação de emoções • Incentivar interação social • Incentivar o apoio / suporte da família • Incentivar o envolvimento da família • Incentivar o autocuidado: atividade recreativa • Apoiar na tomada de decisão • Ensinar sobre coping • Instruir sobre estratégias de coping • Incentivar tomada de decisão • Otimizar comunicação • Encorajar expressão de crenças • Ensinar sobre crença [priorização dos cuidados ao idoso, desvalorizando o seu próprio autocuidado] • Otimizar as crenças • Assistir no autocuidado: atividade recreativa • Ensinar sobre atividade recreativa • Ensinar sobre recursos da comunidade • Incentivar iniciativa	→ Realizaram o desafio familiar proposto na sessão anterior

		• Incentivar o autocuidado: atividade recreativa • Planear atividades de lazer	
		• Instruir técnica de relaxamento • Treinar técnica de relaxamento • Planear técnica de relaxamento	
Sessão 4	Potencial para melhorar a capacidade do prestador de cuidados para tomar conta Potencial para melhorar a capacidade do prestador de cuidados para transferir Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de queda	• Executar técnica de relaxamento • Treinar técnica de relaxamento • Instruir exercícios de alongamento • Treinar exercícios de alongamento • Planear exercícios de alongamento • Avaliar coping • Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre estratégias de coping • Avaliar crença dificultadora • Avaliar autocuidado: atividade recreativa • Escutar • Incentivar a comunicação de emoções • Incentivar interação social • Incentivar o apoio / suporte da família • Incentivar o envolvimento da família • Incentivar o autocuidado: atividade recreativa • Apoiar na tomada de decisão • Ensinar sobre coping • Instruir sobre estratégias de coping • Incentivar tomada de decisão • Otimizar comunicação • Incentivar tomada de decisão • Otimizar comunicação • Encorajar expressão de crenças • Ensinar sobre crença [priorização dos cuidados ao idoso, desvalorizando o seu próprio autocuidado] • Otimizar as crenças • Assistir no autocuidado: atividade recreativa • Ensinar sobre atividade recreativa • Incentivar iniciativa • Incentivar o autocuidado: atividade recreativa • Planear atividades de lazer	→Coping comprometido →Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados sobre coping →Crença dificultadora →Autocuidado: atividade recreativa comprometido →Crença dificultadora
		• Instruir o prestador de cuidados a transferir • Treinar o prestador de cuidados a transferir • Assistir a identificar condições de risco para a queda • Ensinar o prestador de cuidados sobre prevenção de quedas • Instruir o prestador de cuidados a prevenir a queda	→ Ênfase na adoção de posturas ergonómicas →Realizados ensinos sobre atuação em caso de queda

Sessão 5		• Executar técnica de relaxamento • Treinar técnica de relaxamento • Executar exercícios de alongamento • Treinar exercícios de alongamento • Avaliar papel de prestador de cuidados • Avaliar capacidade do prestador de cuidados para tomar conta • Avaliar capacidade do prestador de cuidados para transferir • Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de queda • Treinar o prestador de cuidados a transferir • Avaliar coping • Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre estratégias de coping • Avaliar crença dificultadora • Avaliar autocuidado: atividade recreativa • Escutar • Incentivar a comunicação de emoções • Incentivar interação social • Incentivar o apoio / suporte da família • Incentivar o envolvimento da família • Incentivar o autocuidado: atividade recreativa • Apoiar na tomada de decisão • Ensinar sobre coping • Instruir sobre estratégias de coping • Incentivar tomada de decisão • Otimizar comunicação	→Papel de prestador de cuidados comprometido →Potencial para melhorar capacidade do prestador de cuidados para tomar conta →Potencial para melhorar a capacidade do prestador de cuidados para transferir →Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de quedas →Coping comprometido →Potencial para melhorar conhecimento do prestador de cuidados sobre estratégias de coping →Autocuidado: atividade recreativa comprometido →Crença dificultadora
Sessão 6		• Executar técnica de relaxamento • Treinar técnica de relaxamento • Executar exercícios de alongamento • Treinar exercícios de alongamento • Avaliar papel de prestador de cuidados • Avaliar capacidade do prestador de cuidados para tomar conta • Avaliar capacidade do prestador de cuidados para transferir • Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de queda • Avaliar coping • Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre estratégias de coping • Avaliar crença dificultadora • Avaliar autocuidado: atividade recreativa • Escutar • Incentivar a comunicação de emoções • Incentivar interação social • Incentivar o apoio / suporte da família • Incentivar o envolvimento da família • Incentivar o autocuidado: atividade recreativa • Apoiar na tomada de decisão • Ensinar sobre coping • Incentivar tomada de decisão • Otimizar comunicação	→Papel de prestador de cuidados comprometido →Potencial para melhorar capacidade do prestador de cuidados para tomar conta →Potencial para melhorar a capacidade do prestador de cuidados para transferir →Coping comprometido →Conhecimento do prestador de cuidados sobre estratégias de coping →Autocuidado: atividade recreativa comprometido →Crença dificultadora →Potencial para melhorar a capacidade do prestador de cuidados para transferir →Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de queda

		• Treinar o prestador de cuidados a transferir	
Sessão 7		• Executar técnica de relaxamento • Treinar técnica de relaxamento • Executar exercícios de alongamento • Treinar exercícios de alongamento • Avaliar papel de prestador de cuidados • Avaliar capacidade do prestador de cuidados para tomar conta • Avaliar capacidade do prestador de cuidados para transferir • Avaliar crença dificultadora • Avaliar autocuidado: atividade recreativa • Escutar • Incentivar a comunicação de emoções • Incentivar interação social • Incentivar o apoio / suporte da família • Incentivar o envolvimento da família • Incentivar o autocuidado: atividade recreativa • Apoiar na tomada de decisão • Ensinar sobre coping • Incentivar tomada de decisão • Otimizar comunicação	→Sem papel de prestador de cuidados comprometido →Capacidade do prestador de cuidados para tomar conta →Capacidade do prestador de cuidados para transferir →Coping comprometido →Autocuidado: atividade recreativa comprometido →Crença dificultadora
Sessão 8		• Executar técnica de relaxamento • Treinar técnica de relaxamento • Executar exercícios de alongamento • Treinar exercícios de alongamento • Avaliar crença dificultadora • Avaliar autocuidado: atividade recreativa	→Foi ao cabeleireiro esta semana →Sem Coping comprometido →Sem Autocuidado: atividade recreativa comprometido →Sem Crença dificultadora

Plano Individual de Intervenção do EEER – Cuidador Informal 8			
Sessões	**Diagnósticos**	**Intervenções**	**Observações**
Sessão 1	Processo familiar comprometido	• Avaliar processo familiar • Apoiar a família a identificar estratégias de coping eficazes • Incentivar o apoio / suporte da família • Incentivar o envolvimento da família • Otimizar comunicação • Otimizar processo familiar • Negociar o processo familiar	Recurso: Jogo "Dar voz ao cuidador" Desafio proposto: Filha cozinhar à noite
Sessão 2	Processo familiar comprometido	• Avaliar processo familiar • Apoiar a família a identificar estratégias de coping eficazes • Incentivar o apoio / suporte da família • Incentivar o envolvimento da família • Otimizar comunicação • Otimizar processo familiar • Negociar o processo familiar	→ Realizaram o desafio proposto na sessão anterior Recurso: Jogo "Dar voz ao cuidador" Desafio proposto: Proporcionar uma atividade recreativa ao cuidador: dar uma caminhada
Sessão 3	Stress do prestador de cuidados presente, em grau reduzido Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados para gerir stress Papel de prestador de cuidados comprometido Potencial do prestador de cuidados para tomar conta, em grau moderado Coping comprometido Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de coping Crença dificultadora Autocuidado: atividade recreativa comprometido	• Apoiar o prestador de cuidados no tomar conta • Ensinar o prestador de cuidados sobre serviços de saúde • Incentivar a comunicação de emoções • Incentivar o envolvimento da família • Orientar para o serviço social • Orientar prestador de cuidados para recursos da comunidade • Instruir o prestador de cuidados para tomar conta • Ensinar sobre o papel de prestador de cuidados • Assistir o prestador de cuidados a adequar o tomar conta • Encorajar a requerer informação • Encorajar ação • Encorajar expressão de crenças • Encorajar interação de papéis • Encorajar tomada de decisão • Escutar • Incentivar a comunicação de emoções • Incentivar interação social • Incentivar o apoio / suporte da família • Incentivar o envolvimento da família • Incentivar o autocuidado: atividade recreativa • Apoiar na tomada de decisão • Ensinar sobre coping • Instruir sobre estratégias de coping • Incentivar tomada de decisão • Otimizar comunicação • Encorajar expressão de crenças • Ensinar sobre crença [priorização dos cuidados ao idoso, desvalorizando o seu próprio autocuidado] • Otimizar as crenças • Assistir no autocuidado: atividade recreativa • Ensinar sobre atividade recreativa • Ensinar sobre recursos da comunidade	→ Realizaram o desafio familiar proposto na sessão anterior

		• Incentivar iniciativa • Incentivar o autocuidado: atividade recreativa • Planear atividades de lazer	
		• Instruir técnica de relaxamento • Treinar técnica de relaxamento • Planear técnica de relaxamento	
Sessão 4	Potencial para melhorar a capacidade do prestador de cuidados para tomar conta Potencial do prestador de cuidados para melhorar capacidade para posicionar Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de úlcera de pressão Potencial para melhorar a capacidade do prestador de cuidados para prevenir úlcera de pressão	• Executar técnica de relaxamento • Treinar técnica de relaxamento • Instruir exercícios de alongamento • Treinar exercícios de alongamento • Planear exercícios de alongamento • Avaliar papel de prestador de cuidados • Avaliar coping • Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre estratégias de coping • Avaliar crença dificultadora • Avaliar autocuidado: atividade recreativa • Instruir o prestador de cuidados no uso de dispositivos para o posicionar-se • Instruir o prestador de cuidados para posicionar • Escutar • Incentivar a comunicação de emoções • Incentivar interação social • Incentivar o apoio / suporte da família • Incentivar o envolvimento da família • Incentivar o autocuidado: atividade recreativa • Apoiar na tomada de decisão • Ensinar sobre coping • Instruir sobre estratégias de coping • Incentivar tomada de decisão • Otimizar comunicação • Incentivar tomada de decisão • Otimizar comunicação • Encorajar expressão de crenças • Ensinar sobre crença [priorização dos cuidados ao idoso, desvalorizando o seu próprio autocuidado] • Otimizar as crenças • Assistir no autocuidado: atividade recreativa • Ensinar sobre atividade recreativa • Incentivar iniciativa • Incentivar o autocuidado: atividade recreativa • Planear atividades de lazer	→Papel de prestador de cuidados comprometido →Coping comprometido →Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados sobre coping →Crença dificultadora →Autocuidado: atividade recreativa comprometido →Crença dificultadora
		• Instruir o prestador de cuidados no uso de dispositivos para o posicionar-se • Instruir o prestador de cuidados para posicionar • Ensinar o prestador de cuidados sobre dispositivos de prevenção de úlcera de pressão • Ensinar o prestador de cuidados sobre prevenção de úlcera de pressão • Ensinar o prestador de cuidados sobre sinais de úlcera de pressão • Instruir o prestador de cuidados sobre o uso de dispositivos de prevenção de úlcera de pressão	

		• Treinar o prestador de cuidados no uso de dispositivos de prevenção de úlcera de pressão	
Sessão 5		• Executar técnica de relaxamento • Treinar técnica de relaxamento • Executar exercícios de alongamento • Treinar exercícios de alongamento • Avaliar papel de prestador de cuidados • Avaliar capacidade do prestador de cuidados para tomar conta • Treinar o prestador de cuidados a transferir • Avaliar coping • Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre estratégias de coping • Avaliar crença dificultadora • Avaliar autocuidado: atividade recreativa • Avaliar capacidade do prestador de cuidados para posicionar • Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de úlcera de pressão • Avaliar capacidade do prestador de cuidados para prevenir úlcera de pressão • Escutar • Incentivar a comunicação de emoções • Incentivar interação social • Incentivar o apoio / suporte da família • Incentivar o envolvimento da família • Incentivar o autocuidado: atividade recreativa • Apoiar na tomada de decisão • Ensinar sobre coping • Instruir sobre estratégias de coping • Incentivar tomada de decisão • Otimizar comunicação	→Papel de prestador de cuidados comprometido →Potencial para melhorar capacidade do prestador de cuidados para tomar conta →Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de quedas →Coping comprometido →Potencial para melhorar conhecimento do prestador de cuidados sobre estratégias de coping →Autocuidado: atividade recreativa comprometido →Crença dificultadora →Potencial para melhorar capacidade do prestador de cuidados para posicionar →Potencial para melhorar capacidade do prestador de cuidados sobre prevenção de úlcera de pressão →Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de úlcera de pressão →Iniciou caminhadas com a vizinha ao final da tarde
Sessão 6		• Executar técnica de relaxamento • Treinar técnica de relaxamento • Executar exercícios de alongamento • Treinar exercícios de alongamento • Avaliar papel de prestador de cuidados • Avaliar capacidade do prestador de cuidados para tomar conta • Avaliar coping • Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre estratégias de coping • Avaliar crença dificultadora • Avaliar autocuidado: atividade recreativa • Avaliar capacidade do prestador de cuidados para posicionar • Avaliar capacidade do prestador de cuidados para prevenir úlcera de pressão • Escutar • Incentivar a comunicação de emoções • Incentivar interação social • Incentivar o apoio / suporte da família • Incentivar o envolvimento da família • Incentivar o autocuidado: atividade recreativa	→Papel de prestador de cuidados comprometido →Potencial para melhorar capacidade do prestador de cuidados para tomar conta →Coping comprometido →Conhecimento do prestador de cuidados sobre estratégias de coping →Autocuidado: atividade recreativa comprometido →Crença dificultadora →Capacidade do prestador de cuidados para posicionar →Capacidade do prestador de cuidados sobre prevenção de úlcera de pressão

	Potencial para melhorar a capacidade do prestador de cuidados para transferir Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de queda	• Apoiar na tomada de decisão • Ensinar sobre coping • Incentivar tomada de decisão • Otimizar comunicação • Instruir o prestador de cuidados a transferir • Treinar o prestador de cuidados a transferir • Assistir a identificar condições de risco para a queda • Ensinar o prestador de cuidados sobre prevenção de quedas • Instruir o prestador de cuidados a prevenir a queda	
Sessão 7		• Executar técnica de relaxamento • Treinar técnica de relaxamento • Executar exercícios de alongamento • Treinar exercícios de alongamento • Avaliar papel de prestador de cuidados • Avaliar capacidade do prestador de cuidados para tomar conta • Avaliar capacidade do prestador de cuidados para transferir • Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de queda • Avaliar crença dificultadora • Avaliar autocuidado: atividade recreativa • Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de queda • Instruir o prestador de cuidados a transferir • Treinar o prestador de cuidados a transferir	→Papel de prestador de cuidados comprometido →Potencial para melhorar capacidade do prestador de cuidados para tomar conta →Sem coping comprometido →Sem autocuidado: atividade recreativa comprometido →Sem crença dificultadora →Potencial para melhorar a capacidade do prestador de cuidados para transferir →Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de quedas
Sessão 8		• Executar técnica de relaxamento • Treinar técnica de relaxamento • Executar exercícios de alongamento • Treinar exercícios de alongamento • Avaliar papel de prestador de cuidados • Avaliar capacidade do prestador de cuidados para tomar conta • Avaliar capacidade do prestador de cuidados para transferir	→Sem papel de prestador de cuidados comprometido →Capacidade do prestador de cuidados para tomar conta →Capacidade do prestador de cuidados para transferir

APÊNDICE VIII – DISTRIBUIÇÃO DOS CUIDADORES INFORMAIS QUANTO À SOBRECARGA NOS FATORES DA ESC (N=8), PRÉ INTERVENÇÃO DO EEER

		Pré intervenção									
		Nunca		Quase nunca		Às vezes		Muitas vezes		Sempre	
		n	f(%)	n	f(%)	N	f(%)	n	f(%)	N	f(%)
Impacto da Prestação de Cuidados	1. Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que necessita?	0	0.0	3	37.5	0	0.0	3	37.5	1	12.5
	2. Já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?	0	0.0	1	12.5	2	25.0	1	12.5	4	50.0
	3. Sente-se tenso quando tem de cuidar do seu familiar?	0	0.0	1	12.5	3	37.5	3	37.5	1	12.5
	6. A relação com familiares e amigos está afetada de forma negativa?	0	0.0	2	25.0	1	12.5	0	0.0	5	50.0
	9. Sente-se esgotado por estar junto do seu familiar?	0	0.0	1	12.5	1	12.5	5	62.5	1	12.5
	10. Cuidar do seu familiar afeta a sua saúde?	0	0.0	2	25.0	0	0.0	5	62.5	1	12.5
	11. Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?	0	0.0	0	0.0	2	25.0	2	25.0	4	50.0
	12. Pensa que as suas relações sociais foram afetadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?	0	0.0	2	25.0	1	12.5	2	25.0	3	37.5
	13. Não se sente à vontade em convidar amigos para irem a sua casa devido ao seu familiar?	2	25.0	1	12.5	0	0.0	2	25.0	3	37.5
	17. Sente que perdeu o controlo da sua vida depois de a doença do seu familiar se ter manifestado?	0	0.0	2	25.0	1	12.5	1	12.5	4	50.0
	22. Em geral, sente-se muito sobrecarregado por cuidar do seu familiar?	0	0.0	2	25.0	2	25.0	1	12.5	3	37.5
Relação Interpessoal	4. Sente-se envergonhado pelo comportamento do seu familiar?	6	75.0	1	12.5	1	12.5	0	0.0	0	0.0
	5. Sente-se irritado quando está junto do seu familiar?	1	12.5	2	25.0	5	62.5	0	0.0	0	0.0
	16. Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?	1	12.5	2	25.0	1	12.5	4	50.0	0	0.0
	18.Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?	5	62.5	2	25.0	1	12.5	0	0.0	0	0.0
	19. Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?	1	12.5	0	0.0	5	62.5	2	25.0	0	0.0
Expetativas com o Cuidar	7. Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?	0	0.0	0	0.0	0	0.0	6	75.0	2	25.0
	8. Pensa que o seu familiar depende de si?	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	25.0	6	75.0
	14. Acredita que o seu familiar espera que cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele pudesse contar?	0	0.0	0	0.0	0	0.0	5	62.0	3	37.5
	15. Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?	0	0.0	0	0.0	3	37.5	3	37.5	2	25.0
Perceção de Autoeficácia	20. Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?	3	37.5	3	37.5	2	25.0	0	0.0	0	0.0
	21. Pensa que poderia cuidar melhor do seu familiar?	1	12.5	4	50.0	3	37.5	0	0.0	0	0.0

APÊNDICE IX – DISTRIBUIÇÃO DOS CUIDADORES INFORMAIS QUANTO À SOBRECARGA NOS FATORES DA ESC (N=8), PÓS INTERVENÇÃO DO EEER

		Pós intervenção									
		Nunca		Quase nunca		Às vezes		Muitas vezes		Sempre	
		n	f(%)	n	f(%)	n	f(%)	n	f(%)	N	f(%)
Impacto da Prestação de Cuidados	1. Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que necessita?	6	75.0	0	0.0	2	25.0	0	0.0	0	0.0
	2. Já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?	1	12.5	0	0.0	6	75.0	1	12.5	0	0.0
	3. Sente-se tenso quando tem de cuidar do seu familiar?	2	25.0	3	37.5	3	37.5	0	0.0	0	0.0
	6. A relação com familiares e amigos está afetada de forma negativa?	2	25.0	1	12.5	1	12.5	4	50.0	0	0.0
	9. Sente-se esgotado por estar junto do seu familiar?	3	37.5	0	0.0	5	62.5	0	0.0	0	0.0
	10. Cuidar do seu familiar afeta a sua saúde?	2	25.0	2	25.0	4	50.0	0	0.0	0	0.0
	11. Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?	0	0.0	2	25.0	6	75.0	0	0.0	0	0.0
	12. Pensa que as suas relações sociais foram afetadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?	1	12.5	2	25.0	1	12.5	4	50.0	0	0.0
	13. Não se sente à vontade em convidar amigos para irem a sua casa devido ao seu familiar?	5	62.5	1	12.5	2	25.0	0	0.0	0	0.0
	17. Sente que perdeu o controlo da sua vida depois de a doença do seu familiar se ter manifestado?	1	12.5	0	0.0	5	62.5	2	25.0	0	0.0
	22. Em geral, sente-se muito sobrecarregado por cuidar do seu familiar?	2	25.0	2	25.0	4	50.0	0	0.0	0	0.0
Relação Interpessoal	4. Sente-se envergonhado pelo comportamento do seu familiar?	8	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	5. Sente-se irritado quando está junto do seu familiar?	3	37.5	5	62.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	16. Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?	3	37.5	2	25.0	3	37.5	0	0.0	0	0.0
	18.Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?	5	62.5	3	37.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	19. Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?	3	37.5	5	62.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Expetativas com o Cuidar	7. Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	50.0	4	50.0
	8. Pensa que o seu familiar depende de si?	0	0.0	0	0.0	4	50.0	4	50.0	0	0.0
	14. Acredita que o seu familiar espera que cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele pudesse contar?	0	0.0	0	0.0	3	37.5	5	62.5	0	0.0
	15. Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?	0	0.0	3	37.5	3	37.5	2	25.0	0	0.0
Perceção de Autoeficácia	20. Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?	6	75.0	2	25.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	21. Pensa que poderia cuidar melhor do seu familiar?	5	62.5	3	37.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0