

IPV - ESSV |



Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Trabalho efectuado sob a orientação de



All nurses can save lives...

Rehabilitation nurses save the Quality of Life...

(Laura Solkowitz)

Agradecimentos

A realização deste trabalho não teria sido possível sem o apoio e colaboração de muitas pessoas. Assim, cumpre-me agradecer a todos que direta ou indiretamente contribuíram para a sua concretização e me ajudaram a atingir mais um dos meus objetivos pessoais e profissionais.

À professora Doutora Rosa Maria Lopes Martins, pela sua disponibilidade, objetividade e clareza. Pela orientação ao longo de todo o processo de elaboração deste trabalho.

À minha família, por todo o amor e carinho, pelo apoio incondicional ao longo desta caminhada, pelas horas que não lhes dediquei e pelas saudades sentidas.

A todos os meus amigos que estiveram presentes nos bons e maus momentos.

O meu muito obrigada!

Resumo

Introdução: As alterações sociodemográficas atuais e o aumento crescente do número de pessoas dependentes no domicílio a necessitar de cuidados, implicam mudanças nas políticas de saúde, onde os Cuidadores Informais assumem um importante papel como aliados da equipa de saúde.

Objetivo: Identificar as intervenções do enfermeiro de reabilitação num programa de reabilitação domiciliária, de forma a capacitar a Pessoa e os Cuidadores Informais no processo de gestão da doença.

Metodologia: Considerou-se pertinente realizar uma Revisão Sistemática da Literatura, recorrendo à metodologia PICO (*Population, Intervention/Issue Of Interest, Comparison Intervention Or Comparison Group, Outcome*), a partir de bases de dados eletrónicas de referência, com o objetivo de promover a reflexão na ação e sobre a ação. Foi elaborada a questão de investigação no seguinte formato: "O papel do enfermeiro de reabilitação na capacitação do cuidador informal nos cuidados domiciliários".

Resultados: Constatamos que as intervenções do enfermeiro especialista em reabilitação na comunidade e junto dos cuidadores se desenvolvem em vários níveis, nomeadamente: na manutenção de um ambiente seguro, na identificação de barreiras arquitetónicas e nas propostas de eliminação das mesmas, na orientação de alterações estruturais/físicas do domicílio de forma a facilitar a adaptação à nova condição de saúde, na monitorização da condição da pessoa com limitações, através da utilização de instrumentos de medida que permitem a avaliação da dependência/independência e das dificuldades sentidas na realização das atividades da vida diária. Atuam, ainda, na capacitação dos cuidadores na realização de cuidados ao doente dependente, na prevenção do aparecimento de complicações que possam atrasar o processo de reabilitação, no estabelecimento de objetivos reais e atingíveis com o programa de reabilitação, bem como no desenvolvimento de estratégias adaptativas e conhecimento do material de apoio existente

Conclusão: Os programas de reabilitação realizados no domicílio, através das intervenções do enfermeiro de reabilitação, contribuem para uma melhor efetividade na capacitação da pessoa/cuidador informal no processo de autogestão da doença, com melhoria da autonomia da pessoa e com evidentes ganhos em saúde.

Palavras-chave: Reabilitação, Cuidados Domiciliários, Enfermeiro, Cuidador.

Abstract

Introduction: Current sociodemographic changes and the growing number of dependent people in the home requiring care necessitate changes in health policies, where Informal Caregivers play an important role as allies of the health team

Objective: To identify the interventions of the rehabilitation nurse in a home rehabilitation program, in order to train the person and informal caregivers in the process of disease

Methodology: It was considered pertinent to carry out a Systematic Review of Literature using the PICO methodology (Population, Intervention / Issue Of Interest, Comparison Intervention Or Comparison Group, Outcome), from electronic databases of reference, with the objective of promoting reflection on action and on action. The research question was elaborated in the following format: "The role of the rehabilitation nurse in the training of the informal caregiver in home care".

Results: The interventions of rehabilitation nurses in the community are developed in several levels: in the maintenance of a safe environment, in the identification of architectural barriers suggesting the elimination of the same, as well as in the orientation of structural / physical changes in the home, in order to facilitate adaptation to the new health condition, whether temporary or progressive; In the monitoring of people with limitations, through the use of measurement instruments that allow the evaluation of dependency / independence and difficulties experienced in the accomplishment of daily life activities; In the prevention of the appearance of complications that may delay the rehabilitation process; In establishing real and achievable goals with the rehabilitation program, as well as in the development of adaptive strategies and knowledge of the existing support material.

Conclusion: Rehabilitation programs carried out at home, through the interventions of the rehabilitation nurse, contribute to a better effectiveness in the training of the informal person / caregiver in the process of self-management of the disease, with improved autonomy of the person, with obvious gains in health.

Keywords: Rehabilitation; Home Care; Nurse; Caregivers

Sumário

	Pág.
Pensamento	
Resumo	
Abstract	
Lista de Figuras	
Lista de Quadros	
Lista de Abreviaturas e Siglas	
1 - Introdução.....	19
2 - Metodologia	29
3 - Apresentação dos Resultados	33
4 - Discussão dos Resultados.....	45
5 - Conclusão	59
Referências Bibliográficas	63

Lista de Figuras

Pág.

Figura 1 - Fluxo da informação com as diferentes fases da revisão sistemática..... 31

Lista de Quadros

	Pág.
Quadro 1 - Critérios para a formulação da questão de investigação	29
Quadro 2 - Critérios de inclusão e exclusão.....	30
Quadro 3 - Níveis de evidência.....	33
Quadro 4 - E 1- Ações para capacitação de cuidadores em unidades de saúde da família ..	33
Quadro 5 - E 2- Evaluation of a home-based exercise program in the treatment of Alzheimer's disease: The Maximizing Independence in Dementia (MIND) study	34
Quadro 6 - E 3- Efeito da capacitação dos CIs sobre a qualidade de vida de idosos com déficit de autocuidado	34
Quadro 7 - E 4- Functional dependence and caregiver burden in Alzheimer's disease: a controlled trial on the benefits of motor intervention.....	34
Quadro 8 - E 5- A pessoa dependente no autocuidado: implicações para a enfermagem....	35
Quadro 9 - E 6- Caregiver - Mediated intervention can improve physical functional recovery of patients with chronic stroke: a randomized controlled trial	35
Quadro 10 - E 7- Intervention in informal caregivers who take care of older people after a stroke (InCARE): study protocol for a randomised trial	36
Quadro 11 - E 8- Preventing Loss of Independence through Exercise (PLIÉ): a pilot clinical trial in older adults with dementia.....	36
Quadro 12 - E 9- Driving forces for home-based reablement; a qualitative study of older adults' experiences.....	36
Quadro 13 - E 10- Evolução das pessoas dependentes no autocuidado acompanhadas na RNCCI.....	37

Lista de Abreviaturas e Siglas

AVC - Acidente Vascular Cerebral

AVD's - Atividades da Vida Diária

CI - Cuidador Informal

CIs - Cuidadores Informais

cit. - citado

CPCp - Compromisso nos Processos Corporais

CSP - Cuidados de Saúde Primários

ECCI - Equipas de Cuidados Continuados Integrados

ECPICID - Escala de Capacidades do Prestador Informal de Cuidados de Idosos Dependentes

EEER - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

EUA - Estados Unidos da América

InCARE - Programa de Intervenção Psicoeducativa

INE - Instituto Nacional de Estatística

JBI - Joanna Briggs Institute

MIF - Medida de Independência Funcional

MIND - *The Maximizing Independence in Dementia*

MMSE - *Mini-Mental State Examination*

NDAc - Nível de Dependência no Autocuidado

Nº - número

OE - Ordem dos Enfermeiros

PCCI - Programa de Capacitação para Cuidadores Informais

PCD - Prestador de Cuidados do Dependente

PICO - *Population, Intervention/Issue of Interest, Comparison Group, Outcom*

PLIÉ - *Preventing Loss of Independence through Exercise*

PRAut - Potencial de Reconstrução de Autonomia

QASCI - Questionário de Avaliação da Sobrecarga para Cuidadores Informais

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RSL - Revisão Sistemática da Literatura

SNS - Serviço Nacional de Saúde

1 - Introdução

A população portuguesa, à semelhança da europeia, tem vindo a sofrer alterações demográficas e epidemiológicas, caracterizadas por um envelhecimento acentuado, consequência do aumento de esperança de vida e diminuição da mortalidade e natalidade.

Os dados de 2017, do Instituto Nacional de Estatística (INE), apontam para manutenção e agravamento do envelhecimento demográfico em Portugal, que só tenderá a estabilizar daqui a cerca de 40 anos. Esta dinâmica é consequência dos processos de declínio da natalidade e de um aumento da longevidade e é entendida internacionalmente como uma das mais importantes tendências demográficas do século XXI.

As alterações demográficas na composição etária da população residente em Portugal e para o conjunto da União Europeia, são reveladoras do envelhecimento demográfico da última década. Neste contexto, Portugal apresenta no conjunto dos 28 Estados Membros: o 5º valor mais elevado do índice de envelhecimento, o 3º valor mais baixo do índice de renovação da população em idade ativa e o 3º maior aumento da idade mediana entre 2003 e 2013 (INE 2015).

A crise económica em que temos vivido, conjuntamente com as alterações da população, tem apresentado implicações na saúde dos portugueses, bem como no Sistema Nacional de Saúde (SNS). De facto nas últimas décadas, o conceito de sustentabilidade do SNS tem vindo a ganhar relevância e centralidade. De acordo com a evidência, uma crise ultrapassa-se mais depressa e melhor com uma população saudável, mas para isso exige-se que em tempos de crise se invista na saúde como forma de capacitar melhor os seus cidadãos e de a ultrapassar, saindo da mesma com mais competências que as que se possuíam anteriormente.

No Relatório de Primavera 2017, do Observatório Português dos Sistemas de Saúde, constata-se que a prevalência das doenças crónicas se encontra relacionada com percentagens elevadas de baixa instrução, uma vez que o aumento de doenças crónicas e incapacitantes gera um aumento do número de dependentes (Martins, 2006).

A ocorrência e permanência de sequelas incapacitantes impostas pelas comorbilidades, como são as limitações motoras, sensitivas, sensoriais, de compreensão e expressão dos pensamentos, pode modificar de forma acentuada a dinâmica da vida da Pessoa, tornando-a

dependente dos seus familiares para os cuidados (Souza, Silva, Quirino, Neves & Moreira, 2014).

Desde cedo os familiares são chamados e orientados para colaborar na prestação de cuidados no seu contexto familiar, tornando-se, assim, elementos indispensáveis na equipa de prestação de cuidados de saúde (Martins, 2006).

Apesar das dificuldades com que se deparam no exercício do papel, de um modo geral, os cuidadores informais (CIs) atribuem importância aos desafios que se vão colocando ao longo do tempo e vão desenvolvendo estratégias de forma a adaptarem-se com eficácia, demonstrando nesse processo um sentido de competência positivo (Petronilho, Pereira & Silva, 2015).

Muitos dos estudos já realizados sobre esta temática, demonstram que os CIs raramente recebem informações claras a respeito da doença, orientação e apoio para os cuidados ou indicação de um serviço para capacitá-los no tratamento, embora a educação do CI/Pessoa seja reconhecida como importante componente de uma boa prática na reabilitação (Israel, Andrade & Teixeira, 2009). Assim, como referem Souza et al. (2014), a capacitação do CI/Pessoa deve ser vista como um caminho seguro para se obterem melhores resultados na reabilitação, diminuição de custos e reinternamentos.

Paralelamente, ao analisarmos as novas propostas governamentais em saúde encontra-se em destaque o carácter inovador e impulsionador do Programa Nacional de Educação para a Saúde, Literacia e Autocuidados, como sinal de uma nova visão e atitude para a saúde pública e para o sistema de saúde.

Reconhecemos que foram tomadas algumas medidas no sentido de reforçar o poder do cidadão, que parecem sinalizadoras do caminho a seguir. De salientar também os diversos projetos para a promoção da telemedicina e promoção da utilização das tecnologias da informação e comunicação, como parte da reforma dos cuidados de saúde (Resolução do Conselho de Ministros nº 67/2016, de 26 de outubro). Sabemos que novas necessidades de saúde e sociais, requerem novas e diversificadas ações que venham a satisfazer o incremento esperado por parte da população com dependência funcional e de doentes com patologia crónica múltipla.

Tais respostas devem ser ajustadas aos diferentes grupos de pessoas em situação de dependência, aos diferentes momentos e circunstâncias da própria evolução da doença e

situações sociais, simultaneamente deve ser facilitadora da autonomia e da participação, do reforço das capacidades e competências das famílias para lidar com essas situações.

Promover a funcionalidade, prevenindo, reduzindo e adiando as incapacidades, constitui uma das políticas sociais que mais pode contribuir para a qualidade de vida e para a consolidação de uma sociedade mais justa e solidária sobretudo no cenário demográfico atual.

Como diz Alves (2016), em Portugal, os cuidados domiciliários estão pouco desenvolvidos, estando frequentemente os hospitais lotados com doentes idosos frágeis, que beneficiariam de melhores cuidados de saúde no conforto do seu domicílio. No modelo tradicional dos hospitais, é frequente a inexistência de comunicação com os cuidados de saúde primários (CSP), sendo esta escassa em que a transição hospital/domicílio é por vezes pouco preparada. Estas formas de atuação levam a erros ou falhas de monitorização e acompanhamento de determinados problemas de saúde, que podem até motivar reinternamentos hospitalares precoces (Qaddoura et al., 2015).

A Ordem dos Enfermeiros (OE), tem alertado para a necessidade de reformar os CSP tornando-se essencial a resposta de proximidade aos cidadãos, com orientação para a obtenção de ganhos em saúde e melhoria da acessibilidade e equidade. Deverá constituir a sua missão, o desenvolvimento de intervenções centradas na Pessoa, família e comunidade em que se insere, ao longo do *continuum* de cuidados, desde o nascimento até à morte. Estas intervenções incluem a promoção da saúde, a prevenção da doença, a reabilitação e a prestação de cuidados aos indivíduos doentes ou que se encontram nos estádios finais de vida, assim como o desenvolvimento de medidas de proteção a grupos humanos vulneráveis, nomeadamente às crianças, aos idosos e a pessoas com deficiência.

Para isso foi criada, em 2005, a Comissão para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde às Pessoas Idosas e às Pessoas em Situação de Dependência, com o objetivo de propor um modelo de intervenção em matéria de cuidados continuados integrados destinados a pessoas em situação de dependência. Ainda neste âmbito, o Programa do XVII Governo Constitucional define como meta a instauração de políticas de saúde, integradas no Plano Nacional de Saúde, e de políticas de segurança social que permitam: desenvolver ações mais próximas das pessoas em situação de dependência; investir no desenvolvimento de cuidados de longa duração, promovendo a distribuição equitativa das respostas a nível territorial; qualificar e humanizar a prestação de cuidados; potenciar os recursos locais, criando serviços comunitários de proximidade, e ajustar ou criar respostas adequadas à diversidade que caracteriza o envelhecimento individual e as alterações de funcionalidade. Em resposta

àquelas metas políticas, é implementada, em 2006, a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).

A *Dependência* é concetualizada nos documentos referidos como a situação em que se encontra a Pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as atividades da vida diária. Já a *Funcionalidade* é definida como a capacidade que uma pessoa possui, em cada momento, para realizar tarefas de subsistência, para se relacionar com o meio envolvente e para participar na vida social.

O relatório de monitorização da RNCCI (Administração Central do Sistema de Saúde, 2017), mostra que a dependência nas atividades da vida diária (AVD's) é o principal motivo apontado na referenciação (91%), seguindo-se o ensino ao utente/CI como segundo motivo (90%). Dentro dos motivos de referenciação, 91% em Unidades de Convalescença, 84% em Unidades de Média Duração e Reabilitação e 46% em Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), destaca-se a necessidade de reabilitação. Relativamente aos diagnósticos associados aos motivos de referenciação, aparecem as doenças vasculares cerebrais e as fraturas do colo do fémur como as mais frequentes.

Recorde-se que dados do INE (2013), atualizados em 2017, revelam que Portugal apresenta um índice de dependência total por local de residência de 54,1 e um índice de dependência de idosos por local de residência de 32,5.

As ECCI pertencem à RNCCI e asseguram, entre outros, cuidados domiciliários de enfermagem e médicos de natureza preventiva, curativa, reabilitadora e ações paliativas, educação para a saúde aos doentes, familiares e cuidadores; apoio na satisfação das necessidades básicas e ainda apoio no desempenho das AVD's.

Já em 2008, a Organização Mundial de Saúde, afirmava que o objetivo dos cuidados domiciliários consistia na satisfação das necessidades sociais e de saúde do doente, através da oferta de cuidados de elevada qualidade prestados no domicílio, por cuidadores formais ou informais e com recurso a tecnologia quando apropriado (World Health Organization, 2008). Assim, fornecer educação e formação para permitir o desenvolvimento de habilidades de reabilitação é, em nossa opinião, uma estratégia eficaz pertinente e necessária para compensar a falta ou inadequados serviços de saúde.

O recrutamento de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação (EEER's) para os CSP em 2009, implicou novas intervenções nas diferentes áreas de atuação. Segundo o Regulamento 125/2011 da OE, as competências do EEER na comunidade, visam que o mesmo capacite a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da sua cidadania. Na verdade, corroboramos Hoeman (2000), quando afirma que o EEER é um impulsionador da pessoa na comunidade, intervindo na sua autonomia, potenciando as suas capacidades e facilitando a adaptação à nova condição física.

Sabemos que o alvo de intervenção do enfermeiro de reabilitação é a pessoa com necessidades especiais no contexto em que esta se encontra, o que implica que os cuidados especializados em enfermagem de reabilitação sejam prestados em diferentes contextos da prática clínica como, entre outros, unidades de internamento de agudos e de reabilitação, por equipas de cuidados continuados, paliativos e de cuidados na comunidade (Regulamento n.º 350/2015, de 22 de junho).

Atendendo a que o processo de reabilitação é um processo dinâmico e multidisciplinar, a enfermagem de reabilitação, enquanto especialidade que nele intervém, compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos que lhe permite ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com sequelas, a maximizar o seu potencial funcional e independência, pelo que compete ao enfermeiro de reabilitação conceber, implementar e monitorizar planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas (Regulamento n.º 125/2011, de 18 de fevereiro).

Neste sentido, o EEER, na sua área de intervenção, promove a maximização das capacidades funcionais da Pessoa, potenciando o seu rendimento e desenvolvimento pessoal, utiliza estratégias, técnicas e procedimentos específicos de reabilitação, prescreve produtos de apoio, identifica obstáculos à acessibilidade e intervém na educação dos clientes e pessoas significativas em todas as fases do ciclo de vida e em todos os contextos da prática de cuidados (Regulamento n.º 125/2011, de 18 de fevereiro).

A utilização de escalas de avaliação da funcionalidade e de outros instrumentos revelam-se como ferramentas importantes na avaliação dos utentes, na instituição de novos tratamentos, no acompanhamento da evolução clínica e na adoção de decisões terapêuticas. Para além do referido, permitem ainda dar visibilidade aos cuidados prestados pelo EEER, o que se tem traduzido em ganhos em saúde.

Atualmente, procura-se que a maioria dos cuidados a dependentes seja assegurada por CIs em contexto domiciliário. Porém, estas tarefas asseguradas pelos CIs podem variar das mais simples (supervisão) às mais complexas (higiene pessoal), variando também na frequência, periodicidade, duração e intensidade relacionada com o grau de dependência de quem é cuidado. Por estas razões, os CIs enfrentam no seu dia a dia enormes desafios, quer do ponto de vista físico, quer emocional, traduzindo-se estes em impactos diretos na saúde do próprio cuidador.

A Entidade Reguladora de Saúde (2016), informa que Portugal tem a maior taxa de CIs da Europa, surgindo, assim, a necessidade de otimizar o papel do CI, de forma a melhorar o seu desempenho, manter a sua saúde íntegra e promover a qualidade de vida tanto do cuidador como do dependente.

Apesar da importância que se atribui ao papel da família nos cuidados à pessoa dependente, os CIs continuam a expressar baixos níveis de conhecimento e altos níveis de sobrecarga (Sequeira, 2013), pelo que se deve investir de forma a dotá-los de conhecimentos e de competências (Passos, Sequeira & Fernandes, 2012).

A falta de treino do cuidador contribui para este agir de forma mais afetiva do que racional, não contribuindo para a reabilitação do doente. A família necessita de orientações para realizar os cuidados, desde as adaptações necessárias no ambiente para facilitar a vida do doente até às rotinas de alimentação, medicação e higiene (Oliveira, Garanhani & Garanhani 2011).

Advogar o acesso e a utilização dos recursos necessários aos CIs é uma intervenção crucial dos enfermeiros na transição para o exercício do papel de prestadores de cuidados por parte dos familiares (Petronilho et al., 2015). Neste sentido, importa capacitar o CI, pois ele desempenha um conjunto de tarefas diárias que necessitam de conhecimento e treino, tais como as AVD's, resolução de problemas, tomada de decisão, atividades que requerem competências comunicativas e organizacionais, entre outros cuidados antecipatórios e de vigilância (Suchmacher, Beck & Marren, 2006). Acreditamos que a capacitação é promotora da educação e da autonomia dos CIs, tal como Vogt, Gonçalves & Silveira (2009).

Ao capacitar um CI, ele assume-se como um parceiro de cuidados, contudo, deve ter sempre na retaguarda um técnico de saúde, que o apoie continuamente, valide o seu conhecimento e as suas competências para cuidar ao longo de todo o processo. Ao capacitar, o profissional de saúde colabora no desenvolvimento de habilidades e conhecimentos que

facilitam o desempenho do papel e promovem um cuidado melhor planeado e menos desgastante (Bicalho, Lacerda & Catafesta, 2008). A intervenção junto destes cuidadores visa ainda facilitar a adaptação da família à doença e retardar o mais possível a institucionalização (Figueiredo, Guerra, Marques & Sousa, 2012).

São vários os estudos, que sustentam que programas baseados em intervenções de enfermagem são uma melhor estratégia (Akinci & Olgun, 2011). Os enfermeiros são membros ativos das equipas de reabilitação (Mohammadi, 2008), e aqueles que cuidam de doentes com doenças crónicas contribuem para a melhora da sua qualidade de vida através de soluções eficazes e simples (Potter & Perry, 2003). Na orientação da prática de cuidados de enfermagem de reabilitação, os modelos de autocuidado e das transições revelam-se estruturantes e de excelência para a otimização da qualidade do exercício profissional.

No modelo de Orem, o objetivo do enfermeiro de reabilitação é assistir a pessoa com necessidades de autocuidado, permitindo o regresso à sua autonomia (Hoeman, 2011). Para Orem, é da responsabilidade do enfermeiro desenvolver estratégias para que a Pessoa possa voltar a desempenhar o autocuidado (Guerra, Santos & Araújo, 2002) e Queirós (2010), acrescenta que este autocuidado é universal por abranger todos os aspetos vivenciais, não se restringindo às AVD's e às atividades instrumentais.

Os enfermeiros de reabilitação ajudam os doentes a desenvolver as suas potencialidades, otimizar a função e aceitar a responsabilidade como parte da sua participação no processo da equipa de reabilitação (Hoeman, 2011).

A Teoria do Autocuidado constitui a base para compreender as condições e as limitações da ação das pessoas que podem beneficiar com a enfermagem (Tomey & Alligood, 2002), embora seja fundamental existir um ponto de equilíbrio entre o excesso e a carência de cuidado para que o indivíduo seja capaz de se autocuidar.

O défice de autocuidado, apesar de ser um conceito abstrato, quando expresso em termos de limitações de ação, ajuda a compreender o papel da Pessoa no autocuidado e fornece orientações para a seleção das intervenções de enfermagem que o auxiliem (Tomey & Alligood, 2002). Orem (2001), identificou cinco métodos que os enfermeiros podem utilizar em combinação ou isoladamente quando cuidam da Pessoa, que são: executar ou agir, substituindo-a naquilo que ela não é capaz de fazer; orientar e encaminhar; dar apoio físico e/ou psicológico; criar e manter um ambiente que favoreça o seu desenvolvimento; e ensinar.

Ainda para a mesma autora, o processo de enfermagem é um sistema que permite diagnosticar a necessidade de cuidados, fazer um planeamento e intervir. O método para conduzir este processo obedece aos seguintes critérios: determinação dos requisitos de autocuidado; determinação da competência para o autocuidado; determinação da necessidade terapêutica; mobilização das competências do enfermeiro; e o planeamento da assistência nos sistemas de enfermagem (Tomey & Alligood, 2002).

Na opinião de Queirós (2010), a Pessoa pode oscilar entre as necessidades de autocuidado, capacidades autónomas da sua satisfação e nas necessidades de apoio perante situações de transição, em que a mesma não se consegue adaptar favoravelmente.

No pensamento de Meleis, os enfermeiros são os principais cuidadores dos clientes e das suas famílias que estão a sofrer uma transição, facilitando o processo de aprendizagem de novas competências relacionadas com as experiências de saúde ou doença ou preparando para as transições iminentes (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Shumacher, 2000).

Transição significa uma mudança no estado de saúde, nos papéis, relacionamentos, expectativas ou habilidades, e é um processo que está intimamente ligado à forma como é percebida pela Pessoa que a experiencia. Envolve as respostas das pessoas, existindo diferentes tipologias de transições, as desenvolvimentais, situacionais e as de saúde-doença (Meleis, 1997).

De acordo com Sholssberg, cit. por Abreu (2008), durante a vivência de uma transição, a capacidade que a Pessoa tem para determinar e gerir as suas necessidades e para construir respostas adaptativas pode estar alterada, pelo que é necessário um período de adaptação ou ajustamento.

Para Meleis, o enfermeiro cuida da Pessoa, integrada num determinado contexto sociocultural, que está em fase de transição, com a intenção de promover a sua saúde e bem-estar através de um conjunto de intervenções terapêuticas. O enfermeiro tem como função ajudar as pessoas a gerir as transições ao longo do ciclo de vida. A enfermagem de reabilitação visa potenciar a recuperação e reintegração da Pessoa com alterações/limitações da função, qualquer que seja a sua tipologia de transição.

De forma a incentivar a investigação, o Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, definiu como uma das áreas prioritárias a investigar em Portugal para 2015-2025, a capacitação da Pessoa e/ou CI (OE, 2015), razão que nos motivou a enveredar por este estudo.

As revisões sistemáticas são recursos importantes perante o crescimento acelerado de informação científica, ajudam a sintetizar a evidência disponível na literatura sobre uma intervenção, podendo auxiliar profissionais clínicos e pesquisadores no seu cotidiano de trabalho.

As revisões sistemáticas devem ser abrangentes e não tendenciosas na sua preparação. Os critérios adotados são divulgados de modo que outros pesquisadores possam repetir o procedimento. Revisões sistemáticas de boa qualidade são consideradas o melhor nível de evidência para tomadas de decisão, por seguir um método científico explícito e apresentar resultado novo. Para Galvão e Pereira (2014), a revisão sistemática é classificada como contribuição original na maioria das revistas de pesquisa clínica. Nesta perspectiva, foi realizada uma revisão sistemática que tem como objetivo geral: rever o estado da arte acerca do papel do EEER na capacitação do CI nos cuidados domiciliários. Como objetivos específicos, delineamos: identificar as necessidades dos CIs de forma a implementar intervenções que permitam dotar o CI e a Pessoa de estratégias de adaptação à doença; identificar as intervenções do EEER em contexto domiciliário para a capacitação da pessoa e do CI; e identificar ganhos em saúde para o CI e Pessoa cuidada.

2 - Metodologia

A enfermagem tem vindo a vivenciar mudanças ao longo da última década e os desafios clínicos exigem respostas por parte dos profissionais cada vez com maior qualidade. Deste modo, os enfermeiros devem ser capazes de refletir e avaliar a própria prática com base em novos conhecimentos.

Estabelecer e fortalecer uma enfermagem baseada em evidência aumenta a credibilidade da profissão e influencia as políticas de saúde. A Prática Baseada na Evidência consiste na utilização de evidências científicas, produzidas pelos estudos desenvolvidos que apresentem rigor metodológico.

A revisão sistemática é uma metodologia útil em saúde, dado que possibilita identificar as melhores evidências e sintetizá-las, para fundamentar propostas de mudanças nas áreas de prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação (De-la-Torre-Ugarte-Guanilo, Takahashi & Bertolozzi, 2010).

Com a finalidade de estruturar a abordagem da problemática em análise, recorreu-se às bases de dados científicas, foram definidos os critérios para a formulação da pergunta recorrendo ao acrónimo PICO (*Population, Intervention/Issue of Interest, Comparison Group, Outcome*), como preconizado pelo método definido no *Cochrane Handbook* (Higgins & Green, 2011), os quais constituem o guia orientador para a formulação da questão de investigação. O quadro 1 sistematiza os critérios utilizados.

Quadro 1 - Critérios para a formulação da questão de investigação

P	Participantes	Quem foi estudado?	CI de pessoa dependente em situação de cuidados domiciliários Programas de capacitação
I	Intervenções	O que foi feito?	Intervenções do enfermeiro na capacitação do CI
C	Comparações	Podem existir ou não
O	<i>Outcomes</i> (Resultados)	Resultados/Efeitos ou consequência	Capacitação do CI Ganhos em saúde

Considerando os critérios definidos, foi formulada a seguinte questão de investigação:
Quais as intervenções do EEER num programa de reabilitação domiciliária, de forma a capacitar os CIs no processo de gestão da doença?

Na etapa seguinte foram definidos os critérios elegibilidade (critérios de inclusão e exclusão) para a seleção dos artigos, como se pode observar no quadro 2.

Quadro 2 - Critérios de inclusão e exclusão

Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
Artigos publicados entre 2008 e 2018 (inclusive).	Artigos publicados antes de 2008 (não inclusive)
Artigos publicados cuja população alvo seja a Pessoa e/ou CI em contexto domiciliário	Artigos publicados cuja população alvo seja a Pessoa institucionalizada (e.g. lares, famílias de acolhimento, serviços privados)
Artigos publicados que abordem o papel do profissional de saúde ou especificamente do enfermeiro ¹ na educação e apoio do cuidador da Pessoa em situação de cuidados domiciliários	Artigos publicados que não abordem o papel do profissional de saúde ou especificamente do enfermeiro na educação e apoio do cuidador da Pessoa em situação de cuidados domiciliários
Artigos que mencionem estudos qualitativos e/ou quantitativos	Artigos que mencionem outros tipos de estudos
Intervenções no domicílio com o enfermeiro na área da reabilitação	Apenas contacto telefónico ou internet
Idade (adulto >18 anos)	Idade <18 anos (inclusive)
Artigos escritos em Português e Inglês	Artigos publicados em outras línguas

Apesar do objetivo do trabalho ser centrado no papel do EEER, na pesquisa não se fecharam os critérios a esse especialista, pois internacionalmente essa figura nem sempre existe, e limitar-nos-ia o universo da pesquisa.

Posteriormente, procedeu-se à verificação dos termos como descritores na plataforma MeSH (*Medical Subject Headings*), tendo sido validadas as seguintes palavras-chave: *rehabilitation; home care; nurse; caregivers*, que foram combinadas recorrendo às expressões booleanas AND e OR.

A partir da plataforma EBSCOhost, acedemos às seguintes bases de dados: CINAHL (*Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*) complete, Cochrane Central Register of Controlled Trials, MEDLINE (*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*) complete, por apresentar reconhecida idoneidade complementamos a nossa pesquisa com a base de dados Pubmed (*Public Medline*), adicionamos ainda à nossa pesquisa a base de dados PEDro (Base de Dados em Evidências em Fisioterapia).

As pesquisas das bases de dados supracitadas decorreram no mês de janeiro e fevereiro de 2018. Foram selecionados os artigos publicados em texto integral entre 2008-2018. A escolha deste filtro cronológico deve-se ao facto de ser objetivo abordar o que tem sido escrito na última década sobre a temática em questão. Realizou-se a pesquisa com o cruzamento das palavras-chave, de onde resultaram 710 artigos.

Após este percurso metodológico, foi efetuada leitura dos títulos, seguida da leitura dos resumos e feita a pré-seleção final dos artigos. Posteriormente, procedeu-se à leitura integral do conteúdo dos referidos artigos e foram apurados os artigos finais de acordo com os

critérios de inclusão e exclusão definidos e evidência demonstrada, cuja análise e discussão se apresenta a seguir.

Todo o processo metodológico encontra-se explicitado na figura 1.

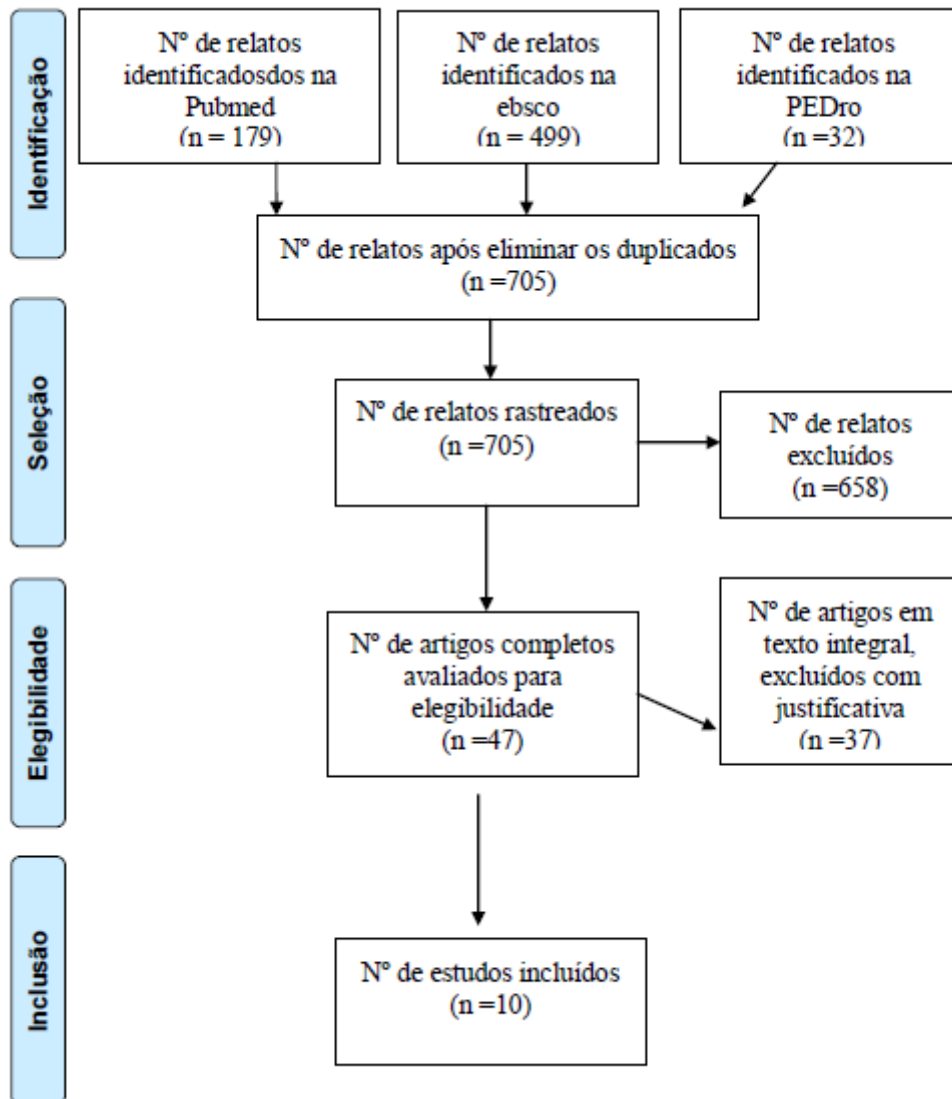


Figura 1 - Fluxo da informação com as diferentes fases da revisão sistemática

Num primeiro momento, uma lista contendo o título de 710 artigos, onde cinco se repetiam, resultando numa lista de 705 artigos, foram lidos e avaliados os respectivos resumos por dois revisores de forma independente, com base na relevância do tipo de estudo, dos participantes e das intervenções para a revisão sistemática da literatura (RSL) em curso. Após a seleção dos estudos por parte de cada revisor, foi agendada uma reunião com o intuito de assegurar a qualidade desta etapa do processo. Dessa reunião resultou a exclusão de 658

artigos por não se relacionarem com a questão de investigação e a identificação de 47 artigos com potencial interesse para o estudo e selecionados para análise integral do texto.

Num segundo momento, os revisores procederam à leitura integral dos 47 artigos selecionados e de acordo com os critérios de elegibilidade foram selecionados 10 artigos.

O núcleo da síntese de evidências é a RSL de uma determinada intervenção, condição ou questão. A revisão sistemática é essencialmente uma análise da literatura disponível, isto é, evidência e um julgamento da eficácia ou não de uma prática, envolvendo uma série de etapas complexas. O Joanna Briggs Institute (JBI) tem uma visão particular sobre o que conta como evidência e os métodos utilizados para sintetizar esses diferentes tipos de evidências. Em consonância com essa visão mais ampla das evidências, desenvolveu teorias, metodologias e processos rigorosos para a avaliação crítica e a síntese dessas diversas formas de evidência, a fim de auxiliar na tomada de decisões clínicas em saúde. A análise crítica dos estudos foi avaliada através das orientações do JBI para a realização de revisões sistemáticas (JBI, 2017).

No domínio da investigação médica, há uma forte preocupação em avaliar a qualidade dos artigos publicados, para garantir que, na revisão sistemática, não são utilizados artigos de evidência primária baseados num fraco dispositivo experimental ou numa deficiente abordagem na análise de resultados. Existem vários instrumentos disponíveis para fazer a avaliação de artigos no domínio da investigação médica como, por exemplo, os pressupostos pelo consórcio Consort-Transparent Reporting of Trials (2018), que propõe listas de avaliação da qualidade dos artigos para diversas especialidades médicas. Dado que o tema da presente revisão não enquadra a utilização de artigos de investigação primária de carácter médico, mas sim maioritariamente focados numa perspectiva holística da capacitação dos CIs e da qualidade de vida dos doentes, não aplicámos nenhuma lista de verificação como a suprarreferida, uma vez que a maioria dos itens não se aplica. Apesar de não ter sido aplicada uma lista de verificação, a qualidade dos artigos foi avaliada, tendo em consideração os critérios apontados por Holopainen, Hakulinen-Viitanen e Tossavainen (2008) e Cablová, Pates, Miovsy e Noel (2017), para a elaboração de revisões sistemáticas, nomeadamente o enquadramento com a questão de investigação, no presente trabalho foram excluídos os que não correspondiam aos cuidados domiciliários ou não se enquadravam na área da enfermagem de reabilitação, bem como não preenchiam os requisitos definidos nos critérios de inclusão. Os artigos de evidência científica secundária, revisões e meta-análises, foram também excluídos.

3 - Apresentação dos Resultados

Para o nível de hierarquia da evidência dos estudos selecionados, foi utilizado o esquema descrito no quadro 3, de Sackett, Straus, Richardson, Rosenberg e Haynes (2000).

Quadro 3 - Níveis de evidência

Níveis de Evidência	Tipo de Estudo
Nível 1	Meta-análises de experiências clínicas randomizadas e controladas
Nível 2a	Experiência clínicas randomizadas e controladas (RCT)
Nível 2b	Experiência clínica não randomizada, ou não controlada, ou não cega
Nível 3	Estudos observacionais
Nível 4	Experiências clínicas com pré- ou pós-teste
Nível 5	Estudos descritivos
Nível 6	Evidência insignificante

Fonte: Sackett et al. (2000).

Os artigos encontrados para análise e avaliação crítica foram expostos nos quadros seguintes, por ordem cronológica crescente, segundo o ano de publicação, contém ainda os autores, o país, a metodologia, objetivo de estudo, participantes, intervenção, resultados e nível de evidência.

Quadro 4 - E 1- Ações para capacitação de cuidadores em unidades de saúde da família

Autor	Vogt, M., Gonçalves, M., & Silveira, D.
Ano e País	2009, Brasil
Metodologia	Quali-quantitativo
Objetivos	Investigar a percepção dos cuidadores sobre a capacitação para o cuidado
Participantes	22 CIs de utentes incapazes de autocuidado
Intervenções	Ações de educação para a saúde em contexto domiciliário
Resultados	A visita domiciliária é o momento mais apropriado para a capacitação do cuidador; A capacitação de cuidadores é uma das formas de promover a educação e a autonomia dos utentes e CIs, é essencial para o desenvolvimento de melhores condições de saúde
Nível de evidência	4

Quadro 5 - E 2- Evaluation of a home-based exercise program in the treatment of Alzheimer's disease: The Maximizing Independence in Dementia (MIND) study

Autor	Steinberg, M., Leoutsakos, J., Podewils, L., & Lyketsos, C.
Ano e País	2009, Estados Unidos da América (EUA)
Metodologia	Ensaio controlado
Objetivos	Determinar a viabilidade e eficácia da intervenção de um programa de exercícios domiciliário para melhorar o desempenho funcional de doentes com doença de Alzheimer
Participantes	30 doentes
Intervenções	Os cuidadores foram instruídos para um programa diário de exercícios que consiste em três componentes: exercício aeróbico, treino de força, treino de equilíbrio e flexibilidade
Resultados	Os participantes do grupo de intervenção tiveram um <i>Mini-Mental State Examination</i> (MMSE) maior do que aqueles no grupo de controlo Tendência para melhor qualidade de vida no grupo de intervenção
Nível de evidência	Nível 2a

Quadro 6 - E 3- Efeito da capacitação dos CIs sobre a qualidade de vida de idosos com défice de autocuidado

Autor	Rocha Júnior, P. R., Corrente, J. E., Hattor, C. H., Oliveira, I. M., Zancheta, D., Gallo, C. G., ... Galiego, E. T.
Ano e País	2011, Brasil
Metodologia	Estudo epidemiológico, tipo ensaio clínico não controlado
Objetivos	Avaliar um Programa de capacitação para CIs na qualidade de vida de idosos
Participantes	15 idosos com défice de autocuidado
Intervenções	Programa de Capacitação para Cuidadores Informais (PCCI)
Resultados	Os idosos relataram, uma melhoria da saúde mental e um agravamento das limitações por aspetos físicos após dois meses da aplicação do PCCI Ótimos resultados no que diz respeito à satisfação dos cuidadores
Nível de evidência	Nível 2b

Quadro 7 - E 4- Functional dependence and caregiver burden in Alzheimer's disease: a controlled trial on the benefits of motor intervention

Autor	Canonici, A., Andrade, L., Gobbi, S., Galduroz, R., Gobbi, L., & Stella, F.
Ano e País	2012, Brasil
Metodologia	Ensaio controlado
Objetivos	Investigar os efeitos de uma intervenção motora na redução do declínio da funcionalidade para doentes e cuidadores.
Participantes	32 doentes e CIs
Intervenções	Programa de 60 minutos três vezes por semana
Resultados	Doentes do grupo experimental apresentaram uma redução do declínio funcional em comparação com o grupo de controlo, verificou-se também uma diminuição na carga dos cuidadores
Nível de evidência	2a

Quadro 8 - E 5- A pessoa dependente no autocuidado: implicações para a enfermagem

Autor	Ribeiro, O. M. P. L., Pinto, C. A. S., & Regadas, S. C. R. S.
Ano e País	2014, Portugal
Metodologia	Estudo quantitativo, exploratório e descritivo
Objetivos	Descrever a dependência no autocuidado das pessoas dependentes em contexto familiar Identificar áreas de intervenção de enfermagem no apoio às pessoas dependentes e às famílias que as integram
Participantes	241 Famílias que integravam dependentes
Intervenções	Aplicação de Formulários Prestador de Cuidados do Dependente (PCD)
Resultados	<p>O conhecimento do nível de dependência das pessoas, em relação a cada atividade de autocuidado, para além de permitir aos enfermeiros identificar as necessidades específicas, também possibilita um planeamento mais adequado de cuidados</p> <p>Nas atividades de autocuidado, nomeadamente pessoas «dependentes, não participam», as terapêuticas de enfermagem deveriam basear-se no conhecimento e treino de capacidades e habilidades do prestador de cuidados, para a implementação das diferentes atividades centradas na substituição da Pessoa dependente; na informação sobre a prevenção de complicações na Pessoa dependente, assim como, sobre os recursos institucionais, profissionais e materiais/equipamentos disponíveis, capazes de facilitar o processo de tomar conta de dependentes em casa</p> <p>Perante pessoas dependentes que «necessitam de ajuda de Pessoa» para a realização das atividades de autocuidado, as terapêuticas de enfermagem deveriam ser direcionadas para o conhecimento e treino de capacidades e habilidades do prestador de cuidados, para a execução das atividades centradas no complemento e ajuda ao dependente, de acordo com as suas necessidades, bem como na informação e treino da capacidade da Pessoa dependente para a consecução das atividades de autocuidado</p> <p>Perante a realidade dos dependentes que só tinham «necessidade de equipamento» para a concretização das atividades de autocuidado, levanta-se uma questão interessante: será que as pessoas em estudo poderiam ser «menos dependentes» se utilizassem algum tipo de equipamento?</p> <p>O conhecimento mais aprofundado, acerca das atividades inerentes aos diferentes autocuidados, poderá permitir uma abordagem mais proativa da problemática, favorecendo, no futuro, um campo de intervenções preventivas e de cuidados individualizados</p>
Nível de evidência	5

Quadro 9 - E 6- Caregiver - Mediated intervention can improve physical functional recovery of patients with chronic stroke: a randomized controlled trial

Autor	Wang, T., Tsai, A., Wang, J., Lin, Y., Lin, K., Chen, J., ... Lin, T.
Ano e País	2015, China
Metodologia	Estudo randomizado controlado
Objetivos	Examinar se a intervenção domiciliária mediada pelo cuidador pode melhorar o funcionamento e participação social de doentes que sofreram acidente vascular cerebral (AVC)
Participantes	51 doentes e cuidadores
Intervenções	Treino semanal personalizado Aplicação das seguintes escalas/testes: <i>Stroke Impact Scale, Berg Balance Scale, 10-Meter Walk Test, 6-Minute Walk Test, e Barthel Index, Caregiver Burden Scale</i>
Resultados	Melhorias significativas na capacidade física, recuperação geral e funcionamento de doentes que sofreram AVC Um programa de reabilitação mediado pelo cuidador enfatizando treinamento repetitivo em casa, atividades ao ar livre, e a reintegração social é eficaz na melhoria da capacidade física recuperação funcional de doentes com AVC
Nível de evidência	Nível 2a

Quadro 10 - E 7- Intervention in informal caregivers who take care of older people after a stroke (InCARE): study protocol for a randomised trial

Autor	Araújo, O., Lage, I., Cabrita, J., & Teixeira, L.
Ano e País	2015, Portugal
Metodologia	Estudo quasi-experimental
Objetivos	Avaliar as competências práticas dos cuidadores de pessoas idosas sobreviventes de um AVC Avaliar um programa de intervenção na diminuição de sobrecarga destes cuidadores no 1º e 3º mês após a intervenção
Participantes	174 CIs de pessoas idosas dependentes sobreviventes de AVC
Intervenções	Implementação do programa InCARE Avaliação das competências práticas dos cuidadores informais na 1ª semana, 1º e 3º mês após o regresso a casa Avaliação da sobrecarga ao 1º (M1) e 3º (M2) após a intervenção e implementação do programa InCARE Escala de Capacidades do Prestador Informal de Cuidados de Idosos Dependentes (ECPICID) após um AVC Questionário de Avaliação da Sobrecarga para Cuidadores Informais (QASCI)
Resultados	Os dados sugerem elevados níveis de sobrecarga no 1º e 3º mês no grupo de controlo, comparativamente com o grupo experimental, no qual se verificou uma diminuição após o <i>follow-up</i> Os resultados plasmam a importância de uma intervenção precoce e estruturada baseada na informação, no treino e na capacitação dos CIs, como forma de diminuir a sobrecarga e promover a saúde física, psicológica, o bem-estar social e a satisfação com os cuidados
Nível de evidência	Nível 2a

Quadro 11 - E 8- Preventing Loss of Independence through Exercise (PLIÉ): a pilot clinical trial in older adults with dementia

Autor	Barnes, D., Mehling, W., Wu, E., Beristianos, M., Yaffe, K., Skultety, K., & Chesney, M.
Ano e País	2015, EUA
Metodologia	Ensaio clínico
Objetivos	O objetivo deste estudo foi testar um novo programa de exercícios para indivíduos com demência
Participantes	12 Doentes e cuidadores
Intervenções	Programa PLIÉ
Resultados	Melhor função física, função cognitiva, qualidade de vida e sobrecarga do cuidador em indivíduos com demência
Nível de evidência	Nível 2a

Quadro 12 - E 9- Driving forces for home-based reablement; a qualitative study of older adults' experiences

Autor	Hjelle, K., Tuntland, H., Førland, O., & Alvsvag, H.
Ano e País	2016, Noruega
Metodologia	Estudo qualitativo descritivo
Objetivos	Descrever como os idosos experienciam a sua participação na reabilitação
Participantes	8 Adultos (64 e 92 anos)
Intervenções	Programa de 3 meses no máximo de acordo com os objetivos e plano estabelecido Equipa multidisciplinar
Resultados	A perceção dos idosos das atividades mais importantes para eles condicionam o sucesso do programa de reabilitação os fatores motivacionais influenciam o envolvimento no programa de reabilitação é fundamental que os serviços domiciliários desenvolvam programas individualizados
Nível de evidência	Nível 5

Quadro 13 - E 10- Evolução das pessoas dependentes no autocuidado acompanhadas na RNCCI

Autor	Petronilho, F., Pereira, C., Magalhães, A., Carvalho, D., Oliveira, J., Castro, P., & Machado, M.
Ano e País	2017, Portugal
Metodologia	Estudo quantitativo, descritivo e exploratório
Objetivos	Avaliar o potencial de reconstrução de autonomia, e a evolução do compromisso nos processos corporais (CPCp) e da dependência no autocuidado das pessoas dependentes admitidas na rede
Participantes	Total de 891; ECCI 225
Intervenções	Intervenções de enfermagem no domicílio Avaliação na admissão e na alta
Resultados	O estudo revela ganhos em saúde efetivos na condição de saúde das pessoas dependentes acompanhadas nas diferentes tipologias de cuidados da Rede Verificaram-se ganhos em saúde efetivos na condição de saúde das pessoas dependentes durante o período de acompanhamento, nomeadamente melhoria no CPCp e melhoria no nível de dependência no autocuidado
Nível de evidência	Nível 5

Embora o filtro cronológico da pesquisa compreendesse o período temporal de 2008 a 2018, constatámos que o artigo mais antigo foi publicado em 2009 e o mais recente em 2017.

Relativamente ao país de origem, verifica-se uma maior publicação de artigos em Portugal, o que vai ao encontro do investimento das novas políticas de saúde nos cuidados de proximidade, responsabilização e empoderamento da população. O facto de os estudos terem sido realizados em diversos países, com sistemas de saúde, crenças e valores distintos, sugere uma preocupação transversal e crescente pelo fenómeno em estudo.

Após a análise crítica dos estudos e relativamente à avaliação metodológica da qualidade dos estudos incluídos e considerando a classificação de Sackett et al. (2000) relativamente à hierarquia da evidência, a maioria dos estudos apresenta um nível de evidência dois.

De seguida passaremos a descrever de uma forma sintética os resultados que nos pareceram mais relevantes de cada estudo, em função dos objetivos desta pesquisa.

Assim, o estudo 1, de Vogt et al. em 2009, realizou uma análise qualitativa e quantitativa, de dados obtidos durante a visita domiciliária, através de entrevistas com questões abertas e fechadas, efetuadas a CIs de pessoas incapazes do autocuidado. O instrumento aplicado identificava o cuidador e a Pessoa, características do cuidado, ações da equipa para a capacitação dos cuidadores e sugestões para essas ações. Foram entrevistados 22 cuidadores, 19 eram do sexo feminino e 3 do sexo masculino, a faixa etária de 59,09% desses cuidadores estava entre 48 e 57 anos; 54,54% deles tinham o ensino básico incompleto e 68,18% tinham como ocupação as tarefas domésticas. Relativamente aos 21 doentes assistidos pelos cuidadores, verificou-se que 16 eram do sexo feminino e 5 do sexo

masculino. A faixa etária de 66,7% dos doentes encontrava-se acima dos 60 anos. Observou-se que 81,8% dos cuidadores relataram permanecer cerca de 24 horas por dia junto ao doente, e 45,45% deles estão entre 1 ano e 5 anos como cuidadores efetivos do doente. Em relação às necessidades dos cuidadores, todos referem como tarefas diárias de cuidado ao doente: trocas de decúbito, auxílio na higiene pessoal, na alimentação e na administração de medicamentos, além de apoio afetivo. Quando questionados a respeito de se sentirem em condições de atender às necessidades dos doentes, relatam que o dia a dia é que os prepara para o cuidar, desenvolvendo aprendizagens baseadas nas necessidades da Pessoa. Todos os cuidadores sentem necessidade de aprender coisas novas sobre como cuidar, tal como proceder nas trocas de decúbito, execução de higiene pessoal e alimentação, mostrando-se abertos a novas experiências e dispostos a aprender tudo o que possa trazer benefícios à Pessoa e a si próprios. No que se refere às ações por parte da equipa, para a capacitação do cuidador ao cuidado, 77,27% dos cuidadores informaram haver ações por parte da equipa de saúde que os capacitam e auxiliam no cuidado, seja através de ações de formação, acompanhamento e esclarecimento de questões que vão surgindo. A respeito da perceção sobre a melhor forma de se desenvolverem ações de capacitação, 68,2% dos cuidadores acreditam que a visita domiciliária é a forma mais adequada para isso. Relatam que, na visita domiciliária, é possível visualizar a realidade de cada doente, orientar o cuidador e também a família.

O estudo 2, de Steinberg et al. em 2009, analisou vinte e sete doentes no domicílio com demência (Alzheimer), foram randomizados para um programa de intervenção de exercício supervisionado pelos cuidadores ou para um controlo de avaliação de segurança. Foi avaliado o desempenho funcional (*Yale Physical Activity Survey* [YPAS], *Timed 8-Foot Walk*, *Jebesen Total Time* [JTT], *Chair sit to stand test*), cognição (*A 1-h cognitive battery: Mini-Mental State Exam* [MMSE], *Boston Naming Test* [BNT] e *Hopkins Verbal Learning Test* [HVL]), sintomas neuropsiquiátricos (*Neuropsychiatric Inventory* [NPI], *Cornell Scale for Depression in Dementia* [CSDD]), qualidade de vida (*The Alzheimer's Disease Quality Related Life Scale* [ADQRL]) e sobrecarga do cuidador (*Screen for Caregiver Burden* [SCB]), no início e às 6 e 12 semanas após a randomização. Os participantes do grupo de intervenção e os seus cuidadores foram instruídos sobre um programa diário de exercícios que consistia em três componentes: aptidão aeróbica, treino de força e treino de equilíbrio e flexibilidade. A intervenção do grupo de controlo consistiu numa avaliação de segurança. Duas visitas domiciliárias subsequentes envolveram a revisão dos perigos identificados, a recomendação de intervenções e a avaliação da implementação. Verificou-se um melhor

desempenho nas AVD's, testes de força, relativamente à qualidade de vida não existiram diferenças entre os grupos, o grupo de intervenção verificou um aumento nos *scores* de depressão, nas restantes avaliações não foram observadas melhorias. Este estudo, embora incapaz de demonstrar um benefício claro do exercício, revela que uma intervenção de exercícios domiciliária supervisionada pelo cuidador pode ser realizada, uma vez que nenhum evento adverso grave foi atribuído à participação no estudo. A inferência estatística é limitada pelo pequeno tamanho da amostra.

O estudo 3 corresponde a um estudo epidemiológico, do tipo ensaio clínico não controlado, realizado por Rocha Júnior et al. em 2011, onde foram realizadas visitas domiciliárias a 13 idosos com défice no autocuidado. A colheita de dados foi efetuada através do questionário SF-36. Após a recolha inicial dos dados, foi elaborado e executado o PCCI, dividido nos seguintes módulos: aspetos biológicos, nutricionais, psicológicos e sociais do envelhecimento, higiene pessoal, estratégias de intervenção para idosos com deficiências físicas e incapacidades. Após dois meses de intervenção do PCCI, foi aplicado novamente o questionário SF-36. Dos 13 indivíduos estudados, 61,5% (n=08) era do sexo masculino e 38,5% (n=05) do sexo feminino, com idades compreendidas entre 60 e 94 anos de idade (média=73,1) e seus respetivos CIs (n=13). Verificou-se um aumento significativo ($p<0,05$) dos *scores* relacionados ao domínio Saúde Mental e uma diminuição significativa ($p<0,05$) dos *scores* relacionados ao domínio Limitações por Aspetos Físicos, 2 meses após a aplicação do PCCI. Obteve ótimos resultados no que diz respeito à satisfação dos cuidadores. Durante o PCCI, tiveram a oportunidade de esclarecer as suas dúvidas com profissionais qualificados, de discutir melhores estratégias de intervenção para os idosos com défice de autocuidado, de vivenciar outras realidades, de trocar experiências e de exteriorizar suas angústias, limitações e temores cotidianos.

O estudo 4, de Canonici et al. em 2012, realizou um ensaio controlado, os doentes foram divididos em dois grupos: 16 participaram do programa de intervenção motora e 16 pertenciam ao grupo de controlo. A funcionalidade foi avaliada pela Escala de Equilíbrio Funcional de Berg e a Medida de Independência Funcional (MIF). Os cuidadores foram avaliados através da *Neuropsychiatric Inventory Caregiver Distress Scale* e da *Zarit Carer Burden Scale*. Os exercícios foram realizados durante um período de seis meses, três vezes por semana, durante 60 minutos, cada sessão da intervenção motora incluía cinco fases: aquecimento; alongamento inicial; flexibilidade, força, agilidade e equilíbrio; retornar à calma física; alongamento final. O comprometimento das habilidades funcionais foi associado com

atividades diárias instrumentais. A sobrecarga demonstrou estar relacionada com um declínio nas habilidades funcionais dos doentes. Após seis meses da intervenção, os níveis de MIF diminuíram menos no grupo de intervenção relativamente ao grupo de controlo. O grupo de intervenção obteve melhores pontuações que o grupo de controlo no equilíbrio avaliado pela escala de Berg. No que diz respeito à sobrecarga e nível de stresse dos CIs, também diminuiu no grupo de intervenção.

O estudo 5, de Ribeiro et al. em 2014, foi quantitativo, exploratório e descritivo, recorrendo a uma técnica de amostragem probabilística, aleatória, estratificada e proporcional. Como instrumentos de colheita de dados, foram usados os formulários «Famílias que integram Dependentes no Autocuidado», constituídos por duas partes: parte I – Inquérito Preliminar – e parte II – Formulário Prestador de Cuidados do Dependente (PCD). A colheita de dados efetuou-se no domicílio em 2010, a amostra foi constituída por 241 famílias que integravam pessoas dependentes no autocuidado. No que se refere à Pessoa dependente no autocuidado, constatou-se uma maior prevalência do género feminino (53,1%), com uma média de idade de 67,57 anos, a maior percentagem de dependentes tinha uma idade igual ou superior a 80 anos (39,8%). No que se reporta à escolaridade, constatou-se um nível de iliteracia significativo, em que 44,6% dos dependentes não possuía qualquer nível de escolaridade e 41,3% apresentava o 1º ciclo do ensino básico. Constatou-se que secar o corpo (81,1%) e lavar o corpo (77,4%) constituíram as atividades em que mais pessoas eram dependentes e que, no mínimo, necessitavam de ajuda de uma pessoa, a atividade em que mais pessoas só necessitavam de equipamento (3,8%) referia-se a obter objetos para o banho. Face ao autocuidado vestir-se e despir-se, verificou-se uma maior percentagem de pessoas dependentes e que, no mínimo, necessitavam de ajuda de pessoa, nas atividades calçar as meias (77,4%) e calçar os sapatos (76,6%), atividade em que mais pessoas só necessitavam de equipamento (1,7%) era no retirar as roupas da gaveta e do armário. No autocuidado arranjar-se, observou-se que as atividades em que mais pessoas eram dependentes e que, no mínimo, necessitavam de ajuda de Pessoa, centravam-se no cuidar das unhas (81,7%) e limpar a área do períneo (66,4%), usar um espelho foi a atividade em que mais pessoas só necessitavam de equipamento (3,5%). Analisando o autocuidado alimentar-se, constatou-se que foi nas atividades preparar os alimentos para a ingestão (82,6%) e abrir recipientes (63,5%) que mais pessoas eram dependentes e que, no mínimo, necessitavam de ajuda de Pessoa, a atividade em que mais pessoas só necessitavam de equipamento (6,6%) era colocar os alimentos nos utensílios. Relativamente ao autocuidado uso do sanitário, os resultados evidenciaram que

fazer a higiene íntima após urinar ou evacuar (62,1%) e ajustar as roupas após a higiene íntima (58,6%) constituíram as atividades em que mais pessoas eram dependentes, necessitando de pelo menos do apoio de uma outra Pessoa, erguer-se da sanita foi a atividade em que mais pessoas só necessitavam de equipamento (17,4%). Na atividade inerente ao autocuidado elevar-se, levantar parte do corpo, constatou-se que 37,8% dos dependentes precisavam, no mínimo, de ajuda de Pessoa, 17,0% só necessitava de equipamento. Atendendo à atividade subjacente ao autocuidado: virar-se, mover o corpo, virando-o de um lado para o outro, verificou-se que 29,9% dos dependentes necessitavam, no mínimo, de ajuda de Pessoa, 5,0% só necessitava de equipamento. No autocuidado transferir-se, constatou-se que a percentagem de dependentes que, no mínimo, necessitava de ajuda de Pessoa era idêntico para as atividades transferir-se da cadeira/cadeirão para a cama (44,0%) e transferir-se da cama para a cadeira/cadeirão (42,8%). No que concerne ao autocuidado usar cadeira de rodas, constatou-se que as atividades em que mais pessoas eram dependentes e que, no mínimo, necessitavam de ajuda de Pessoa, se referiam a manobrar em curvas, rampas de acesso e outros obstáculos com velocidade lenta, moderada ou rápida (64,9%) e transferir-se de e para a cadeira de rodas com segurança (62,1%). No autocuidado andar, observou-se que as atividades em que mais pessoas eram dependentes e que, no mínimo, necessitavam de ajuda de Pessoa, se centravam no percorrer longas distâncias (61,3%) e no percorrer distâncias moderadas (48,1%), atividade em que mais pessoas só necessitavam de equipamento (33,2%) era percorrer distâncias curtas. No âmbito dos autocuidados referidos, constatou-se que mais de 50% dos dependentes precisavam, no mínimo, da ajuda de Pessoa para a concretização das atividades desses autocuidados.

O estudo 6, de Wang et al. em 2015, trata-se de um ensaio randomizado, controlado de 12 semanas, conduzido com 51 doentes que sofreram AVC há mais de seis meses. Os doentes e seus cuidadores no grupo experimental receberam treino semanal personalizado no domicílio. Os doentes no grupo de controlo receberam visitas no domicílio sem intervenção. Todos foram avaliados através da *Stroke Impact Scale*, Escala de Equilíbrio de Berg, Teste de Caminhada de 10 Metros, Caminhada de 6 Minutos Índice de Barthel, no início e no final. Os cuidadores foram avaliados com a Escala de Carga do Cuidador. O programa foi dividido em três fases: fase 1 (semanas 1-4), para melhorar as funções corporais dos doentes e componentes estruturais; fase 2 (semanas 5-8), para melhorar capacidade dos doentes para realizar atividades quotidianas no seu ambiente; e fase 3 (semanas 9-12), para ajudar os doentes a se reintegrarem na sociedade participando em atividades recreativas de lazer ao ar

livre. As visitas do grupo experimental foram realizadas uma vez por semana durante aproximadamente 90 minutos para ensinar aos doentes habilidades de reabilitação personalizadas e ensinar os cuidadores as habilidades necessárias para ajudar os doentes executar as tarefas planeadas. Em cada visita foi explicado e demonstrado as tarefas para o doente e o cuidador, solicitando que eles praticassem as tarefas na sua presença, de forma a garantir a correção. Foram escritas diretrizes de treino individualizadas e simples ilustrações para o cuidador, foi solicitado que registassem a frequência de treino e tarefas concluídas. Os doentes do grupo controlo mantiveram as suas rotinas, mas também receberam visitas semanais ou telefonemas para falar sobre o progresso na reabilitação, atividades diárias e condições gerais de saúde. Contudo, os doentes no grupo controlo não receberam instruções específicas ou orientação relacionada com habilidades de reabilitação. O grupo de intervenção melhorou significativamente as seguintes pontuações: velocidade de caminhada livre, 6mwt, escala de equilíbrio de Berg e índice de Barthel. Não foram observados efeitos significativos relativamente à sobrecarga do CI. A intervenção no domicílio pode melhorar a recuperação funcional em doentes com AVC após seis meses. Melhorias significativas foram ainda observadas em doentes com história de 30 meses de AVC.

O estudo 7, desenvolvido em 2015 por Araújo et al., consistiu num estudo quasi-experimental, com uma amostra de 174 CIs de pessoas idosas dependentes sobreviventes de AVC, que foram divididos em dois grupos, experimental e de controlo. Foram utilizados como instrumentos de recolha de dados: Escala de Capacidades do Prestador Informal de Cuidados de Idosos Dependentes após um AVC (ECPICID-AVC), o Questionário de Avaliação de Sobrecarga para Cuidadores Informais (QASCI) e o Índice de Barthel. Foi efetuada a avaliação de competências práticas dos CIs na 1ª semana, 1º e 3º mês após o regresso a casa e avaliação de sobrecarga ao 1º e 3º mês após a intervenção. A amostra de CIs é maioritariamente constituída por cuidadores do sexo feminino (155 - 89,1%). A idade mínima é de 29 anos e a idade máxima de 82, sendo a média e o desvio padrão das idades de 55,2 anos e 11,3 anos, respetivamente. Analisando o nível educacional, 22 CIs (12,6%) apenas sabem ler e escrever, mais de metade dos cuidadores que integram o estudo apresenta entre um a quatro anos de escolaridade (93 - 53,4%), 42 (24,1%) entre 5-9 anos de escolaridade, 10 (5,7%) entre 10 e 12 anos e, finalmente, 7 cuidadores (4,0%) possuem mais de 12 anos de escolaridade. Verificou-se que o grupo experimental apresentou uma diminuição da sobrecarga, contrariamente ao grupo controlo que apresentou um aumento. O programa InCARE é uma intervenção baseada na capacitação de cuidadores; treino de

técnicas: mobilidade, banho, vestir/despir, transferir, posicionamentos e alimentação usando dispositivos técnicos.

O estudo 8, de Barnes et al. (2015), teve como objetivo testar um programa de exercícios para indivíduos com demência leve a moderada, denominado *Preventing Loss of Independence* (PLIÉ), através do exercício (PLIÉ), que se concentra no treino de memória para movimentos funcionais (e.g., sentar-levantar) enquanto aumenta a consciência corporal consciente e facilita conexão social. Foi realizado um ensaio clínico cruzado de 36 semanas para comparar PLIÉ com o tratamento habitual para pessoas com demência. Avaliou-se o desempenho físico, função cognitiva, função física, comportamentos relacionados à demência, qualidade de vida e sobrecarga do cuidador, no início do estudo, 18 semanas (*cross-over*) e 36 semanas. O grupo 1 participou no programa PLIÉ pelo menos dois dias por semana durante 45 minutos das semanas 1 a 18, enquanto o grupo 2 realizou atividades habituais. Da semana 19 a 36, os grupos cruzaram e o grupo 1 retornou às atividades habituais enquanto o grupo 2 participou no programa PLIÉ pelo menos dois dias por semana durante 45 minutos. Os princípios orientadores do PLIÉ incluíam repetição com variação; movimentos progressivos e funcionais; instrução lenta e passo a passo; centrada no doente com orientação de objetivos; consciência corporal, atenção plena e respiração; interação social e emoções positivas. Além disso, cada sessão seguiu uma estrutura de classe básica que incluía saudações (5 minutos), aquecimento da consciência corporal (5 minutos), exercícios sentados (15 minutos) e exercícios de pé (15 minutos) e encerramento/apreciações (5 minutos). Enquanto os participantes recebiam a intervenção PLIÉ, também se reuniam com os participantes e cuidadores mensalmente para um total de até quatro visitas domiciliares, onde forneciam instruções de exercícios direcionados e avaliavam melhor as metas e interesses dos participantes. Cuidadores de ambos os grupos foram convocados quinzenalmente para avaliar os eventos adversos do período do estudo. O efeito não foi estatisticamente significativo, mas sugeriu melhora clinicamente significativa com PLIÉ *versus* tratamento habitual para desempenho físico, função cognitiva e qualidade de vida do doente e sobrecarga do CI. Os resultados foram semelhantes quando comparados intragrupo antes e depois do *cross-over*.

O estudo 9, de Hjelle et al., de 2016, desenvolveu uma análise qualitativa descritiva. A amostra foi de 4 homens e 4 mulheres, foram realizadas entrevistas no domicílio em 2014. A intervenção durou no máximo três meses e foi adaptada de acordo com os participantes e objetivos. Além de treino de AVD's, sugestões de adaptações, treino de exercício físico, treino de força e equilíbrio, exercícios de motricidade fina, foi também incentivada a

autogestão da doença. Os exercícios foram incorporados diariamente nas rotinas e a Pessoa recebeu um manual explicando cada um dos exercícios, além disso foram incentivados a treinar por conta própria. Como resultado das análises, quatro temas emergiram: força de vontade; ambiente familiar, equipas domiciliárias, exercício físico/AVD's. O envolvimento da Pessoa é essencial para o sucesso do programa, a responsabilidade e motivação são fatores condicionantes para atingir metas definidas para o processo de reabilitação. Um fator motivacional extrínseco importante é a equipa de saúde como uma cooperação de trabalho.

O estudo 10, de Petronilho et al., em 2017, avaliou o potencial de reconstrução de autonomia e a evolução do CPCp e da dependência no autocuidado das pessoas dependentes admitidas na Rede. Para isso, realizou um estudo descritivo e exploratório, com uma amostra de conveniência constituída por 891 pessoas dependentes. Foi aplicado um instrumento de avaliação construído para a investigação denominado Perfil dos Dependentes e Famílias Integrados nos Prestadores de Cuidados da RNCCI. O Potencial de reconstrução de autonomia (PRAut) trata-se de uma dimensão da escala e resulta do somatório de sete itens: reconhecimento por parte do cliente das mudanças no seu estado de saúde; força de vontade expressa pelo cliente na aprendizagem; crença demonstrada pelo cliente que é capaz de recuperar; desejo expresso pelo cliente em tornar-se mais independente; motivação, proatividade e envolvimento do cliente no processo de ensino/aprendizagem; capacidade cognitiva do cliente; capacidade física do cliente (e.g. força muscular). O CPCp caracteriza as pessoas dependentes em função da existência (ou não) de alterações fisiológicas reais ou potenciais em 14 focos de atenção (úlceras por pressão, risco de rigidez articular, rigidez articular, risco de maceração, maceração, risco de desidratação, desidratação, expetorar ineficaz, dor, ostomia ventilação/eliminação, força muscular diminuída, equilíbrio sentado, equilíbrio pé, risco de queda). O Nível de dependência no autocuidado (NDAc), trata-se de uma escala que resulta do somatório de 10 domínios do autocuidado nomeados com recurso à Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, versão 1: tomar banho, vestir-se/despír-se, arranjar-se, uso do sanitário, alimentar-se, elevar-se, virar-se, transferir-se, andar e tomar a medicação. A maioria das pessoas dependentes e do sexo feminino (56,6%) tem, em média, 76,7 anos, em que a maioria tem idade ≥ 80 anos (50,2%). A maioria tem o 1º ciclo (50,6%) ou são analfabetos (42,6%). O PRAut situou-se entre reduzido e moderado. Verificou-se uma evolução positiva no CPCp e no NDAc entre a admissão e a alta clínica em todas as tipologias de cuidados.

4 - Discussão dos Resultados

Da leitura e análise dos 10 artigos selecionados, emergiram alguns vetores centrais que vão ao encontro dos objetivos específicos definidos para a presente revisão: identificar as necessidades da Pessoa e dos CIs; identificar as intervenções do EEER em contexto domiciliário para a capacitação da Pessoa e do CI e identificar os ganhos em saúde para a Pessoa e CI.

As alterações sociodemográficas e económicas, bem como a dependência no autocuidado, assumem cada vez mais importância, constituindo uma preocupação das políticas de saúde. Surge, assim, a necessidade de adotar políticas baseadas em modelos de intervenção na comunidade, com maior proximidade às pessoas dependentes e famílias prestadoras de cuidados (Rocha Júnior et al, 2011; Vogt et al., 2009). Estes dados estão de acordo com o artigo escrito por Regadas e Marques (2012) sobre os modelos de intervenção na comunidade.

Hjelle et al. (2016) sugerem que as visitas domiciliárias frequentes permitem à Pessoa estar num contexto conhecido, com a sua família, beneficiando de maior bem-estar psicológico e ter a oportunidade de continuar a participar em atividades de lazer no exterior. O ambiente familiar transmite segurança, essencial para recuperar a confiança na realização das AVD's, adotando, assim, uma postura mais ativa na sua recuperação e dispõem de um tratamento mais personalizado. O domicílio é o contexto ideal para o EEER fazer o diagnóstico das necessidades da Pessoa dependente, e para a implementação de terapêuticas que favoreçam a aquisição ou adaptação de novos papéis e otimizem a capacidade de autocuidado, o que também foi verificado no artigo de revisão de Alves (2016).

A visita domiciliária do profissional de saúde, nomeadamente do EEER, é o momento mais apropriado para a capacitação do cuidador, pois permite a visualização das suas necessidades e da Pessoa, incentivando-o na participação e desenvolvimento de estratégias de saúde (Vogt et al., 2009).

Segundo Ribeiro et al. (2014), a Pessoa dependente apresenta idade igual ou superior a 60 anos, o aumento da esperança de vida devido aos avanços tecnológicos na área da saúde e melhoria de cuidados, implica uma maior complexidade relativamente às comorbilidades. O aumento alarmante de pessoas incapazes de satisfazer as suas exigências de autocuidado e de

viver autonomamente, concomitantemente com as alterações verificadas nas políticas em saúde, coloca a família num plano central e decisivo no que concerne aos cuidados que presta aos elementos que a integram, também descrito por Regadas e Marques (2012).

Os cuidados das pessoas dependentes são realizados maioritariamente através do “apoio informal”, saber cuidar permite evitar o aparecimento de complicações e problemas de saúde, garantindo que a Pessoa e CI tenham melhor qualidade de vida. Saber cuidar começa por compreender os conceitos gerais do cuidado, o papel desempenhado pelo CI, as atitudes e as competências da pessoa dependente.

O CI é um familiar próximo, maioritariamente do sexo feminino e com baixo nível de literacia (Ribeiro et al., 2014), o cuidado é centrado num único cuidador, aumentando a sobrecarga do mesmo (Rocha Júnior et al., 2011).

No estudo de Vogt et al. (2009), verificou-se que, à medida que a responsabilidade para cuidar de alguém aumenta, a família sente necessidade de formação que explicita a natureza da capacidade de prestação de cuidados em casa e a importância de uma avaliação clínica dessa mesma capacidade. Torna-se, assim, necessário orientar a formação profissional e o trabalho da equipa para a importância das visitas domiciliárias e da família, permitindo estabelecer uma relação próxima. Favorecendo a integração entre o enfermeiro e família, proporcionando segurança e confiança permitindo que a Pessoa se sinta mais valorizada e estimulada para enfrentar desafios.

No entanto, promover a educação no domicílio é uma das tarefas mais desafiantes para o enfermeiro (Rocha Júnior et al., 2011).

O baixo nível de escolaridade pode constituir um problema relativamente à educação para a saúde, exigindo do EEER estratégias de forma a efetivar as intervenções implementadas. Uma procura por orientações educativas que sejam compreendidas pelos cuidadores e Pessoa, para que os cuidados sejam efetivamente implementados (Vogt et al., 2009).

Ribeiro et al. (2014) referem que a caracterização da Pessoa e do CI, o conhecimento dos contextos que rodeiam os intervenientes, permite ao EEER planear as intervenções de acordo com as suas capacidades e limitações, potenciando a autonomia e independência. O conhecimento do nível de dependência/(in)capacidade das pessoas, em relação a cada atividade de autocuidado, permite ao EEER identificar as necessidades específicas, e

possibilita um planeamento mais adequado de cuidados, eliminando obstáculos na sua intervenção.

A força de vontade é percebida como importante para o exercício e realizar atividades quotidianas para alcançar o objetivo do programa. Estabelecer metas foi experimentado pelos participantes como importante (Hjelle et al., 2016).

Como já referimos anteriormente, da análise dos 10 artigos analisados emergiram alguns vetores centrais que vão ao encontro dos objetivos específicos e que passámos a desenvolver de seguida.

Identificar as necessidades da Pessoa e dos CIs

Os CIs têm a possibilidade de ter um papel ativo a recuperação funcional do doente, o facto de a continuação dos tratamentos ser possível no domicílio, facilita a organização da rotina familiar (Alves, 2016).

Vogt et al. (2009), recolheram dados sobre as características do cuidado, ações da equipa para a capacitação dos cuidadores e sugestões para essas ações. Verificou-se que os CI's necessitavam de formação relativamente às AVD's (trocas de decúbito, higiene pessoal, vestir/despir, alimentação, eliminação, administração de terapêutica), além de apoio afetivo. Os CIs acreditam que a visita domiciliária é a forma mais adequada para se desenvolverem ações de capacitação, pois é possível visualizar a realidade de cada doente, orientar o cuidador e também a família.

O estudo 2, de Steinberg et al., também em 2009, em doentes com demência, refere necessidade de intervenção ao nível de prevenção de acidentes (prevenção de quedas, deteção de barreiras arquitetónicas que influenciam a mobilidade), bem como na sobrecarga do CI e qualidade de vida da Pessoa.

Rocha Júnior et al., em 2011, através da aplicação do questionário SF-36, que tem como objetivo avaliar a qualidade de vida e que engloba oito dimensões, verificou necessidades ao nível da prevenção de quedas, mobilidade, técnicas de posicionamento, transferências e estratégias para melhorar as AVD's. Durante os programas de intervenção, os indivíduos têm oportunidade de esclarecer dúvidas com profissionais qualificados, de discutir as melhores estratégias de intervenção para a Pessoa com défice de autocuidado, de vivenciar outras realidades, de trocar experiências e de exteriorizar as suas angústias, limitações e receios quotidianos.

O estudo 4, de Canonici et al. (2012), avaliou a funcionalidade da Pessoa através da Escala de Equilíbrio Funcional de Berg e a Medida de Independência Funcional, a sobrecarga do CI foi obtida através *Neuropsychiatric Inventory Caregiver Distress Scale* e da *Zarit Carer Burden Scale*. O declínio cognitivo em doentes com demência compromete as habilidades funcionais e, conseqüentemente, as atividades diárias instrumentais, aumentando a sobrecarga do cuidador. As demências, além do declínio cognitivo, apresentam progressiva perda de funcionalidade, assim como diminuição nas AVD's. Avaliar as habilidades funcionais da pessoa é essencial para entender as necessidades e estabelecer o nível de intervenção.

Ribeiro et al., em 2014, constataram também que a autonomia nas AVD's era a maior necessidade sentida, sendo a higiene, vestir/despir, alimentação, eliminação e mobilidade, os autocuidados em que mais de 50% dos dependentes precisavam de ajuda de uma pessoa para a concretização dessas atividades. Além destas atividades, existem ainda as instrumentais (transporte para fora do domicílio, atividades da casa, assuntos financeiros, gestão de terapêutica, comunicação com outras pessoas), mais complexas relacionadas com o ambiente em que vivemos. Estas necessidades vão ao encontro das verificadas no estudo de Petronilho et al. (2015), relativamente aos domínios do autocuidado e dos processos de cuidar, bem como os domínios estudados por Ribeiro et al. (2014). Substituir e ser substituído é, muitas vezes, mais fácil e rápido do que promover a ação e agir contra os défices, vindo reforçar que, no âmbito do autocuidado, os padrões de interação prestador de cuidados/pessoa dependente mais frequentes são a manutenção da dependência e o estímulo à dependência (Ribeiro et al., 2014).

No estudo 6, de Wang et al. (2015), foram avaliados através da *Stroke Impact Scale*, Escala de Equilíbrio de Berg, Teste de Caminhada de 10 Metros, Caminhada de 6 Minutos Índice de Barthel, no início e no final. Os cuidadores foram avaliados com a Escala de Carga do Cuidador. As necessidades sentidas focam-se também nas AVD's (higiene pessoal, mobilidade, entre outras) e nas habilidades de executar essas tarefas. O domicílio difere drasticamente do ambiente hospitalar, é frequente existirem obstáculos e barreiras, pelo que, quando voltam para casa, a maioria dos doentes não tem a capacidade e apoio para se adaptar a esse "novo" ambiente, e o cuidador geralmente não é bem preparado para resolver esses problemas. Portanto, a mobilidade dos doentes é frequentemente prejudicada pelas suas limitações físicas e incapacidade de gerir barreiras em casa.

O estudo 7, desenvolvido em 2015 por Araújo et al., utilizou como instrumentos de recolha de dados a Escala de Capacidades do Prestador Informal de Cuidados de Idosos Dependentes após um AVC (ECPICID-AVC), o Questionário de Avaliação de Sobrecarga para Cuidadores Informais (QASCI) e o Índice de Barthel. Constatou-se lacunas relativamente a informações gerais sobre a patologia, mobilizações, estratégias para a higiene e alimentação. A maioria dos CIs sente-se mal preparada para prestar cuidados ao seu familiar dependente no domicílio, esta falha pode aumentar os níveis de sobrecarga e insatisfação do CI e da Pessoa, afetando a sua saúde e, conseqüentemente, aumentando o número de readmissões e institucionalização da Pessoa.

Barnes et al., também em 2015, avaliaram o desempenho físico, a função cognitiva, a função física, comportamentos relacionados com demência, qualidade de vida e sobrecarga do cuidador; das reuniões realizadas também verificaram necessidades ao nível das AVD's, higiene pessoal, vestir/despir, alimentação, eliminação e mobilidade. A incapacidade de realizar estas atividades estão diretamente relacionadas com a qualidade de vida e sobrecarga do CI.

O estudo 9, de Hjelle et al. em 2016, realizou entrevistas no domicílio, além das necessidades sentidas na realização de AVD's, comprovou falta de informação relativamente a sugestões de adaptações, treino de exercícios e autogestão da doença. Vários participantes descreveram que a sua própria determinação era um importante fator no processo de reabilitação. A força de vontade para gerir cuidados pessoais ou algumas tarefas domésticas sozinho evolui enquanto se recuperam.

Em 2017, Petronilho et al. evidenciaram carências na formação dos CI's nos domínios do autocuidado higiene pessoal, vestir/despir, alimentação, eliminação, mobilidade e gestão de terapêutica.

Os CIs referem também necessidade de aprendizagem relativamente à gestão do regime terapêutico, gestão da sua condição de saúde e reconhecimento de sinais e sintomas de complicações (Petronilho, 2010; Vieira et al., 2011).

O nível de dependência é um fator gerador de stresse, sendo diretamente proporcional à sobrecarga do CI. Quanto mais comprometida a autonomia da Pessoa, maiores são as demandas e a complexidade das atividades desenvolvidas pelo CI, a sobrecarga pode dificultar a prática do cuidado (Baptista et al., 2012).

As necessidades identificadas na nossa RSL vão ao encontro do verificado no estudo de Landeiro, Peres e Martins (2015), a necessidade de informação e orientação, para o desenvolvimento de competências nos domínios do conhecimento e instrumentação relativamente aos autocuidados alimentar-se, transferir-se e mobilizar-se, bem como aspetos relativos à prevenção de complicações, tais como: quedas, aspiração e úlceras por pressão.

Em 2017, o documento elaborado sobre medidas de intervenção junto de CI's, reforça o que foi dito anteriormente e destaca as necessidades nos autocuidados deambulação, quedas e doenças crónicas. Bem como a importância de investimento na recolha destes dados para a melhoria contínua da prestação dos CI's.

Tal como o encontrado na nossa RSL, Pérez Mármol et al., em 2018, realizaram um estudo onde verificaram que o estado cognitivo da Pessoa, o risco de desenvolver úlceras por pressão, bem como a dependência nas AVD's, está diretamente relacionado com o nível de sobrecarga e aumento do stresse do CI, um correto levantamento das necessidades deve ser realizado precocemente, de forma a criar estratégias que permitam promover o bem-estar e a qualidade de vida da Pessoa e CI.

Intervenção do EEER em contexto domiciliário para a capacitação da Pessoa e do CI

Desenvolver intervenções de acordo com as necessidades da Pessoa é um elemento decisivo na qualidade do exercício profissional. É necessário que o enfermeiro identifique as necessidades dos CIs e da Pessoa, de forma a implementar intervenções que permitam dotá-los de estratégias de adaptação à doença. Além de carácter curativo, as intervenções realizadas pelo enfermeiro são também preventivas e, sobretudo, de educação para a saúde (Regadas & Marques, 2012).

Um estudo realizado por Chen, Xiao e De Bellis, em 2015, a sobreviventes de AVC e os seus CI's, reflete a importância do EEER no processo de reabilitação, bem como o seu papel de liderança na equipa, de forma a permitir a coordenação e execução de programas de reabilitação. Sugerem, ainda, a gestão de casos personalizada, flexível, disponível durante o tempo necessário, com base nas necessidades identificadas

A capacitação dos prestadores de cuidados está interligada com os conhecimentos que estes possuem e, conseqüentemente, com as crenças da sua capacidade de executarem determinadas tarefas, pelo que é primordial que exista uma preparação, formação, integração

e acompanhamento dos cuidadores na prestação de cuidados, tendo os enfermeiros um papel fundamental em todo este processo (Regadas & Marques, 2012).

Atualmente, o objetivo de intervenção da enfermagem deixou de ser a doença e passou a ser as respostas da Pessoa à doença e aos processos de vida, bem como as transições vivenciadas ao longo do ciclo vital (Regadas & Marques, 2012).

Os estudos incluídos na RSL identificaram várias intervenções do EEER, que iremos apresentar.

O estudo de Vogt et al. (2009) permitiu fornecer orientações sobre a melhor forma de cuidar a Pessoa, de acordo com as necessidades identificadas, através de ações de formação e visita domiciliária. Permitiu, também, a sensibilização do CI para o autocuidado, uma vez que o seu bem-estar influencia o sucesso do processo de reabilitação. É imprescindível que a equipa de saúde perceba que o contexto de cuidar ultrapassa o contexto de doença, evidenciando o ambiente familiar e as necessidades, garantindo respostas adequadas. As ações de educação em saúde vão além das informações por parte dos profissionais de saúde sobre como conduzir o cuidado, pois as famílias necessitam ser assessoradas, acompanhadas, esclarecidas e fortalecidas no desempenho deste cuidado. Os CIs sentem necessidade de aprender sobre como cuidar do seu dependente, demonstrando disponibilidade e interesse na informação fornecida, além das ações de educação, o enfermeiro, fornece acompanhamento e esclarecimento.

Steinberg et al. (2009), instruíram e implementaram um programa diário de exercícios com três componentes: treino aeróbico, treino de força e treino de equilíbrio e flexibilidade, orientado e supervisionado pelo CI. Durante as visitas domiciliárias e após a deteção de barreiras arquitetónicas, sugeriram alterações no domicílio que facilitassem a mobilidade e reduzissem o risco de quedas. A implementação de programas de exercício no domicílio orientados pelos CIs é viável e eficaz, verifica-se uma boa adesão e ganhos na melhoria funcional da Pessoa.

Rocha Júnior et al., em 2011, elaboraram e executaram um PCCI dividido nos seguintes módulos: aspetos biológicos, nutricionais, psicológicos e sociais do envelhecimento, higiene pessoal, estratégias de intervenção para idosos com deficiências físicas e incapacidades, estes ensinamentos eram lecionados pela equipa multidisciplinar, com o objetivo de ampliar os conhecimentos, instruir sobre estratégias adaptativas de AVD's e atuar na prevenção de complicações. Compete ao profissional, mobilizar e articular conhecimentos,

habilidades, atitudes e valores requeridos pelas situações de trabalho para realizar ações de inserção social, apoio, acompanhamento e cuidado à Pessoa, a partir das suas necessidades e demandas e da concepção de saúde como promoção da qualidade de vida; e, ainda, valorizar o desenvolvimento da autonomia e da independência da Pessoa diante de suas necessidades e escolhas, articulando-se com os indivíduos, os grupos sociais e a comunidade. O enfermeiro contribui para a capacitação do CI, na prevenção de complicações, orientando-o para a prestação de cuidados, estimulando o autocuidado. De forma a trocar experiências, fomentar o conhecimento e discutir estratégias, deve ser incentivada a formação de grupos de CIs, mediados por profissionais de saúde. Uma das alternativas mais importantes na tentativa de proporcionar a autonomia e a independência da Pessoa é a ação educativa. É responsabilidade do enfermeiro, mobilizar e articular conhecimentos, atitudes e valores requeridos no exercício do seu papel no domicílio, prestando assim acompanhamento e cuidados de acordo com as necessidades identificadas, tendo presente a concepção de saúde, promoção da qualidade de vida, valorização do desenvolvimento da autonomia e da independência da Pessoa.

O estudo 4, de Canonici et al. (2012), incluiu no seu programa de reabilitação sessões de 60 minutos, três vezes por semana, cada sessão incluía cinco fases: aquecimento, alongamento inicial, flexibilidade, força, agilidade e equilíbrio. A capacidade para realizar AVD's está diretamente relacionada com as habilidades funcionais e é inversamente proporcional à sobrecarga do CI.

O estudo de Ribeiro et al., em 2014, permitiu identificar as necessidades específicas, possibilitando um melhor planeamento de cuidados. Duas pessoas podem obter o mesmo valor global de dependência no autocuidado, mas apresentarem necessidades diferentes, pelo que, as intervenções do EEER, perante situações de elevado grau de dependência nas AVD's, deveriam basear-se no conhecimento e treino de capacidades e habilidades do CI, para a implementação das diferentes atividades centradas na substituição da Pessoa dependente; na informação sobre a prevenção de complicações, sobre os recursos institucionais, profissionais e materiais/equipamentos disponíveis, capazes de facilitar o processo de cuidar no domicílio. Por outro lado, perante pessoas dependentes que “necessitam de ajuda de pessoa” para a realização das AVD's, as intervenções de enfermagem deveriam ser direcionadas para o conhecimento e treino de capacidades e habilidades do CI, para a execução das atividades centradas no complemento e ajuda da Pessoa, de acordo com as suas necessidades, bem como na informação e treino da capacidade da Pessoa para a consecução das AVD's. Nas situações em que a Pessoa só tinha “necessidade de equipamento” para a concretização das AVD's, o

EEER deve implementar intervenções que advoguem o uso de equipamentos adaptativos, sem esquecer a melhor forma de aceder e utilizar esses recursos. O ambiente físico e social também contribui para os resultados obtidos a partir das intervenções do enfermeiro. A existência de barreiras arquitetónicas e ergonómicas podem condicionar a execução das AVD's. Socialmente, as atitudes e comportamentos das pessoas próximas podem contribuir para a promoção da independência da Pessoa ou agravar a sua dependência. O enfermeiro deve dar conhecimento da existência de equipamentos adaptativos, como aceder e utilizar esses recursos. É importante a criação de programas que forneçam mecanismos facilitadores e de suporte aos CIs, que contemplem as necessidades individuais, que forneçam informação regularmente e que melhorem a qualidade de vida, promovendo uma abordagem mais proativa, favorecendo as intervenções preventivas e de cuidados individualizados. Desenvolver e aprofundar terapêuticas de enfermagem consistentes com as necessidades específicas das pessoas dependentes e dos membros da família prestadores de cuidados pode ser um elemento decisivo na qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, constituindo uma oportunidade única de serem mais significativos para as pessoas. O conhecimento mais aprofundado acerca das atividades inerentes aos diferentes autocuidados, poderá permitir uma abordagem mais proativa da problemática, favorecendo, no futuro, um campo de intervenções preventivas e de cuidados individualizados. O potencial de intervenção de enfermagem é enorme, fundamentalmente através de estratégias terapêuticas, imbuídas de uma intencionalidade que vise a capacitação para o autocuidado (Ribeiro et al., 2014).

No estudo 6, de Wang et al. (2015), a Pessoa e os CI's receberam treino semanal personalizado no domicílio. As visitas eram realizadas uma vez por semana durante 90 minutos e serviam para instruir a Pessoa e CI sobre técnicas de reabilitação personalizadas e as habilidades necessárias para executar as tarefas planeadas. O programa foi dividido em três fases: fase 1 (semanas 1-4), para melhorar as funções corporais dos doentes e componentes estruturais; fase 2 (semanas 5-8), para melhorar capacidade dos doentes para realizar atividades quotidianas no seu ambiente; e fase 3 (semanas 9-12), para ajudar os doentes a se reintegrarem na sociedade participando em atividades recreativas de lazer ao ar livre. Em cada visita era explicado e demonstrado as tarefas para a Pessoa e CI, solicitando que eles praticassem as tarefas na sua presença, de forma a garantir a correção. Foram escritas diretrizes de treino individualizadas e simples ilustrações, foi solicitado que registassem a frequência de treino e tarefas concluídas. Um fator importante que contribui para a adesão dos programas de reabilitação, é o envolvimento da família, o treino repetitivo de tarefas e a

reintegração na sociedade. Vários relatórios clínicos sugeriram que as abordagens mais eficazes para aprender uma atividade é praticá-la.

O estudo 7, de Araújo et al. (2015), desenvolveu e implementou o programa InCARE, uma intervenção baseada na capacitação de cuidadores, treino de técnicas: mobilidade, banho, vestir/despir, transferir, posicionamentos e alimentação bem como a utilização de dispositivos técnicos, na 1ª semana, 1º e 3º mês após a alta hospitalar. Além dos cuidados convencionais a utilização do telefone na 3ª, 6ª, 8ª e 10ª semana permitiu aconselhar e esclarecer dúvidas, de forma a facilitar o ajuste dos CI's às necessidades sentidas. O enfermeiro, como figura de referência e agente promotor de saúde e bem-estar de doentes e famílias em geral, deve privilegiar a intervenção precoce e estruturada com enfoque na capacitação (informação e treino) e na redução da sobrecarga destes prestadores de cuidados. A intervenção estruturada sobre conhecimento e treino surge como forma de aliviar os efeitos dos cuidados na saúde e bem-estar dos CIs de pessoas dependentes.

Barnes et al., também em 2015, implementaram um programa de exercícios para pessoas com demência, denominado *Preventing Loss of Independence (PLIÉ)*, os princípios orientadores incluíam: repetição com variação; movimentos progressivos e funcionais; instrução lenta e passo a passo; centrada no doente com orientação de objetivos; consciência corporal, atenção plena e respiração; interação social e emoções positivas. Além disso, cada sessão seguiu uma estrutura que incluía, aquecimento, exercícios sentados, exercícios de pé e alongamentos. Além do exercício, foram também realizadas reuniões com os CI's no domicílio, onde se forneciam instruções de exercícios direcionados e definiam melhor as metas e interesses dos participantes.

No estudo 9, de Hjelle et al., em 2016, além do treino de AVD's, sugestões de adaptações, treino de exercício físico, treino de força e equilíbrio, exercícios de motricidade fina, foi também incentivada a autogestão da doença. Os exercícios foram incorporados diariamente nas rotinas, e a Pessoa recebeu um manual explicando cada um dos exercícios, além disso foram incentivados a treinar por conta própria. Os participantes referiram que a sua motivação foi reforçada devido ao apoio e supervisão da equipa de profissionais. Uma abordagem integrada com foco em metas da Pessoa foi crucial para encorajar a adesão dos participantes.

Em 2017, Petronilho et al. criaram um instrumento de avaliação denominado Perfil dos Dependentes e Famílias Integrados nos Prestadores de Cuidados da RNCCI, que permitiu avaliar o PRAut, o CPCp e o NDAc nas diferentes tipologias da rede. No caso da nossa RSL,

apenas valorizámos o referente às ECCI's, uma vez que é a tipologia onde o EEER tem uma intervenção. As ações desenvolvidas centram-se na formação dos CI's nos domínios do autocuidado higiene pessoal, vestir/despir, alimentação, eliminação, mobilidade e gestão de terapêutica.

O estudo de Feinberg, Russell, Mola, Bowle e Lipman, em 2017, sobre reabilitação cardíaca, evidenciou que o facto do programa se desenvolver no domicílio, além de ser mais vantajoso por ter uma resposta mais rápida, era mais motivador que programas realizados em ambulatório, sendo igualmente eficazes na educação e gestão de doença crónica.

A capacitação do CI relaciona-se com os conhecimentos, crenças e capacidade de execução, pelo que é necessário formação, acompanhamento e integração do CI na prestação de cuidados, sendo o enfermeiro o mediador deste processo. Torna-se necessário implementar diferentes estratégias terapêuticas educacionais, cujo planeamento vá ao encontro das necessidades reais das pessoas, às suas alterações na capacidade para realizar determinadas tarefas devido a diferentes limitações que resultaram de diferentes compromissos corporais, tendo em consideração os aspetos demográficos, étnicos e culturais, de forma a podermos planear uma educação para o autocuidado eficaz e adequada à Pessoa (Regadas & Marques, 2012).

Ganhos em saúde

Segundo as guidelines da American Heart Association/American Stroke Association, a reabilitação de sobreviventes de AVC requer um esforço sustentado e coordenado de uma equipa multidisciplinar, incluindo a Pessoa, o CI e pessoas próximas, deve também ter em conta os objetivos pessoais, de forma a maximizar a eficácia e eficiência da reabilitação, para que a Pessoa atinja o seu pleno potencial (Winstein et al., 2016).

O estudo de Vogt et al. (2009) concluiu que o domicílio é o momento mais apropriado para a capacitação, e esta é uma das formas de promover a autonomia da Pessoa, sendo essencial para o desenvolvimento de melhores condições de saúde, potenciando a sua participação no desenvolvimento de estratégias de saúde. A capacitação de cuidadores é uma das formas de se promover a educação e a autonomia dos sujeitos, e torna-se essencial para o desenvolvimento de melhores condições de saúde.

Steinberg et al. (2009) verificaram um melhor desempenho nas AVD's e testes de força, não ocorreram alterações na qualidade de vida, o grupo de intervenção apresentou um

aumento dos *scores* de depressão. Apesar do estudo não demonstrar um benefício claro do exercício, revela que uma intervenção de exercícios no domicílio supervisionada pelo CI pode ser implementada, uma vez que nenhum efeito adverso grave foi atribuído à participação no estudo. A introdução de exercício no domicílio demonstra uma melhoria no desempenho funcional dos utentes com demência.

Rocha Júnior et al., em 2011, através das suas intervenções, obtiveram ótimos resultados no que diz respeito à satisfação dos CI's, relataram ainda uma melhoria da saúde mental e uma diminuição significativa dos *scores* relacionados com o domínio das limitações por aspetos físicos. Um envelhecimento saudável é o resultado multidimensional entre a saúde física, mental, independência, integração social e suporte familiar. Ações preventivas e de reabilitação são necessárias para manter ou recuperar a autonomia da Pessoa, tendo grande impacto na saúde da mesma. A aplicação de escalas demonstra ganhos em saúde relativamente ao autocuidado, após a aplicação de programas de capacitação no domicílio.

No estudo 4, de Canonici et al. (2012), após seis meses da intervenção, os níveis de MIF diminuíram menos relativamente ao grupo de controlo. O grupo de intervenção obteve melhores pontuações relativamente ao equilíbrio. No que diz respeito à sobrecarga e nível de stresse dos CI's, observou-se uma diminuição no grupo de intervenção. Verificou-se uma diminuição do declínio funcional entre os doentes que participam em programas de intervenção, com diminuição na sobrecarga dos cuidadores.

O estudo de Ribeiro et al., em 2014, permitiu desenvolver e aprofundar terapêuticas de enfermagem de acordo com as necessidades específicas das Pessoas e CI's, que se verificou ser um elemento decisivo na qualidade do exercício profissional. O conhecimento aprofundado das atividades inerentes aos diferentes autocuidados, permite uma abordagem mais proativa, favorecendo intervenções preventivas e de cuidados personalizados. O EEER tem um papel fulcral em ensinar e instruir estratégias adaptativas que facilitem a concretização das atividades de autocuidado, bem como treinar as capacidades da Pessoa dependente, diminuindo em algumas situações o seu grau de dependência. Contribui positivamente para o envolvimento da Pessoa dependente e, conseqüentemente, para a reaprendizagem de algumas atividades de autocuidado, potenciando a maximização da independência e o desempenho seguro nas atividades de autocuidado. Importará equacionar estratégias capazes de promover uma maior intensidade de acompanhamento das pessoas dependentes, integradas em famílias, na medida em que os cuidados de enfermagem poderão ser um importante contributo para os ganhos em saúde.

No estudo 6, de Wang et al. (2015), observou-se melhorias significativas na velocidade de caminhada livre, equilíbrio e índice de Barthel. Não foram observados efeitos significativos relativamente à sobrecarga do CI. Foram ainda observadas melhorias significativas em doentes com história de AVC há 30 meses. Repetindo atividades diárias no ambiente domiciliário resulta em melhorias marcantes na mobilidade, equilíbrio e capacidade de autocuidado dos doentes. Doentes que sofreram AVC podem alcançar, manter e melhorar o desempenho funcional através de reabilitação domiciliária após a alta hospitalar. Exercício mediado pela família melhorou a capacidade de caminhada e integração na comunidade e diminuiu a sobrecarga dos CIs em doentes com AVC agudo. O programa foi eficaz em facilitar a recuperação funcional física em doentes com AVC crónico. Um programa de reabilitação mediado pelo cuidador enfatizando treinamento repetitivo em casa, atividades ao ar livre e a reintegração social, é eficaz na melhoria da capacidade física e recuperação funcional de doentes com AVC.

O estudo 7, de J. Araújo et al. (2015), evidenciou uma diminuição da sobrecarga no grupo experimental e uma melhoria na qualidade de vida. É expectável que uma melhoria na capacidade de realização de atividades e melhoria da condição física, influencie positivamente o bem-estar do CI e da Pessoa, diminuindo o número e frequência de reinternamentos. Os resultados da implementação de um programa de intervenção corroboram a importância de uma intervenção precoce e estruturada baseada na informação, no treino e na capacitação dos CIs, como forma de diminuir a sobrecarga e promover a saúde física, psicológica, o bem-estar social e a satisfação com os cuidados.

Barnes et al., também em 2015, apesar de não terem obtido um efeito estatisticamente significativo, o programa PLIÉ sugeriu uma melhoria clinicamente significativa relativamente ao desempenho físico, função cognitiva e qualidade de vida da Pessoa e sobrecarga do CI. Foram também observadas melhorias nas avaliações dos cuidadores quanto à qualidade de vida dos participantes, bem como seus próprios níveis de sobrecarga e sofrimento. Os resultados sugerem que o programa desenvolvido está associado a melhorias no desempenho físico, função cognitiva e qualidade de vida em indivíduos com demência leve a moderada, bem como redução da sobrecarga do cuidador quando comparada com um programa de cuidados habituais que envolvia exercícios diários baseados em cadeiras.

No estudo 9, de Hjelle et al. em 2016, as intervenções foram ao encontro dos objetivos individuais, as atividades treinadas visaram a melhoria da autonomia e independência da Pessoa nas AVD's e mobilidade.

Em 2017, Petronilho et al. verificaram uma evolução positiva no CPCp e no nível de dependência no autocuidado, nas diferentes tipologias da rede. Verificaram-se ganhos em saúde efetivos na condição de saúde da Pessoa, a manutenção da saúde física e nível de independência, destaca-se para um envelhecimento saudável.

5 - Conclusão

Os progressos científicos contribuíram para uma melhoria das condições de vida e, conseqüentemente, para o aumento da esperança de vida, resultando numa maior incidência e prevalência de doenças crónicas. Tornou-se emergente a reestruturação de políticas de saúde, de forma a minimizar esta problemática.

Apesar de ser possível controlar os efeitos provocados pelas doenças crónicas, permitindo uma razoável qualidade de vida, continuam a existir muitas situações de dependência, provocadas por sequelas e incapacidades progressivas.

Ao longo desta RSL, em termos de evidência verifica-se a importância do CI e da visitação domiciliária no projeto de saúde da Pessoa, o papel fundamental do EEER na capacitação do CI através da educação para a saúde e das intervenções implementadas que se traduz na obtenção de ganhos em saúde.

A família desempenha um papel fundamental para a manutenção da reabilitação da Pessoa. Cada vez mais é solicitado à família responsabilidade no cuidar, permitindo otimizar recursos. Surge, assim, o CI, com papel determinante na reabilitação da funcionalidade, autonomia e independência da Pessoa, tornando-se o maior aliado do EEER no processo de reabilitação.

O EEER ajuda estas famílias na adaptação à nova situação, bem como na transição de papéis, fornecendo-lhes as ferramentas necessárias que lhes permitam ultrapassar as dificuldades sentidas, encontrando um equilíbrio, favorecendo um processo mais rápido e consistente, minimizando as incapacidades, respeitando os seus valores e crenças.

O EEER encontra-se numa posição única para oferecer informações baseadas em evidências, à Pessoa e ao CI, sobre a importância de adotar e manter um estilo de vida saudável. Devemos incentivar a participação ativa dos envolvidos, planear as intervenções e definir estratégias de acordo com as necessidades identificadas aquando da visitação domiciliária.

Frequentemente, o enfermeiro depara-se com CIs que não possuem formação e informação para os cuidados à Pessoa. A comunicação é o instrumento básico da relação enfermeiro/Pessoa, que permite mudanças no comportamento, é importante ouvir a Pessoa/CI.

Através da relação com a Pessoa e CI, no contexto domiciliário, podemos identificar as dificuldades sentidas. O enfermeiro deve incluir a família no projeto de saúde da Pessoa, é necessária uma intervenção conjunta de forma a garantir a satisfação e qualidade dos cuidados prestados à Pessoa e CI.

Frequentemente, aquando da alta hospitalar, o CI não obtém informações sobre a doença, sua evolução e sobre os cuidados a serem realizados no domicílio. O EEER, durante a visita domiciliária, colmata este défice de conhecimentos.

O EEER deve adquirir competências para avaliar e intervir nos cuidados domiciliários. A proximidade que a visita domiciliária proporciona, coloca-o na melhor posição para realizar uma avaliação global das necessidades e expectativas individuais. O contexto real da família permite um adequado planeamento de cuidados específicos, que promovam o máximo de autonomia, otimização da qualidade de vida, *empowerment* nas tomadas de decisão de saúde, bem como adequação e rentabilização de recursos.

Ao longo de todo o ciclo vital, o enfermeiro promove a saúde através da mudança de comportamentos, na adoção de estilos de vida mais saudáveis e uma atitude mais participativa, promove a autonomia e previne a doença. Serve de mediador nas tomadas de decisão, auxiliando a família nos processos de transição durante a crise.

Por vezes, o CI não possui conhecimentos, nem tem capacidade para estabelecer objetivos e selecionar estratégias eficazes para prestar cuidados de qualidade. É necessária a elaboração de planos precisos de forma a satisfazer as necessidades sentidas pela Pessoa/CI e que promovam o máximo de autonomia e independência, de acordo com os objetivos desejados e delineados.

A recuperação da Pessoa está diretamente relacionada com o início precoce de um programa de reabilitação, é objetivo do EEER a melhoria da função e a prevenção de complicações, não só da Pessoa, mas também do CI.

O plano de reabilitação deve ter início ainda no internamento, a avaliação de escalas relevantes e troca de informação atualizada acerca do estado de saúde da Pessoa, entre as instituições, deve ser uma constante, de forma a garantir a continuidade de cuidados de qualidade.

A visita domiciliária permite ao EEER, estabelecer um plano individualizado, ajustado às necessidades e potencialidades, de acordo com o ambiente em que a Pessoa e o CI

estão inseridos. Os cuidados prestados na comunidade pelo EEER são facilitadores e promotores da autonomia, o seu contributo permite a adequação do ambiente e dos recursos.

As intervenções do EEER na comunidade desenvolvem-se em vários níveis: na manutenção de um ambiente seguro, na identificação de barreiras arquitetónicas sugerindo a eliminação das mesmas, bem como na orientação de alterações estruturais/físicas no domicílio, de forma a facilitar a adaptação à nova condição de saúde, seja ela temporária ou progressiva; na monitorização das pessoas com limitações, através da utilização de instrumentos de medida que permitem a avaliação da dependência/independência e dificuldades sentidas na realização das AVD's; na prevenção do aparecimento de complicações que possam atrasar o processo de reabilitação; no estabelecimento de objetivos reais e atingíveis com o programa de reabilitação, bem como no desenvolvimento de estratégias adaptativas e conhecimento do material de apoio existente.

A educação do CI/Pessoa é um requisito fundamental para gerir com sucesso a doença. Garantir que todos os profissionais de saúde fornecem mensagens educacionais consistentes pode criar sinergia e alavancagem de recursos de saúde para melhorar os resultados.

O EEER, ao demonstrar que as suas intervenções produzem efeitos nas pessoas com ganhos em saúde, através da autonomia e independência das mesmas e com repercussões económicas e sociais, está a por em evidência a efetividade dos seus cuidados.

Reconhece-se a necessidade de um maior investimento nos cuidados domiciliários, bem como nas equipas que intervêm neste contexto, de forma a melhorar as intervenções implementadas e, assim, capacitar os nossos CIs para potenciar a autonomia da Pessoa e obter ganhos em saúde da população.

É importante a reflexão, o debate, a investigação e a partilha de conhecimento, com o objetivo de melhoria de cuidados. A análise destes estudos orientam para se adotarem medidas que priorizem os CI's que cuidam de pessoas dependentes, o desempenho deste papel apresenta um sério risco para a saúde do mesmo, bem como de todo o sistema familiar, os dados obtidos apontam para a necessidade de criação de programas de capacitação prolongados, que permitam dotar os CI's de competências para cuidar.

Referências Bibliográficas

- Abreu, W. C. (2008). *Transições e contextos multiculturais*. Coimbra: Formasau.
- Administração Central do Sistema de Saúde. (2017). *Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI): 1º semestre 2017*. Lisboa: Autor. Recuperado de http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/07/Relatorio_Monitorizacao_RNCCI_1_Semestre-2017.pdf
- Akinci, A. C., & Olgun, N. (2011). The effectiveness of nurse-led, home-based pulmonary rehabilitation in patients with COPD in Turkey. *Rehabilitation Nursing*, 36(4), 159-165. doi:10.1002/j.2048-7940.2011.tb00084.x
- Alves, M. (2016). Hospital at home: A realidade dentro e fora de Portugal. *Medicina Interna*, 23(1), 40-43.
- Araújo, J., Cacho, E., Freitas, R., Lima, N., Pereira, S., & Cacho, R. (2015). Efeitos de uma capacitação oferecida a cuidadores informais de pacientes pós-AVC. *Revista Neurociências*, 23(3), 368-375. doi:10.4181/RNC.2015.23.03.1011.08p
- Araújo, O., Lage, I., Cabrita, J., & Teixeira, L. (2016). Eficácia do programa InCARE na sobrecarga dos cuidadores informais de Pessoas idosas após um AVC. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 3 (Ed. Esp), 09-13. Recuperado de <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/42209>
- Baptista, B., Beuter, M., Girardon-Perlini, N., Brondani, C., Budó, M., & Santos, N. (2012). A sobrecarga do familiar cuidador no âmbito domiciliar: Uma revisão integrativa da literatura. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 33(1), 147-156. Recuperado de <https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/20048/17011>
- Barnes, D. E., Mehling, W., Wu, E., Beristianos, M., Yaffe, K., Skultety, K., Chesney, M. (2015). Preventing Loss of Independence through Exercise (PLIÉ): A pilot clinical trial in older adults with dementia. *PLoS ONE* 10(2), e0113367. doi:10.1371
- Bicalho, C. S., Lacerda, M. R., & Catafesta, F. (2008). Refletindo sobre quem é o cuidador familiar. *Cogitare Enfermagem*, 13(1), 118-123. doi:10.5380/ce.v13i1.11972.
- Čablová, L., Pates, R., Mioviský, M., & Noel, J. (2017). How to write a systematic review article and meta-analysis. In T. F. Babor, K. Stenius, R. Pates, M. Mioviský, J. O'Reilly & P. Candon (Eds.), *Publishing addiction science: A guide for the perplexed* (pp. 173-189). London: Ubiquity Press.
- Canonici, A. P., Andrade, L. P., Gobbi, S., Santos-Galduroz, R. F., Gobbi, L. T. B., & Stella, F. (2012). Functional dependence and caregiver burden in Alzheimer's disease: A controlled trial on the benefits of motor intervention. *Psychogeriatrics*, 12(3), 186-189. doi:10.1111/j.1479-8301.2012.00407

- Chen, L., Xiao, L. D., & De Bellis, A. (2015). First-time stroke survivors and caregivers' perceptions of being engaged in rehabilitation. *Journal of Advanced Nursing*, 72(1), 73–84. doi:10.1111/Jan.12819
- Consort-Transparent Reporting of Trials (2018). Recuperado de <http://www.consort-statement.org/>
- De-la-Torre-Ugarte-Guanilo, M. C., Takahashi, R. F., & Bertolozzi, M. R. (2011). Revisão sistemática: Noções gerais. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(5), 1260-1266. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/reesp/v45n5/v45n5a33.pdf>
- Entidade Reguladora da Saúde. (2016). *Acesso, qualidade e concorrência nos cuidados continuados e paliativos*. Lisboa: Autor. Recuperado de https://www.ers.pt/pages/73?news_id=1335
- Feinberg, J. L., Russell, D., Mola, A., Bowles, K. H., & Lipman, T. H (2017). Developing an adapted cardiac rehabilitation training for home care clinicians: Patient perspectives, clinician knowledge, and curriculum overview. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention*, 37(6), 404-411. doi:10.1097/HCR.0000000000000228
- Figueiredo, D., Guerra, S., Marques, A., & Sousa, S. (2012). Apoio psicoeducativo a cuidadores familiares e formais de pessoas idosas com demência. *Revista Kairós Gerontologia*, 15(1), 31-55. Recuperado de <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/12776/9267>
- Galvão, T. F., & Pereira, M. G. (2014). Revisões sistemáticas da literatura: Passos para sua elaboração. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 23(1), 183-184 doi:10.5123/S1679-49742014000100018 .
- Guerra, E. M. D., Santos, F. L. M. M., & Araújo, T. L. (2002). O cuidar fundamentado em Orem. *Nursing*, 5(49), 24-29.
- Higgins, J. P. T., & Green, S. (2011) *Manual Cochrane de revisiones sistematicas de intervenciones, versión 5.1.0*. Barcelona: Centro Cochrane Iberoamericano.
- Hjelle, K., Tuntland, H., Førland, O., & Alvsvag, H. (2016). Driving forces for home based reablement: A qualitative study of older adults experiences. *Health & Social Care in the Community*, 25(5), 1581-1589. doi:10.1111/hsc.12324
- Hoeman, S. P. (2000). *Enfermagem de reabilitação. Aplicação e processo* (2a ed.). Loures, Lusociência. ISBN 972-8383-13-4.
- Hoeman, S. P. (2011). *Enfermagem de reabilitação: Prevenção, intervenção e resultados esperados* (4a ed.). Loures, Lusodidacta.
- Holopainen, A., Hakulinen-Viitanen, T., & Tossavainen, K. (2008). Systematic review: A method for nursing research. *Nurse Researcher*, 16(1), 72-83. doi:10.7748/nr2008.10.16.1.72.c6754

- Instituto Nacional de Estatística. (2013). Recuperado de https://ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_pesquisa&frm_acciao=PESQUISAR&frm_show_page_num=1&frm_modos_pesquisa=PESQUISA_SIMPLES&frm_modos_texto=MODO_TEXTO_ALL&frm_texto=%C3%ADndice+de+depend%C3%AAncia+total+por+local+de+resid%C3%AAncia+&frm_imgPesquisar.x=0&frm_imgPesquisar.y=0;https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008259&contexto=bd&selTab=tab2
- Instituto Nacional de Estatística. (2015) *Envelhecimento da população residente em Portugal e na União Europeia*. Recuperado de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=224679354&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt
- Instituto Nacional de Estatística. (2017). *Projeções de população residente 2015-2080*. Recuperado de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=277695619&DESTAQUESmodo=2
- Israel, N. E. N., Andrade, O. G., & Teixeira, J. J. V. (2009). A percepção do cuidador familiar sobre a recuperação física do idoso em condição de incapacidade funcional. *Ciência Coletiva* 16(Supl. 1), 1349-1356. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a69v16s1.pdf>
- Joanna Briggs Institute. (2017). *Checklist for systematic reviews and research syntheses*. Recuperado de http://joannabriggs.org/assets/docs/critical-appraisal-tools/JBI_Critical_Appraisal-Checklist_for_Systematic_Reviews2017.pdf
- Landeiro, M., Peres, H., & Martins, T. (2015). Avaliação de necessidades informais dos cuidadores domiciliares. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 5(3), 486-498. doi: 10.5902/2179769216886
- Martins, T. (2006). *Acidente vascular cerebral: Qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores*. Coimbra: Formasau.
- Meleis, A. (1997). *Theoretical nursing: Development and progress* (3rd ed.). Philadelphia: J. B. Lippincott Publishers.
- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Messias, D., & Shumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28.
- Mohammadi, F. (2008). *Theoretical principal of rehabilitation nursing* (2nd ed.). Tehran: University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences.
- Oliveira, B. C., Garanhani, M. L., & Garanhani, M. R. (2011). Cuidador de pessoa com acidente vascular encefálico: Necessidades, sentimentos e orientações recebidas. *Acta Paulista de Enfermagem*, 24, 43-49. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n1/v24n1a06.pdf>

- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Áreas de investigação prioritárias para a especialidade de enfermagem de reabilitação*. Lisboa: Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Recuperado de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/Areas_Investigacao_Prioritarias_para_EER.pdf
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). St. Louis, MO: Mosby.
- Passos, J., Sequeira, C., & Fernandes, L. (2012). The needs of older people with mental health problems: A particular focus on dementia patients and their carers. *International Journal of Alzheimer's Disease*, 1-7. doi:10.1155/2012/638267
- Pérez Mármol, J. M., Flores Antigüedad, M. L, Castro Sánchez, A. M., Tapia Haro, R. M., García Ríos, M. D. C., & Aguilar Ferrándiz, M. E. (2018). Inpatient dependency in activities of daily living predicts informal caregiver strain: A cross-sectional study. *Journal of Clinical Nursing*., 27(1-2), E177-E185. doi:10.1111/Jocn.13900
- Petronilho, F. (2010). A transição dos membros da família para o exercício do papel de cuidadores quando incorporam um membro dependente no autocuidado: Uma revisão da literatura. *Revista de Investigação em Enfermagem*, fev., 43-58.
- Petronilho, F. A. S., Pereira, C. M. B. C., Magalhães, A. I. C., Carvalho, D. M. F., Oliveira, J. M. C., Castro, P. R. C. V., & Machado, M. M. P. (2017). Evolução das pessoas dependentes no autocuidado acompanhadas na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. *Revista de Enfermagem Referência*, 14(Série 4), 39-48. doi:10.12707/RIV17027
- Petronilho, F., Pereira, F., & Silva, A. P. (2015). Perceção de autoeficácia do familiar cuidados após o regresso a casa do dependente: Estudo longitudinal. *Revista Portuguesa de Saúde Mental*, esp. 2, 9-13. Recuperado de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/nspe2/nspe2a02.pdf>
- Potter, P., & Perry, A. (2003). *Basic nursing essential for practice*. St. Louis: Mosby.
- Qaddoura, A., Yazdan-Ashoori, P., Kabali, C., Thabane, L., Haynes, R. B., Connolly, S. J., & van Spall, H. G. (2015). Efficacy of hospital at home in patients with heart failure: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, 10(6), e0129282. doi:10.1371/journal.pone.0129282
- Queirós, P. J. (2010). Autocuidado, transições e bem-estar. *Revista Investigação em Enfermagem*, 21, 5-7.
- Regadas, S., & Marques, G. (2012). A enfermagem e as famílias prestadoras de cuidados. In J. C. Carvalho, M. C. Barbieri-Figueiredo, H. I. Fernandes, A. I. Vilar, L. Andrade, M. R. Santos, ... P. Oliveira (Coords.), *Transferibilidade do conhecimento em enfermagem de família* (pp. 251-258). Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.

- Regulamento nº 125/2011*, de 18 de fevereiro. Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. Diário da República, 35. Série II
- Regulamento nº 350/2015*, de 22 de Junho. *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em enfermagem de reabilitação*. Diário da República, 119. Série II.
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 67/2016*, de 26 de outubro. Diário da República, 206. Série I.
- Ribeiro, O. M. P. L., Pinto, C. A. S., & Regadas, S. C. R. S. (2014). A pessoa dependente no autocuidado: Implicações para a enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 1 (Série 4), 25-36. doi:10.12707/RIII12162
- Rocha Júnior, P. R., Corrente, J. E., Hattor, C. H., Oliveira, I. M., Zancheta, D., Gallo, C. G., ... Galiego, E. T. (2011). Efeito da capacitação dos cuidadores informais sobre a qualidade de vida de idosos com déficit de autocuidado. *Ciência e Saúde Coletiva*, 16(7), 3131-3138. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n7/13.pdf>
- Sackett, D. L., Straus, S. E., Richardson, W. S., Rosenberg, W., & Haynes, R. B. (2000). *Evidence-based medicine: How to practice and teach EBM* (2nd ed.). London: Churchill Livingstone.
- Schumacher, K., Beck, C., & Marren, M. (2006). Family caregivers, caring for older adults, working with their families. *American Journal of Nursing*, 106(8), 40-49.
- Sequeira, C. (2013). Difficulties, coping strategies, satisfaction and burden in informal portuguese caregivers. *Journal of Clinical Nursing*, 22(3-4), 491-500. doi:10.1111/jocn.1210
- Souza, I. C-P., Silva, A. G., Quirino, A. C. S., Neves, M. S., & Moreira, L. R. (2014). Perfil de pacientes dependentes hospitalizados e cuidadores familiares: Conhecimento e preparo para as práticas do cuidado domiciliar. *REME - Revista Mineira de Enfermagem*, 18(1), 164-172.
- Steinberg, M., Leoutsakos, J., Podewils, L., & Lyketsos, C. (2009). Evaluation of a home-based exercise program in the treatment of Alzheimer's disease: The Maximizing Independence in Dementia (MIND) study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24(7), 680-685. doi:10.1002/gps.2175
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2002). *Teóricas de enfermagem e a sua obra* (5a ed.). Loures: Lusociência.
- Vieira, C., Gomes, E., Fialho, A., Rodrigues, D., Moreira, T., & Queiroz, M., (2011). Prática educativa para autonomia do cuidador informal de idosos. *REME – Revista Mineira de Enfermagem*, 15(1), 135-140.
- Vogt, M., Gonçalves, M., & Silveira, D. (2009). Ações para capacitação de cuidadores em unidades de saúde da família. *Revista Kairós Gerontologia*, 12(2), 93-101.

- Wang, T., Tsai, A., Wang, J., Lin, Y., Lin, K., Chen, J., ... Lin, T. (2015). Caregiver-mediated intervention can improve physical functional recovery of patients with chronic stroke: A randomized controlled trial. *Neurorehabilitation and Neural Repair*, 29(1), 3.12. doi:10.1177/1545968314532030
- Winstein, C. J., Stein, J., Arena, R., Bates, B., Cherney, L. R., Cramer, S. C., ..., Council On Quality Of Care And Outcomes Research. (2016). Guidelines for adult stroke rehabilitation and recovery: a guideline for healthcare professionals from The American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 47(6), E98-E169. doi: 10.1161/STR.0000000000000098
- World Health Organization. (2008). *Home care in Europe. The solid facts*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Recuperado de http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/96467/E91884.pdf