

Meireles, João

Gandra, 2013

**A Visita Domiciliária para Treino
do Autocuidado:**

Percepção da pessoa assistida a partir do
serviço de neurocirurgia de um hospital central



Relatório de Estágio - Investigação

A Visita Domiciliária para Treino do
Autocuidado:

Percepção da pessoa assistida a partir do
serviço de neurocirurgia de um hospital central

Trabalho apresentado ao curso de Enfermagem do Instituto Politécnico de Saúde – Norte – Escola Superior de Saúde do Vale do Sousa, para obtenção do grau de Mestre em Reabilitação, sob orientação do Mestre Manuel Melo

Relatório realizado por: João Pedro Cunha Meireles

Gandra, setembro de 2013



INSTITUTO POLITÉCNICO
SAÚDE DO NORTE

Departamento de Enfermagem

Agradecimentos

Os meus sinceros agradecimentos a todos aqueles que, directa ou indirectamente, permitiram que este trabalho fosse avante, em especial:

- ✓ Ao Mestre Manuel Melo pela disponibilidade e experiência, que me ajudou a manter um caminho ultrapassando todos os obstáculos;
- ✓ À Professora Doutora Maria Assunção Almeida Nogueira e a Mestre Luísa Brochado, por serem as bases percursoras, que permitiram que este trabalho nascesse, cresce-se e ganha-se forma.
- ✓ À Enfermeira Juliana Cristina Araújo Teixeira, por toda a paciência, ajuda, compreensão e amor que me deu, em conjunto com todos os momentos de reflexão e discussão que permitiram a este trabalho crescer e solidificar;
- ✓ Ao serviço de neurocirurgia do Hospital São João, na pessoa da enfermeira chefe Isabel Ribeiro, o enfermeiro João Oliveira e toda a restante equipa de enfermagem que foi incansável no suporte para a execução deste trabalho;

Índice

Introdução	1
Parte I – Contextualização Teórica	5
1. Do internamento ao domicílio: processos transacionais	7
2. Preparação do regresso a casa	13
2.1. O papel do Enfermeiro de Reabilitação	17
2.1.1. Utilização de produtos de apoio	21
3. A visita domiciliária.....	25
Parte II – Metodologia	31
1. Da Problemática à Questão de Investigação	33
1.1. Objectivos da Investigação	35
2. Desenho da Investigação.....	37
2.1. População e Processo de Amostragem	38
2.2 Programa de Intervenção	40
3. Recolha dos Dados.....	45
4. Apresentação dos resultados.....	47
4.1 Caracterização sociodemográfica	47
4.2 Avaliação das Percepções Recolhidas.....	51
4.3 Dados recolhidos através de perguntas abertas	57
5. Análise e Discussão dos Resultados	63
5.1 Reflexões individuais obtidas a partir da observação	72
Conclusão	75
Bibliografia / Referências Bibliográficas	79

Anexos

Anexo I - Consentimento Informado.....	III
Anexo II – Panfleto Autocuidados.....	V
Anexo III – Questionário-Entrevista	VII

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Classificação dos Produtos de Apoio existentes de acordo com a Organização Internacional de Normalização (ISO)	22
Tabela 2 – Análise estatística do parâmetro idade da nossa amostra	48
Tabela 3 - Quais os aspectos que alterava na preparação do regresso a casa, efectuada durante o internamento?.....	57
Tabela 4 - Quais os aspectos que alterava nas visitas domiciliárias?	58
Tabela 5 – Análise de conteúdo das respostas à pergunta “Quais os aspectos que alterava, na preparação do regresso a casa, efectuada durante o internamento em neurocirurgia S. João?”	60
Tabela 6 - Análise de conteúdo das respostas à pergunta “Quais os aspectos que alterava nas visitas domiciliárias?”	61

Índice de Imagens

Imagem 1 - Teoria da Transição, adaptado de Meleis e colaboradores por Teixeira, Meireles & Carvalho (2010).	11
Imagem 2 - Diagrama de sistematização da continuidade de cuidados	41
Imagem 3 - Participantes na visita domiciliária	42
Imagem 4 - Sistematização do plano de intervenção	43
Imagem 5 - Distribuição do género, na amostra	48
Imagem 6 – Distribuição do estado civil, na amostra	49
Imagem 7 – Distribuição do nível de instrução, na amostra.....	50
Imagem 8 – Distribuição do número de pessoas que constituem o agregado familiar, na amostra.....	51
Imagem 9 – Distribuição da amostra relativa à avaliação da pertinência da informação fornecida para a promoção dos autocuidados durante o internamento em neurocirurgia S. João.	52
Imagem 10 - Distribuição da amostra relativa à avaliação que fez dos treino dos autocuidados prestados durante o internamento em neurocirurgia S. João	52

Imagem 11 - Distribuição da amostra sobre a influência que a informação em formato papel teve na sua adaptação.	53
Imagem 12 - Distribuição da amostra sobre o nível de preparação precepcionado para regressar a casa no momento da alta.	54
Imagem 13 - Distribuição da amostra sobre a influência da visita domiciliária na sua capacidade de se cuidar em casa.	54
Imagem 14 - Distribuição da amostra sobre a influência da visita domiciliária na adaptação da casa.	55
Imagem 15 - Distribuição da amostra sobre a influência que o treino das AVD no domicílio teve na capacidade da pessoa de se cuidar em casa.	56
Imagem 16 - Distribuição da amostra sobre a influência da visita domiciliária nos conhecimentos do prestador de cuidados.	56
Imagem 17 – Associação entre o nível de instrução e a influência da informação em formato papel na adaptação da pessoa.	65
Imagem 18 – Associação entre o número de pessoas que constituem o agregado familiar e o facto da pessoa se sentir preparado para regressar a casa no momento da alta.	67
Imagem 19 - Compilação dos resultados obtidos a partir das perguntas do estudo;	70

Siglas/Abreviaturas/Símbolos Convencionais

- ✓ % – Por cento;
- ✓ AVD – Actividades de Vida Diária
- ✓ Cit. por – Citado por
- ✓ DGS – Direcção Geral de Saúde;
- ✓ Ed. - Edição
- ✓ EER – Enfermeiro Especialista em Reabilitação;
- ✓ Sr. – Senhor
- ✓ Sr^a. – Senhora
- ✓ SNRIPD - Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência;

Resumo

Tendo em vista a profissionalização do processo de preparação do regresso a casa da pessoa dependente, definimos um plano de intervenção com o objectivo de promover a continuidade de cuidados e evitar quebras no processo de reabilitação.

Destacamos neste plano de acção a utilização pioneira da visita domiciliária como estratégia de intervenção utilizada pelo enfermeiro especialista em reabilitação do internamento, para treinos de actividades de vida diária e dar resposta às dúvidas que surgissem da preparação realizada durante a hospitalização.

Como primeiro passo na avaliação desta nova tipologia de intervenção, desenvolvemos um estudo descritivo simples que retrata as percepções das pessoas receptoras dos cuidados de todo o programa de intervenção implementado. Através de uma metodologia de natureza mista, com a aplicação de um questionário-entrevista como forma de avaliação, demos resposta aos objectivos traçados.

Como principais resultados destacamos o elevado nível de aceitabilidade pelos participantes do estudo em todo o programa de preparação do regresso a casa efectuado, em particular a identificação da visita domiciliária como um factor promotor da independência para o autocuidado no domicílio e do desempenho adequado do papel de prestador de cuidados.

Palavras- chave: PREPARAÇÃO DO REGRESSO A CASA; ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM REABILITAÇÃO; VISITA DOMICILIÁRIA; ADAPTAÇÃO DOMICÍLIO; TREINO DAS ACTIVIDADES DE VIDA DIÁRIA.

Abstract

Given the professionalization of the preparation process to homecoming of the dependent person, we define an action plan with the aim of promoting the continuity of care and avoid breaks in the rehabilitation process.

We highlight this pioneered action plan with the use of home visits as an intervention strategy used by the nurse specialist inpatient rehabilitation, training for activities of daily living and to respond to questions that arose from the preparation performed during hospitalization.

As a first step in evaluating this new typology of intervention, we developed a simple descriptive study that portrays the perceptions of people receiving care throughout the intervention program implemented. Through a methodology of mixed nature, with a questionnaire-interview as an assessment, we address the goals.

The main results highlight the high level of acceptability by the participants throughout the preparation program homecoming made, in particular the identification of home visits as a key promoter of independence for self-care at home and the proper performance of the role of care provider.

Keywords: PREPARATION OF HOMECOMING, REHABILITATION NURSE SPECIALIST; VISIT FAMILY HOME, HOME ADAPTATION; TRAINING ACTIVITIES OF DAILY LIFE.

Introdução

“O internamento hospitalar, para além do seu custo económico, tem um preço quer a nível físico, quer psicológico e também social pelo que não será de valorizar o seu prolongamento para além do estritamente necessário” Gonçalves, (2008, p.81). As políticas de saúde de contenção de custos, têm conduzido a internamentos hospitalares forçosamente mais curtos, conduzindo à existência de doentes com elevado grau de dependência no momento da alta hospitalar.

Assim, o acompanhamento após a alta através dos cuidados no domicílio torna-se essencial, para que seja continuado o programa de reabilitação que se iniciou durante o período em que o doente esteve hospitalizado.

A temática da continuidade de cuidados tem vindo a ser debatida frequentemente, pois é uma preocupação constante que os cidadãos tenham direito a serem cuidados sem que existam quebras no seu processo de recuperação, evitando-se custos adicionais. Quando a continuidade de cuidados não se encontra assegurada ou se encontra em níveis abaixo do desejável, diversos efeitos não desejáveis podem ser perspectivados. Para Lee & Dean (cit. por Azevedo, 2010, pp.46-47), esses prejuízos abrangem quer o cliente (atrasos nos cuidados necessários, dor e sofrimento, insatisfação), quer os profissionais de saúde (utilização inadequada do tempo, duplicação de serviços, insatisfação) e as organizações (testes desnecessários, utilização inadequada de serviços de elevado custo).”

Lopes (2007) no seu estudo concluiu que há o anseio de uma maior abrangência do apoio domiciliário, de uma resposta imediata por parte dos profissionais de saúde e do acesso aos cuidados de reabilitação em casa. Este desejo de uma maior integralidade do acesso ao cuidado, parte não apenas da pessoa dependente, mas também do seu cuidador e dos profissionais de saúde.

Consideramos urgente repensar novas formas de actuação do EER (Enfermeiro Especialista em Reabilitação), aproveitando ao máximo as suas capacidades e competências em prol da prestação de cuidados de qualidade à

população portuguesa. É de extrema importância a definição de modelos de intervenção pelo EER, que visem o acompanhamento após a alta da pessoa dependente e dos familiares cuidadores no domicílio, que favoreçam o processo de reabilitação com um maior grau de adequação à realidade e promovam o papel adequado prestado pela família enquanto entidade de suporte e protecção.

A escolha desta temática para o desenvolvimento deste estudo deve-se à preocupação crescente acerca de todas as envolvências do cuidar no domicílio e da preparação do regresso a casa do doente em meio hospitalar.

Este trabalho reflecte a nossa intervenção numa unidade de internamento (durante o período de estágio de 6 de Fevereiro de 2012 a 25 de Maio de 2012), onde foi desenvolvido um modelo inovador de intervenção do EER para a preparação do regresso a casa, que visa sobretudo minimizar ao máximo as problemáticas acima referenciadas.

No nosso plano de acção incluímos a visita domiciliária como principal ferramenta utilizada, com a finalidade de adaptação do domicílio à nova situação de dependência existente e da continuidade dos treinos de AVD (Actividades de Vida Diária) implementados no internamento.

Atendendo que se trata de um modelo de intervenção novo é fundamental fazer a avaliação das percepções obtidas pelas pessoas receptoras de cuidados, pois a aceitabilidade do modelo de intervenção implementado está directamente proporcional com a viabilidade que este modelo de intervenção terá.

Para avaliar as percepções obtidas pela pessoa receptora dos cuidados deste novo modelo de intervenção do EER, realizamos um estudo de natureza mista de cariz descritivo simples.

Este trabalho encontra-se redigido em duas partes. Inicialmente, será apresentado o enquadramento teórico no qual abordaremos uma panóplia de conteúdos que consideramos fundamentais para sustentar o trabalho de campo, *à posteriori*.

Assim, iniciaremos a contextualização teórica fazendo alusão aos processos transaccionais vivenciados pela pessoa dependente e sua família no percurso

desde o internamento ao domicílio. Depois passaremos a definir o processo de preparação de regresso a casa contemplando o papel do EER na adaptação do domicílio e na selecção de produtos de apoio que visem a máxima independência da pessoa com incapacidade. Por fim, no último capítulo será feita uma abordagem à visita domiciliária expondo os seus objectivos, as suas vantagens e limitações.

Na segunda parte – a metodologia – inicialmente será explicado o percurso que conduziu à elaboração da questão de partida e consequente formulação dos objectivos do estudo. Uma vez definidos os objectivos, apresentaremos o desenho da investigação incluindo o tipo de estudo e a definição da população-alvo/amostra, seguindo-se a exposição do programa de intervenção que foi posto em prática em contexto de estágio. Posto isto, apresentaremos o instrumento de recolha de dados utilizado neste estudo e no capítulo seguinte será feita a apresentação dos resultados. Por fim, o último capítulo estará reservado para a análise e discussão dos resultados.

Na execução deste trabalho baseamo-nos numa pesquisa abrangente composta por referências obtidas na consulta de bases de dados como B-on, Scielo e a PubMed bem como bases sitiograficas e bibliografias.

Baseamos este trabalho em autores com experiência na área em investigação: destaca-se Petronilho e Gonçalves quando abordaremos a temática da preparação do regresso a casa; e os autores Barreto e Andrade quando analisarmos as especificidades na actuação do EER.

Apesar da inexistência de estudos de análise da visita domiciliária em moldes similares a realizada neste estudo, analisamos duas revisões sistemáticas da literatura, uma sobre a preparação do regresso a casa e outra sobre o regresso a casa do doente de tumor cerebral primário.

Parte I – Contextualização Teórica

Segundo Fortin (2009), a contextualização teórica é um inventário e um exame crítico do conjunto das publicações tendo relação com o tema de estudo.

1. Do internamento ao domicílio: processos transacionais

Um processo patológico e conseqüente internamento provoca uma alteração na dinâmica pessoal e também em toda a dinâmica familiar, principalmente quando a doença acarreta perda das capacidades físicas e/ou cognitivas, constituindo uma crise familiar. Como refere Friedman (cit. por Felissíssimo & Sequeira, 2007, p.34) “a doença ou incapacidade num membro da família afecta significativamente a família e o seu funcionamento, tal como o comportamento da família e dos seus membros afecta significativamente o curso e características da doença ou incapacidade”

Segundo Martins (2006, p.76), “a família preocupa-se e sofre com a deterioração do estado de saúde do seu familiar, com a fraca expectativa da recuperação, com a possível alteração dos papéis parentais, com a ameaça e comprometimento das fontes de rendimento, entre outros”.

A perspectiva de evolução de uma doença que obrigue a um internamento, implica sempre insegurança e ansiedade, não só vivida pela pessoa doente, mas também pelos restantes elementos da família (Gonçalves, 2008). De acordo com Hanson (2005, p.295) uma “doença ou lesão que requeira a hospitalização de um ente querido tem sido designada por um acontecimento não normativo de tensão para as famílias (...) passar por tal situação, pode ajudar algumas famílias a crescer, mas causa conflitos noutras (...) as rotinas de casa ficam interrompidas e alguns membros da família podem ter de assumir responsabilidades que nunca tiveram”.

Face a esta situação de doença, “a família apoia-se nos seus membros, mobilizando estratégias de *coping* e funcionamento anteriormente utilizados, para lidar com a crise inicial, ou seja há uma fase de ajuste familiar”. No entanto, numa situação prolongada as estratégias iniciais parecem não resultar, sendo um obstáculo à satisfação das necessidades dos membros da família e da unidade familiar. “A família vê-se confrontada com a utilização de novos padrões de funcionamento recentemente instituídos como forma de dar resposta à

situação, ou seja entra numa fase de adaptação” (Hanson; McCubbin & McCubbin, cit. por Campos, 2008, p.25).

Atendendo que actualmente, as instituições hospitalares surgem tendencialmente como centros especializados de tratamento, onde não há lugar ao completo restabelecimento da pessoa doente, e aquando da alta hospitalar a pessoa internada encontra-se dependente nas suas AVD, tem sido dada atenção crescente ao reconhecimento do papel vital da família enquanto prestadora de cuidados (Augusto *et al*, 2002; Petronilho, 2007).

Assim, não só o doente mas também o familiar cuidador terá de ser visto como um foco de atenção da prática dos cuidados de enfermagem. O enfermeiro deve dotar o prestador de cuidados de meios para responder adequadamente às necessidades da pessoa dependente, de forma a prevenir situações de crise que podem surgir deste novo papel de cuidador (Petronilho, 2007).

O familiar cuidador é a pessoa da família que assume o papel de promover acções de suporte ao seu familiar dependente. A maior parte das vezes, este papel é atribuído ao elemento da família “que tem menos a perder com o papel a desempenhar, numa tentativa da família tirar o melhor proveito da sua produtividade” (Petronilho, 2007, p.48). Para Martin (cit. por Petronilho, 2007), normalmente este papel cabe a mulheres solteiras, domésticas ou desempregadas. Contudo, achamos que a responsabilidade de suporte não deverá ser atribuída a um só elemento da família, pois todos devem contribuir neste processo.

Segundo Gonçalves (2008), apesar da possibilidade de o cuidador informal principal poder ser complementado por outros familiares, vizinhos ou amigos, esta rede informal tem vindo a reduzir-se por alterações demográficas e culturais, se não mesmo a desaparecer, resultado sobretudo de questões socioeconómicas. Em sua substituição, têm emergido organizações privadas, mas que ainda são claramente deficientes na sua capacidade de responder às necessidades qualitativas e quantitativas dos cuidados.

Como vimos anteriormente, consideramos que a doença e conseqüente hospitalização vai obrigar a uma reestruturação e alteração nos hábitos de vida

no seio familiar, e assim todos os elementos implicados vão forçosamente vivenciar processos transacionais.

Um processo de transição “remete para uma mudança no estado de saúde, nos papéis desempenhados socialmente, nas expectativas de vida, nas habilidades socioculturais ou mesmo na capacidade de gerir as respostas humanas: a transição requer que o ser humano interiorize um novo conhecimento, susceptível de alterar o comportamento, e conseqüentemente, mudar a definição de si no contexto social” (Meleis cit.por Abreu, 2008, p.25).

Tendo em conta a importância destes processos de transição, e com o objectivo último de melhor assistir a pessoa/família no seu percurso, desde a instalação da crise ao momento em que a pessoa/família atinge a mestria, é importante a análise pelo enfermeiro das várias propriedades que constituem uma transição para que este possa agir como agente facilitador de todos os processos transacionais que ocorrem no seio familiar. Como corrobora Petronilho (cit. por Teixeira, Meireles & Carvalho, 2010, p.48) “os enfermeiros têm como missão ajudar as pessoas a gerir as transições (...), ajudando-as a adaptarem-se a novas realidades e a mudarem a sua concepção de vida”.

Tendo por base a teoria de médio alcance proposta por Meleis (2000,2005) ilustrada na imagem 1, percebemos que o processo de transição tem início no momento em que a pessoa/família inicia a consciencialização sobre a instalação de um processo patológico e das limitações que este processo acarreta. A consciencialização da pessoa das suas limitações ao longo do internamento é o primeiro passo para esta perceber que ocorreu uma mudança na sua vida que obriga a uma adaptação. Por sua vez, a família ou mais concretamente o prestador de cuidados, consciencializa-se através dos momentos de ensino ou sessões de educação para a saúde que têm em vista a capacitação para o cuidar aquando da alta hospitalar. Nem sempre a consciencialização ocorre com facilidade, sendo que se verifica, dependendo de cada caso, alguma resistência, contudo sabendo o enfermeiro que este é o primeiro passo para que todo o processo transacional se possa desenrolar é fundamental numa primeira fase fomentar a consciencialização da pessoa/família.

Não menos importante é promover o envolvimento da pessoa/família em todo o processo. Consideramos que a participação é facilitada se as pessoas dependentes e sua família tiverem oportunidade de participar na definição dos objectivos com base nos seus interesses, necessidades, conhecimentos e habilidades já adquiridas. O envolvimento não é mais do que o investimento pessoal para vivenciar a transição, pelo que motivar e incitar a pessoa/família a vencer as suas dificuldades ao longo deste processo torna-se fundamental para que esta se mantenha envolvida e interessada na sua recuperação.

Atendendo que todo o processo transaccional tem na sua génese um processo de mudança, é fundamental perceber quais as mudanças que a pessoa/família identificam, para que através do ensino de estratégias adaptativas o enfermeiro promova a independência de todos os elementos envolvidos na gestão das AVD.

Não descurando que a transição se desenrola ao longo do tempo, ou seja, apresenta uma “janela temporal”, o que nos parece ser o curso normal dos acontecimentos a dada altura altera-se por diversos factores, é necessário estar atento e fazer um acompanhamento constante da pessoa/família para evitar quebras no seu processo de reabilitação.

Ao analisar os processos de transição, para além de se ter em conta a multiplicidade de factores presentes é importante também analisar as condições facilitadoras e/ou inibidoras da transição. A nível pessoal é importante analisar as expectativas e crenças culturais, as condições socioeconómicas e os conhecimentos que a pessoa possui para lidar com a situação imposta. Contudo, atendendo que a pessoa doente é um ser em relação, não menos importante é perceber as condições de suporte que a família pode oferecer, e os apoios comunitários existentes.

Como refere também Gonçalves (2008, p.57), “a natureza da doença, o ciclo de vida em que a família se encontra, a sua constituição, assim como a situação económica e social desta e, ainda, a rede de apoio disponível, são aspectos que têm consequências de nível variável de família para família” e devem ser analisados individualmente pelo enfermeiro, de forma a que este ajude a pessoa e a família a vivenciar uma transição eficaz, atingindo a mestria e a integração

fluida da identidade. Isto significa, que a situação desencadeadora da mudança (a hospitalização e posterior dependência da pessoa/família) já não provoca alteração na dinâmica familiar, sendo que a família já possui estratégias independentes e eficazes, para fazer face às necessidades da vida diária.

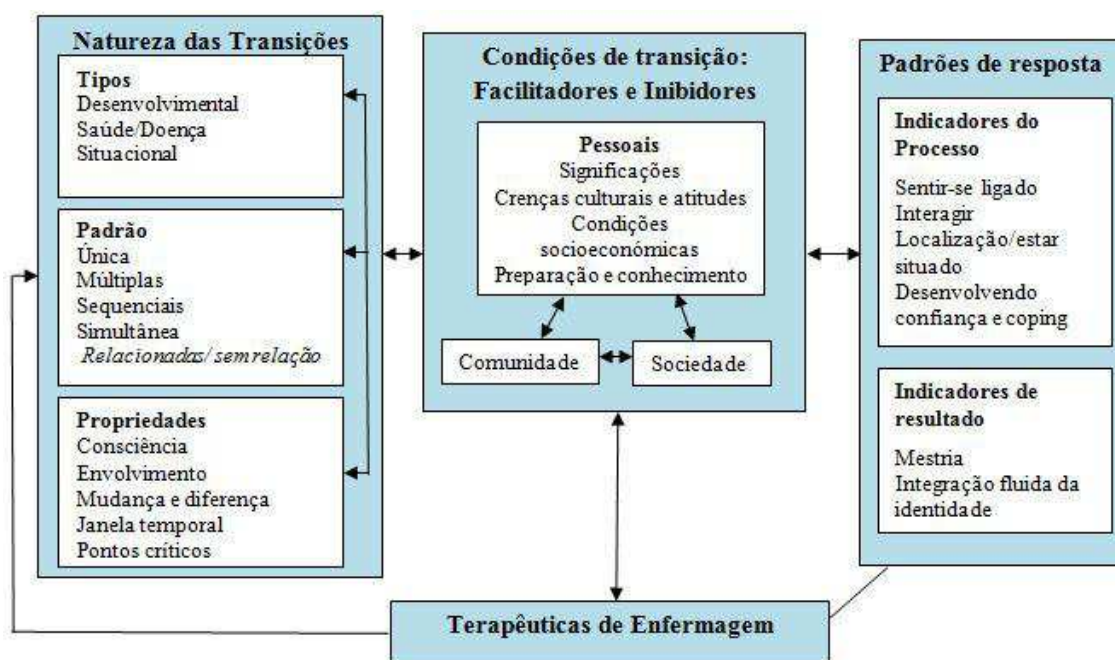


Imagem 1 - Teoria da Transição, adaptado de Meleis e colaboradores por Teixeira, Meireles & Carvalho (2010).

Consideramos que a teoria atrás exposta sumariamente contribui para melhorar a intervenção do enfermeiro na preparação do regresso a casa, pois é fundamental perceber todas as particularidades da transição para agir eficazmente.

2. Preparação do regresso a casa

A preparação do regresso a casa é um processo de identificação e preparação das necessidades antecipatórias de saúde, que requer planeamento desde o início e o envolvimento de toda a equipa de saúde. Se esta preparação do regresso a casa for verdadeiramente efectiva, atinge-se a “satisfação por parte de doentes e prestadores de cuidados, melhoria da referenciação, utilização dos serviços da comunidade, menos complicações após a alta, diminuição do número de readmissões, diminuição do tempo de internamento e diminuição com os custos” (Gonçalves, 2008, p. 17).

A preparação do regresso a casa através de um planeamento efectivo da alta é particularmente significativo, dada a permanência tendencialmente menor no hospital, reflexo das políticas de saúde que preconizam internamentos cada vez mais curtos, e o conseqüente regresso a casa das pessoas internadas em estadios mais debilitados (Gonçalves, 2008; Shepperd, *et al* 2013).

Como refere Berardo, “o planeamento da alta constituiu mais do que a simples transferência do utente do hospital para qualquer outra instituição de cuidados ou para o domicílio, ele é pois uma parte importante e dinâmica do plano de tratamento” (cit. por Augusto *et al.*, 2002, p. 47). Assim, é fundamental desde logo na admissão no serviço de internamento definir um plano de alta bem estruturado e objectivo. De acordo com Nogueira (2003, p.81), “este primeiro momento deve ser contínuo, organizado e sistemático, feito através da observação, exame físico do doente, ou recorrendo a outras fontes de informação, como: familiares, processo clínico, outros elementos da equipa”.

O plano de alta “deve ter em conta o projecto de vida do doente e, se possível, ser construído em parceria com ele e com a família. A participação activa do doente e família permite o envolvimento em todo o processo, assim como uma co-responsabilização nas decisões tomadas” (Gonçalves, 2008 p.83). Assim se compreende que cada pessoa internada deva ter um plano de intervenção único, pois este reflecte os interesses e as necessidades individuais demonstradas.

O processo de preparação para o regresso a casa tem como objectivo principal “ajudar os membros da família cuidadores a incorporarem no seu dia-

a-dia comportamentos adequados, permitindo, deste modo, a adaptação aos novos desafios de saúde” (Petronilho, 2007, p. 67).

Assim neste sentido, “a intervenção do enfermeiro visa desenvolver no indivíduo e na família as capacidades e conhecimentos que lhe permitam lidar com a situação de dependência e com a doença” (Gonçalves, 2008, p.78). É de extrema importância que os enfermeiros dotem os cuidadores de um conjunto de conhecimentos, de capacidades e recursos da comunidade que lhe permitam ajudar o seu familiar dependente no autocuidado, na gestão do regime terapêutico, na prevenção de complicações e no seu bem-estar psicológico (Araújo, Paúl & Martins, 2008).

De acordo com Petronilho (2007), é no ensino, instrução e treino de habilidades da pessoa dependente/família, tendo por base programas estruturados que reside o sucesso da preparação do regresso a casa.

Gonçalves (2008, p.85), afirma que, “a formação e a informação das pessoas, sobre a melhor forma de cuidar, poderá ajudar ambas as partes, quem cuida e quem é cuidado”. Para formar a pessoa/família durante o internamento no sentido de potenciar a máxima independência possível, é fundamental dar informações estruturadas, quer seja oralmente ou por escrito através de panfletos ilustrativos que sirvam de complemento ao ensino ministrado. Silva (cit. por Gonçalves, 2008, p.66) refere que “proporcionar a informação oral e escrita considerada necessária, com a satisfação de todas as dúvidas, a começar na admissão (...) a informação garantida ao próprio e seus familiares como preparação para o mais rápido regresso a casa possível, tem significado neste contexto”.

Para que a educação da pessoa/família durante o internamento seja efectiva esta não deve basear-se somente no ensino de conhecimentos, mas é também fundamental o treino de habilidades, pois é na prática que o enfermeiro poderá fazer os ajustes necessários e avaliar se a mensagem pretendida foi correctamente assimilada (Nogueira, 2003).

Note-se que para haver aprendizagem não basta fazer ensino. Como refere Nogueira (2003, p. 78), “não há educação se não houver aprendizagem, educar

é ir para além do ensinar, é atingir o aprender.” O enfermeiro não deverá apenas transmitir informação, tem que adequar a forma de transmissão da mensagem ao grau de literacia de cada pessoa, deve ter a sensibilidade para perceber o *timing* em que esta deve ser transmitida, bem como deverá perceber a real necessidade de educação, fazendo portando uma avaliação diagnóstica prévia, não caindo no erro de passar informação desnecessária ou desajustada à realidade do doente.

Como vimos no capítulo anterior, o foco de atenção do enfermeiro não se centra apenas na pessoa dependente mas também na família, pois esta constitui o principal suporte aquando do regresso ao domicílio. Assim, e de acordo com Gonçalves (2008, p.86) “as necessidades da família ou de pessoas significativas que prestam apoio e assistência nos cuidados, devem ser consideradas na preparação do regresso a casa”.

Como refere o mesmo autor (2008, p.85), “cuidadores presentes na preparação do regresso a casa, demonstram menos ansiedade, maior satisfação e os familiares revelam menos problemas de saúde”. De realçar também, que a participação dos familiares na preparação da alta hospitalar, reforça a sua auto-estima e responsabiliza-os no processo de recuperação (Nogueira, 2003).

Importa sublinhar que para que haja uma continuidade no processo de cuidados, a alta hospitalar para além de dever ser preparada antecipadamente durante o internamento, deve ser também acompanhada para além dos limites que este incorpora, pois não nos pudemos alhear da vivência da pessoa dependente/família no período pós-alta (Augusto *et al.*, 2002; Nogueira, 2003).

Nas conclusões emanadas do plano nacional de saúde 2004/2010, podemos ler que existe uma parte significativa da população que apresenta um potencial de autonomia subaproveitado. O plano relaciona ainda este factor com o défice de acompanhamento no domicílio existente no nosso país, o que provoca dificuldades no processo de desenvolvimento da autonomia do doente, e ao mesmo tempo promove situações de reinternamento perfeitamente evitáveis, e que tanto prejudicam o processo de reabilitação (DGS, 2004).

Os reinternamentos sistemáticos de pessoas dependentes estão muitas vezes na origem de um papel de prestador de cuidados inadequado e na escassez de recursos na comunidade (Petronilho, 2007; Andrade 2009).

O estudo levado a cabo por Lopes (2007) explica que o papel inadequado de prestador de cuidados pode ter como origem vários tipos de necessidades e dificuldades vividas pelos cuidadores. Este autor categorizou-as em necessidades instrumentais, necessidades de orientações dadas pelos técnicos de saúde, necessidades financeiras, necessidades decorrentes da utilização dos serviços de saúde e sociais, bem como dificuldades na gestão dos sentimentos vividos perante a situação de dependência do seu familiar.

As necessidades instrumentais são uma das maiores preocupações de quem cuida, uma vez que certos equipamentos (como uma cadeira de rodas, uma cama articulada, uma base de chuveiro adequada ao grau de dependência) bem como uma estruturação do lar adequada (com diminuição das barreiras arquitectónicas) são facilitadores do cuidado no domicílio (Lopes, 2007; Augusto *et al.*, 2002).

As necessidades de orientação para cuidar do familiar no domicílio, prendem-se essencialmente com a dificuldade do cuidador em adaptar os cuidados à nova realidade domiciliar, pelo que é fundamental o acompanhamento pelos profissionais de saúde no domicílio. Pois como afirma Perlini & Faro (2005, p. 162), tem “de se considerar que muitas vezes, as orientações fornecidas no hospital são incoerentes e até impossíveis de serem realizadas no domicílio, em função das condições em que vivem”.

No que concerne, às necessidades financeiras, “a falta de recursos monetários é uma forte causa de angústia por parte da família” (Lopes, 2007, p.44).

As necessidades decorrentes da utilização dos serviços de saúde e sociais relacionam-se com a falta de conhecimento sobre os serviços existentes na comunidade, bem como a dificuldade em aceder aos mesmos. Para além disso, Lopes (2007) descreve ainda a falta de adaptação do apoio domiciliário às reais necessidades das pessoas dependentes.

Consideramos que uma preparação eficaz do regresso a casa é seguramente multi-profissional, contudo o EER pode ter um papel fundamental como formador da pessoa/família e como gestor de caso. O papel de gestão envolve, a avaliação inicial, a concretização do plano de cuidados e de coordenação dos resultados do mesmo (Rice, 2004). De seguida abordaremos o papel que o EER tem nesta temática, à luz de vários autores e do que os padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação preconizam.

2.1. O papel do Enfermeiro de Reabilitação

Toda a problemática da preparação do regresso a casa tem interesse para o EER na medida em que os vários aspectos que a comporta influênciam em larga escala o processo de reabilitação. Esta ideia é defendida também por Barreto (2008, pp.7-8), quando afirma que “a precocidade das altas, a envolvimento da família, as condições e a capacidade para o autocuidado, a motivação, a intervenção dos enfermeiros de reabilitação, as questões económicas, os acessos, os transportes, entre outros, são muitos dos factores que influênciam o processo de reabilitação”.

O papel do EER é de extrema importância, sendo que um dos seus objectivos na preparação deste processo passa por ajudar a pessoa/família a manter o máximo de independência e desempenho seguro nas AVD. Cabe ao EER definir conjuntamente com a pessoa doente/família as estratégias a implementar, os resultados esperados e as metas a atingir de forma a promover a autonomia e a qualidade de vida, e ao longo do internamento deve discutir e analisar o processo de cuidados de enfermagem de reabilitação com todos os intervenientes.

Tendo em vista o potencial máximo de cada pessoa, o EER deve conceber planos e programas estruturados em que é dada primazia a ensinar, instruir e treinar o doente e pessoas significativas sobre técnicas que promovem o auto cuidado e a continuidade de cuidados nos diferentes contextos (internamento ou domicílio) (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Está na capacitação de tarefas de cuidados pessoais diários o principal papel do EER. Apesar destas tarefas quotidianas serem consideradas como rotineiras para as pessoas saudáveis, podem tornar-se desafios extraordinários para as

peças com dependência e incapacidade cognitiva, motora ou sensitiva, pois não podemos esquecer que o simples acto, por exemplo, de arrumar-se e vestir-se podem alterar a forma de estar na vida, pois “contribuem para a apresentação do eu, tão necessário para viver num mundo social” (Delisa cit. por Barreto, 2008, p.129).

Durante o internamento os ensinamentos efectuados pelo EER devem ser globais e antecipar as necessidades pessoais de acordo com a realidade de vida, não devem ser limitativos para as necessidades básicas (como o autocuidado higiene) mas devem incluir as actividades instrumentais da vida diária (como realizar as tarefas domésticas, compras e gestão financeira etc...). Faro (2006, p.129), corrobora afirmando que uma das principais valências da enfermagem de reabilitação passa por “reintegrar à vida diária, chamando a atenção para as actividades do quotidiano fora da instituição”. Se o EER não conseguir obter uma caracterização real das condições habitacionais, não conseguirá prever as dificuldades que vão ocorrer aquando do regresso a casa e dificilmente poderá “apoiar adequadamente as pessoas sem uma compreensão abrangente dos seus problemas” (Barreto, 2008; Carvalhido & Pontes, 2009; Louro 2009, p.26).

Assim, é da responsabilidade do EER a identificação dos factores facilitadores/inibidores para a realização das AVD de forma independente e a identificação de barreiras arquitectónicas que influenciem a acessibilidade, quer seja durante a prestação de cuidados no internamento e/ou no domicílio através da observação das condições habitacionais.

Compreende-se que o papel do EER não se esgota no momento da alta, mas persiste para lá deste, no regresso ao domicílio. Como refere Andrade (2009, p. 105), “se durante o internamento hospitalar, todos os aspectos relacionados com a dependência da pessoa (...) assumem um carácter problemático, no momento da alta que, na maioria das vezes, se efectua de forma precoce, atingem um carácter ainda mais complexo, o que facilmente se justifica pela escassez de recursos na comunidade e pelas dificuldades sentidas pela família quando esta assegura o papel de cuidador”.

Segundo Leme (cit. por Andrade 2009, p. 106) “no domicílio apesar dos recursos materiais serem mais escassos, é também o lugar de eleição para o

enfermeiro reabilitar o indivíduo com maior grau de adequação à realidade, preparando-o para as necessidades de privação sensorial e para os obstáculos inerentes ao ambiente domiciliário e que raramente são reprodutíveis em ambientes de terapia de ambulatório.” Assim, o domicílio é o lugar de excelência para se fazer uma readaptação dos ensinamentos efectuados ao longo do internamento, tendo por base as condições do meio envolvente e as dificuldades que vão aparecendo no novo contexto (Barreto, 2008).

A intervenção do EER no domicílio, passa pela intervenção directa à pessoa dependente abrangendo o auxílio à família, especialmente ao cuidador principal. É importante ensinar a forma como este deve agir com a pessoa dependente para que seja um factor de promoção da autonomia e não um entrave ao processo de reabilitação.

Aquando do regresso a casa do doente, os familiares podem apresentar atitudes que dificultem ou facilitem a recuperação do seu familiar. Em alguns casos as atitudes favorecem o processo de reabilitação, através do incentivo à recuperação da independência, da estimulação da deambulação, da orientação do doente no tempo e no espaço entre outros cuidados de recuperação. Numa posição diametralmente oposta, foram identificadas famílias que não estimulavam a autonomia do doente, apresentando uma atitude supra protectora e um sentimento de autolimitação de toda a dinâmica familiar (Bocchi & Angelo, 2005). Como corrobora Felissíssimo & Sequeira (2007, p.31) “a família pode apoiar os esforços de reabilitação ou retardar o processo por negligência, superprotecção, e reforçando o papel de dependente”.

Segundo Delisa (cit. por Barreto, 2008, p.62) “está provado que o treino das pessoas com limitações funcionais, relativamente às suas actividades de vida diária, é mais eficiente quando efectuado nas condições reais da sua habitação”, permitindo ao EER fazer a adaptação do domicílio tornando-o o mais funcional possível, para a pessoa fazer face às suas necessidades de vida.

A adaptação do domicílio passa por uma reestruturação física, por forma a que, a pessoa com limitação funcional não se sinta em desvantagem no seu contexto real de vida. Entenda-se que desvantagem é definida como “uma situação danosa, associada às consequências dos obstáculos com que as

peças e os seus próximos se confrontam no quotidiano da vida, decorrentes de uma deficiência, de uma incapacidade ou de características particulares” (Hesbeen, 2002, p.43).

A pessoa com limitação funcional pode ou não estar em desvantagem, note-se que muitas vezes a imagem pessoal que a pessoa tem de si própria é diferente da percepção que há socialmente. É da competência do EER intervir estruturalmente no domicílio para que a pessoa não se sinta em desvantagem com o meio, mesmo que a imagem social reflecta uma percepção oposta.

Antes de qualquer intervenção pelo EER é importante que seja realizada uma avaliação diagnóstica precisa *in loco*, quer seja das capacidades funcionais da pessoa no momento que regressa a casa, quer seja uma avaliação ambiental. A avaliação da capacidade funcional passa por: uma avaliação das habilidades preservadas, das que estão prejudicadas mas podem ser restauradas e daquelas que foram perdidas; determinação das actividades que a pessoa pode exercer no seu ambiente; identificação dos recursos disponíveis e o nível de motivação apresentado pela pessoa/família. A avaliação ambiental inclui a observação do edifício, do mobiliário e do desempenho da pessoa/família das suas actividades de vida em contexto real (Andrade, 2009). Só depois de fazer uma correcta avaliação de todas as circunstâncias é que o EER pode intervir eficazmente.

De acordo com Barreto (2008, p.63), a intervenção do EER através das modificações físicas no meio ambiente “podem aumentar de modo significativo a independência nas AVD. Por vezes, pode bastar uma arrumação da mobília, enquanto noutras, pode implicar uma reestruturação profunda e devidamente planeada”.

A adaptação do domicílio para além de pretender melhorar a funcionalidade da pessoa/família pretende também a eliminação de riscos. O conhecimento das condições arquitectónicas (disposição da mobília, localização de tapetes, degraus, fontes de iluminação, etc.) permite ao EER fazer uma avaliação ambiental e reajustar a disposição dos vários elementos, tendo em vista a prevenção de quedas (Andrade, 2009).

Assim, a título conclusivo percebe-se que esta adaptação da casa deve ser um processo criterioso e sistemático, pensado de forma a eliminar barreiras arquitectónicas e barreiras provocadas pela disposição do mobiliário da casa, tendo em conta as características pessoais, os recursos económicos e de suporte que a pessoa possui, bem como os produtos de apoio existentes no mercado.

2.1.1. Utilização de produtos de apoio

De acordo com os padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação, a área dos produtos de apoio tem particular interesse para o EER, na medida em que é o profissional de saúde mais habilitado e preparado para seleccionar e prescrever os produtos de apoio que mais se adaptem à pessoa com incapacidade. Para além disso é também da competência do EER ensinar e supervisionar a utilização dos referidos produtos de apoio, tendo em vista a máxima capacidade funcional (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Os produtos de apoio são qualquer produto, instrumento, equipamento ou sistema técnico usado por uma pessoa deficiente, especialmente produzido ou disponível a este, que previne, compensa, atenua ou neutraliza a incapacidade (SNRIPD, 2002).

Segundo Barreto (2008, p.65) os produtos de apoio “não dizem respeito apenas aos dispositivos de alta tecnologia, mas também a utensílios simples e muitas vezes criativos, para facilitar certas actividades quotidianas como vestir-se, comer, tratar da higiene pessoal, etc.”

Apesar de comumente designar-mos estes dispositivos por “ajudas técnicas” actualmente nas áreas de investigação mais recente estes dispositivos têm vindo a ser referidos como “produtos de apoio” ou “tecnologias de apoio”, pelo que optámos pela terminologia mais actualizada.

No processo de preparação de regresso a casa da pessoa, tendo em vista o alcance do máximo de independência possível, poderá haver “necessidade de alguns dispositivos de compensação de forma a ultrapassar os compromissos funcionais” (Barreto, 2008, p.32). Segundo Barreto (2008, p.11) um dos

principais factores que influênciam a recuperação da autonomia da pessoa durante o regresso a casa é “o acesso às ajudas técnicas necessárias que impedem o indivíduo de realizar as suas actividades de vida diária, comprometendo a sua reabilitação e sobrecarregando o cuidador informal”.

Assim, é fundamental o EER perceber quais os produtos de apoio úteis em cada processo de reabilitação e informar o doente/família para que possam agilizar a sua aquisição por conta própria ou recorrendo ao apoio social. Note-se que para a prescrição destes dispositivos o EER deve atender à realidade de vida da pessoa e condições habitacionais. A prescrição de produtos de apoio, desfasadas do contexto de vida das pessoas, pode significar custos desnecessários para o SNS.

Existe actualmente uma grande diversidade de produtos de apoio, de várias tipologias, adaptáveis a uma grande variedade de défices e/ou funções. Estes podem ser englobados em categorias previamente definidas, como se pode facilmente constatar na análise da tabela 1.

Assim, “a grande questão que se põe ao enfermeiro de reabilitação é a escolha sensata das ajudas técnicas tendo em conta a sua adequação, aderência do utente e as suas possibilidades económicas, e, fundamentalmente o treino do seu uso para que proporcionem uma efectiva melhoria da autonomia” (Barreto, 2008. p.66).

Tabela 1 - Classificação dos Produtos de Apoio existentes de acordo com a Organização Internacional de Normalização (ISO)

Tipologias dos Produtos de Apoio	
Auxiliares para Tratamento e Treino	ISO 03
Próteses e Ortóteses	ISO 06
Ajudas para Cuidados Pessoais e Higiene	ISO 09
Ajudas para a Mobilidade	ISO 12
Ajudas para Cuidados Domésticos	ISO 15
Mobiliário e Adaptações para Habitação e outros Locais	ISO 18
Ajudas para Comunicação, Informação e Sinalização	ISO 21
Ajudas para Manuseamento de Produtos e Mercadorias	ISO 24
Ajudas e Equipamentos para Melhorar o Ambiente, Ferramentas e Máquinas	ISO 27
Ajudas para Actividades Recreativas	ISO 30

A presença do EER no domicílio é fulcral, na medida em que possibilita que este aconselhe a utilização de produtos de apoio adequados ao meio em que a pessoa se insere. Para além disso, torna possível ensinar e supervisionar a sua utilização em contexto real.

Assim, por tudo atrás exposto consideramos que a realização da visita domiciliária como estratégia de intervenção, poderá trazer vantagens para o processo de reabilitação, permitindo ao EER ter uma ideia precisa das condições habitacionais da pessoa dependente, sugerir algumas adaptações estruturais na planta da casa, negociar modificações na rotina doméstica e prescrever produtos de apoio tendo por base as necessidades demonstradas em contexto real de vida.

3. A visita domiciliária

Embora durante muitos anos o paradigma do cuidar estava centrado no hospital, nas nossas origens e actualmente os cuidados domiciliários com o foco de atenção centrado na pessoa/família assumem um papel de destaque. Segundo Abrahão & Lagrange (2007, p. 152), “a prática de saúde no domicílio é tão antiga quanto a própria vida em sociedade e volta a ser vista como uma alternativa, mais humanizada e, ao mesmo tempo, com a possibilidade de um cuidado singular em um outro espaço que não seja o hospital.”

“Florence Nightingale defendeu, já à época, a importância de visitar os doentes no seu próprio ambiente, no seu domicílio. Acreditava que, conhecendo o ambiente envolvente, poderia adequar os cuidados de enfermagem às necessidades identificadas garantindo-lhes, assim, maior eficácia” (Louro, 2009, p.50).

De acordo com Duarte (2007, p.20) “...os cuidados domiciliários constituem um espaço que permite construir uma intervenção baseada no trabalho em equipa, utilização de tecnologias relacionadas com a criação de vínculos, e a integralidade e sistematização das acções, visando, sobretudo a prestação de cuidados de qualidade”.

Abrahão & Lagrange (2007), defendem que os cuidados domiciliários envolvem acções de promoção da saúde, prevenção, tratamento de doenças e respectiva reabilitação destas. Consideram ainda que estes cuidados comportam um conjunto de acções que abrangem principalmente o aspecto educacional e priorizam as orientações para o autocuidado.

A assistência domiciliar é uma modalidade assistencial que se coloca cada vez mais presente na nossa realidade. Segundo Azevedo (2010, p.49), “cada vez mais, os cuidados de saúde necessitam de uma extensão para além de um mero episódio de doença (...)”, através de acompanhamento no domicílio por profissionais especializados que dêem continuidade ao cuidado prestado em ambiente hospitalar.

Em Portugal, nos termos da alínea d) do Artigo 83º do Código Deontológico dos Enfermeiros – Dec. Lei nº 104/98 de 21 de Abril, actualizado pela Lei nº

111/2009 de 16 de Setembro, é um dever dos enfermeiros o assegurar da continuidade de cuidados, seja em contexto institucional ou domiciliário, como forma de corresponder ao direito dos doentes ao cuidado. A existência de cuidados domiciliários respondem a um direito de igualdade no acesso de cuidados de saúde contemplado no SNS, que visa promover a qualidade de vida dos cidadãos (Gonçalves, 2008).

Os serviços de saúde e sociais reforçam que a actividade dos enfermeiros de cuidados domiciliários deve desenvolver-se de acordo com os seguintes princípios (Ministério da Saúde cit. por Gonçalves 2008, p.78):

- ✓ “Prevenção da dependência;”
- ✓ “Promoção da autonomia;”
- ✓ “Reconhecimento da dignidade e dos direitos sociais das pessoas em situação de dependência;”
- ✓ “Prioridade à permanência no meio habitual de vida;”
- ✓ “Coordenação das políticas de saúde e de acção social;”
- ✓ “Reforço das parcerias locais.”

A visita domiciliária constitui um cuidado prestado no contexto real de vida da pessoa para que possa atender aos objectivos atrás expostos, deve ser uma actividade bem planeada, sistematizada e constantemente avaliada (Quaresma, 2008). Apesar do seu carácter sistemático e planeado, alguns dos objectivos traçados podem ser alterados de acordo com a realidade encontrada, mas de um modo geral alguns parâmetros devem ser tidos em consideração (Abrahão & Lagrange, 2007):

- ✓ Implementar acções educativas, esclarecendo dúvidas que surjam;
- ✓ Elaborar um diagnóstico provável da situação;
- ✓ Identificar os recursos materiais e humanos da família;
- ✓ Determinar soluções possíveis;
- ✓ Encaminhar para outras áreas de intervenção, caso se mostre adequado;
- ✓ Prever visitas posteriores, dando seguimento ao caso se necessário;

- ✓ Utilizar uma linguagem clara durante a abordagem com a pessoa/família;
- ✓ Proporcionar um ambiente sem constrangimentos que possibilite a exposição dos problemas de saúde vividos pela família;
- ✓ Observar o meio ambiente, identificando possíveis riscos à saúde;
- ✓ Observar as reacções das pessoas frente aos problemas e necessidades de saúde;
- ✓ Registrar de forma clara a avaliação da visita efectuada.

A visita domiciliária constitui uma estratégia de intervenção que garante a continuidade de cuidados “permitindo uma maior integração entre as acções que acontecem no domicílio e as que ocorrem no interior dos serviços de saúde. É uma estratégia fundamental para a construção de um sistema de saúde realmente único e integral.” (Abrahão & Lagrange, 2007, p. 170).

Note-se que a prática desta estratégia de intervenção requer um profissional habilitado e com competências específicas para realizar o ensino e treino das AVD que visem a promoção do autocuidado, pois como refere Barreto (2008, p.45) “tem sido reconhecida a vantagem do contexto domiciliário como factor facilitador do treino das actividades de vida diária, tendo em conta o ambiente familiar, os recursos existentes e a motivação do utente.” Estas competências compreendem a esfera de actuação do EER, pelo que consideramos ser um profissional adequado para realizar a visita domiciliária.

Para além da intervenção directa na pessoa dependente tendo em vista ganhos de autonomia e de acordo com Nogueira & Serpa (cit. por Leitão & Freitas, 2007) são definidos como objectivos da visita domiciliária também: orientar e educar um ou mais membros da família para a prestação de cuidados no domicílio e supervisionar os cuidados delegados à família. Assim, a visita domiciliária fundamenta-se no princípio de que todas as actividades de enfermagem junto da família têm o objectivo essencialmente educativo, e por tal tem a finalidade de auxiliar a família a ajudar-se a si mesma (Leitão & Freitas, 2007). De acordo com Quaresma (2008), podemos considerar a visita domiciliária um instrumento de intervenção fundamental na estratégia de saúde da família, pois permite observar e compreender parte da dinâmica das relações

familiares. “As visitas domiciliárias facilitam o conhecimento mais exacto sobre a estrutura familiar, o ambiente natural e habitacional e dos comportamentos neste ambiente. Surge a oportunidade de identificação de barreiras e recursos existentes para atingir os objectivos realistas para a promoção da saúde” (Ferraz, 2003, p.53).

Segundo Abrahão & Lagrange (2007, p. 162) “a visita domiciliária tem vantagens trazidas pela aproximação com o meio ambiente do grupo familiar, tornando mais fácil o planeamento das acções de saúde; estreita o relacionamento com a equipa de saúde, devido à acção ser menos formal; possibilita maior liberdade para conversar sobre problemas.”

Os mesmo autores afirmam (2007), que não se deve iniciar uma visita domiciliária com um modelo de realidade pré-concebido. “Devemos estar abertos a captar a verdade daquela realidade única a ser visitada, e não a verdade que acreditamos ou queremos ver” (Abrahão & Lagrange, 2007, p.168).

Como corrobora (Veríssimo e Moreira, 2004; Rice, 2004; Louro, 2009; Albuquerque & Bosi 2009) a visita domiciliária é um instrumento fundamental, para a abordagem dos problemas e necessidades da pessoa/família, tendo em conta um conjunto de pressupostos:

- ✓ Ser centrada no alvo dos cuidados;
- ✓ Ser perspectivada de uma forma holística;
- ✓ Ser personalizada;
- ✓ Promover a reabilitação, tendo em vista a reintegração na comunidade e maior autonomia possível;
- ✓ Respeitar os princípios éticos e deontológicos.

Considerando que “o desenvolvimento das capacidades do indivíduo para realizar tarefas de cuidado pessoal e domésticas, é de fundamental importância para o seu bem-estar psicológico, social e financeiro, com evidentes repercussões na família e sociedade” e que “está provado que o treino das pessoas com limitações funcionais, relativamente às suas actividades de vida diária, é mais eficiente quando efectuado nas condições reais da sua habitação”, percebe-se as vantagens da visita domiciliária levada a cabo pelo EER com repercussões positivas no processo de reabilitação (Delisa, cit. por Barreto,

2008. p.62). Cerqueira (2005) corrobora referindo que a melhor maneira de ensinar as pessoas/cuidadores é executando as actividades com elas, na situação real do domicílio.

Para além de todas as vantagens que diferentes autores enunciam, Nogueira & Serpa (cit. por Leitão e Freitas, 2007, p. 15-16), refere que a visita domiciliária apresenta as seguintes limitações:

- ✓ É um método relativamente caro, comparado com outros, pois depende da utilização de pessoal treinado e, muitas vezes requer transporte;
- ✓ Apresenta pouca eficácia em relação a outros métodos, pois é gasto muito tempo não só na execução da visita, como também na deslocação do profissional e, posteriormente, na avaliação da mesma.

Parte II – Metodologia

Segundo Fortin (2009), é através dos processos metodológicos que se precisa como o fenómeno objecto de estudo vai ser planeado, bem como as actividades que permitem a sua realização.

1. Da Problemática à Questão de Investigação

Como constatamos na contextualização teórica deste trabalho, o facto de a doença ou descompensação de processo crónico aparecer subitamente, provoca alterações ao nível da independência do doente e desequilíbrios na família, exigindo durante todo processo de recuperação a compreensão, aceitação, e rápida adaptação das várias partes para lidar com a situação.

O facto da doença neurológica ocorrer normalmente de forma abrupta, e afectar frequentemente pessoas activas, com um papel importante na dinâmica familiar e na sociedade, que se vêem inesperadamente limitadas e dependentes, impõe a necessidade dos serviços de saúde criarem modelos de intervenção que permitam o restabelecimento da independência destas, da forma mais célere possível, num ambiente real.

Verificamos que o processo de preparação do regresso a casa, engloba um conjunto de processos transacionais que o EER deve ter em atenção, de forma a agir como agente facilitador de todo o processo, obtendo assim os melhores resultados.

Para além do EER intervir junto da pessoa/família no sentido de potenciar a sua capacidade funcional durante o internamento, este também possui competências na adaptação do domicílio. A adaptação do domicílio e a utilização de produtos de apoio adequados a cada situação é uma competência do EER, pois este tem um papel preponderante no desenvolvimento/manutenção do máximo grau de autonomia da pessoa.

De acordo com Barreto (2008, p.8), “para explorar e otimizar o potencial que o utente apresenta, no sentido de promover a sua máxima independência possível, considero ser crucial fazer as necessárias e possíveis adaptações físicas no domicílio para que este constitua uma válida e decisiva unidade física e humana de reabilitação”.

Uma das possibilidades que o EER tem para intervir é a visita domiciliária antes da pessoa ter alta da unidade de internamento, pois permite-lhe conhecer a realidade que a pessoa dependente irá enfrentar no seu regresso a casa, num primeiro momento. Consideramos também importante que a visita domiciliária

seja realizada após a alta, permitindo ao EER perceber as dificuldades que a pessoa dependente e sua família sentiram *in loco*, dando resposta a estas dificuldades através da implementação de estratégias adaptativas, e propondo a utilização de produtos de apoio.

Atendendo que cada vez mais se preconiza: a importância de um regresso a casa precoce; a recuperação da pessoa dependente no domicílio; a racionalização dos meios que constituem os cuidados de saúde, através de uma maior rentabilização dos seus profissionais e a optimização da partilha de informação entre os vários constituintes desta rede de cuidados, elaboramos um modelo de intervenção que pretende promover o acompanhamento da pessoa dependente ao longo do internamento e no regresso a casa pelo mesmo EER, promovendo a intervenção deste através da visita domiciliária.

Através da utilização dos conhecimentos obtidos pelo EER da capacidade da pessoa dependente, ao longo do internamento, e do conhecimento privilegiado das condições habitacionais da pessoa dependente (através de uma visita domiciliária prévia, caso se demonstre necessária), esta metodologia de intervenção permite que na visita domiciliária após a alta, o EER consiga avaliar rapidamente as necessidades da pessoa dependente e da sua família, e dar respostas concretas que permitam ultrapassar as dificuldades sentidas, através de estratégias adaptativas.

Consideramos que quando se põe em prática uma nova tipologia de intervenção é de extrema importância a avaliação da sua efectividade em vários níveis. Face à problemática exposta, consideramos relevante num primeiro estudo avaliar as percepções obtidas pela pessoa receptora de cuidados neste cenário, tendo sempre presente o papel de relevante importância do EER no processo de preparação do regresso a casa, e no acompanhamento da adaptação do domicílio à pessoa em desvantagem.

Definimos então de seguida a questão de investigação, considerando que esta deverá ser uma interrogação explícita, clara e inequívoca relativa ao domínio que pretendemos explorar, de forma a obter novas informações (Fortin, Côté & Fillion, 2009).

Quais as percepções obtidas pela pessoa receptora dos cuidados, na realização da visita domiciliária (para readaptação dos treinos do autocuidado nas AVD realizado no internamento) a partir de um serviço de neurocirurgia?

1.1.Objectivos da Investigação

De acordo com Fortin, Côté & Fillion (2009, p.52) depois de formulado o problema deve-se definir claramente o objectivo da investigação, uma vez que este “pertence a uma ordem mais geral: é dele que decorrem as questões que serão colocadas”.

Assim, tendo em conta a problemática em estudo a que nos propusemos investigar, pretendemos contribuir para a compreensão das envolvências do regresso a casa do doente após a alta de um serviço de neurocirurgia, em especial do impacto da visita domiciliária do EER do serviço de neurocirurgia no processo de readaptação da pessoa receptora dos cuidados. Neste sentido, definimos para este estudo, os seguintes objectivos:

- ✓ Quantificar o nível de preparação para regressar a casa, percebido pela pessoa receptora de cuidados, no momento da alta;
- ✓ Quantificar o nível de pertinência percebido pela pessoa receptora de cuidados, acerca da informação recebida para a promoção dos autocuidados, durante o internamento;
- ✓ Conhecer a avaliação que a pessoa receptora de cuidados faz do treino dos autocuidados prestado, durante o internamento;
- ✓ Quantificar a influência da informação em formato papel na adaptação da pessoa receptora de cuidados;
- ✓ Recolher as sugestões identificadas pela pessoa receptora dos cuidados sobre a preparação do regresso a casa efectuada durante o internamento;

- ✓ Quantificar a influência da visita domiciliária influenciou na capacidade da pessoa receptora dos cuidados se autocuidar no domicílio, segundo a perspectiva da mesma;
- ✓ Quantificar a influência da visita domiciliária influenciou na adaptação da casa da pessoa receptora dos cuidados, segundo a perspectiva da mesma;
- ✓ Quantificar a influência dos treinos de AVD no domicílio na capacidade da pessoa receptora dos cuidados se autocuidar, segundo a perspectiva da mesma;
- ✓ Quantificar a influência da visita domiciliária nos conhecimentos do prestador de cuidados, segundo a perspectiva da pessoa receptora dos cuidados;
- ✓ Recolher as sugestões identificadas pela pessoa receptora dos cuidados sobre a realização da visita domiciliária.

2.Desenho da Investigação

“Definidos os objectivos, é-se conduzido a precisar os conceitos que serão estudados, a população alvo e a informação que se deseja obter” (Fortin, Côté & Fillion, 2009, p.52).

“Importa sublinhar que a obtenção da informação necessária para responder à questão de investigação assenta na escolha do desenho apropriado e do percurso ordenado das etapas que este comporta” (Fortin, Côté & Fillion, 2009, p.237).

De forma a dar resposta aos objectivos propostos, tivemos a necessidade de optar por uma metodologia de estudo de cariz misto, onde incluímos primordialmente uma análise de natureza quantitativa, de forma a obtermos um conjunto de dados numéricos susceptíveis de serem comparados entre os vários constituintes da amostra e com futuros estudos.

Incluímos ainda neste estudo algum cariz qualitativo, na medida em que pretendemos que os participantes do estudo tenham a possibilidade de alargar os horizontes da investigação, através da recolha das suas sugestões, permitindo assim “uma compreensão alargada dos fenómenos” (Fortin, Côté & Fillion, 2009, p.27).

Uma investigação qualitativa é sempre um trabalho de colaboração, uma vez que tem como princípio o facto dos indivíduos em estudo serem considerados informantes participantes, em vez de sujeitos objectivados (Bogdan & Biklen, 1994).

“Muitas vezes, os métodos de investigação quantitativa e qualitativa são complementares, porque acontece que os tipos de conhecimento que eles permitem adquirir se complementam” (Fortin, Côté & Fillion, 2009, p.34).

Segundo a nova classificação defendida por Fortin, Côté & Fillion (2009), este estudo enquadra-se na tipologia de um estudo descritivo simples, uma vez que pretende conhecer a perspectiva da população sobre o modelo de intervenção proposto. “Os estudos descritivos visam obter mais informações sobre as características de uma população ou sobre fenómenos pouco estudados e sobre

os quais existem poucos trabalhos de investigação (...) o investigador estuda uma situação tal como ela se apresenta no meio natural, com vista a destacar as características de uma população, de compreender fenómenos ainda mal elucidados ou conceitos que foram pouco estudados” (Fortin, Côté & Fillion, 2009, p.236).

O desenho deste estudo foi construído com base na problemática levantada, orientado pela questão de investigação e pelos objectivos traçados.

2.1. População e Processo de Amostragem

Importa inicialmente, fazer a distinção entre população alvo e população acessível. “A população alvo é um conjunto de elementos que têm características comuns” (Fortin, Côté & Fillion, 2009, p.311), sendo a “população que o investigador quer estudar, e a propósito da qual deseja fazer generalizações. A população acessível é a fracção da população alvo que está ao alcance do investigador; pode estar limitada a uma região, uma província, uma cidade, um estabelecimento, etc.” (Fortin, Côté & Fillion, 2009, p.55).

Assim, a população alvo, neste estudo, é constituída pelas pessoas dependentes no processo de regresso a casa após alta de um serviço de neurocirurgia.

Na impossibilidade de aceder a toda a população, definimos como a população acessível deste estudo, as pessoas dependentes no processo de regresso a casa após alta do serviço de neurocirurgia do Hospital São João.

De forma a conseguir constituir uma amostra com as particularidades pretendidas, aplicamos o nosso modelo de intervenção durante 15 semanas, avaliando todos os indivíduos que se enquadrassem com o nosso estudo.

A amostra realizada é não probabilística, por conveniência na medida em que incluímos os indivíduos na amostra à medida que são internados, desde que respeitassem os critérios de inclusão definidos.

A amostra é não probabilística uma vez que “nem todos os elementos da população têm a probabilidade igual de serem escolhidos para fazer parte da amostra”, sendo desconhecida a sua representatividade na população (Fortin,

Côté & Filion, 2009, p.569). Gillins e Jackson (cit. por Fortin, Côté & Filion, 2009, p. 326) destacam os métodos não probabilísticos como sendo “particularmente apropriados para compreender certas actividades particulares de uma fracção da população”.

A amostra é por conveniencia, tendo em conta que a escolha dos participantes é realizada pelo facto de serem internados num determinado serviço, durante um determinado período de tempo. Como refere Fortin, Côté & Filion (2009, p.321), a amostra por conveniência “permite a escolha de indivíduos que se encontram “no local certo e no momento certo (...) ao mesmo tempo que respondem a critérios de inclusão precisos”.

Vilelas (2009, p. 247) corrobora com esta opinião quando refere que esta tipologia de amostra obtém-se “sem nenhum plano precedido, resultando as unidades escolhidas do produto das circunstâncias fortuitas”.

Definimos que os participantes deste estudo deverão ter os seguintes critérios de inclusão:

- ✓ Pessoa autónoma e independente nas AVD antes da ocorrência da doença neurológica. (Uma vez que no caso de existir uma dependência prévia, há a possibilidade da existência de adaptações já existentes no domicílio, bem como a existência de processos transacionais prévios que iriam influenciar os resultados obtidos);
- ✓ Pessoa dependente por doença neurológica residente no distrito do Porto; Reporta-se à área de influência do serviço (Uma vez que estava limitada a essa área a possibilidade de realização de visita domiciliária - Por exemplo: apesar do serviço, como centro altamente especializado, receber doentes das ilhas ou do algarve, era incomportável para o serviço e para os investigadores realizar visitas domiciliárias a locais tão distantes);
- ✓ Pessoa dependente por doença neurológica assistida através do modelo de intervenção por nós proposto neste trabalho (Uma vez que este foi o objecto do nosso estudo);

- ✓ Pessoa dependente por doença neurológica com alta do serviço para o domicílio (Pois por exemplo, no caso de no momento da alta o doente ingressar num unidade de internamento da RNCCI ou de um lar, não nos é possível acompanhar um futuro regresso a casa);
- ✓ Pessoa dependente por doença neurológica que aceite entrar no estudo, através da assinatura do consentimento informado, constante no Anexo I (No cumprimento dos requisitos etico-deontológicos imperativos na realização de um estudo como este que apresentamos).

Obtivemos assim uma amostra constituída por 10 elementos, submetida ao programa de intervenção que passo-mos a expor.

2.2 Programa de Intervenção

Sendo o nosso objectivo, avaliar as percepções obtidas pela pessoa receptora de cuidados acerca da visita domiciliária para treino de AVD, consideramos que seria impossível dissociar a visita domiciliária de todo o modelo de intervenção que é aplicado à pessoa a partir do momento em que esta é internada.

Tendo em conta que pretendíamos neste trabalho, que a visita domiciliária fosse realizada pelo EER que acompanhou a pessoa no internamento, durante o período de estágio prestamos assistência aos doentes do serviço de neurocirurgia, baseando-nos num modelo intervenção elaborado por nós em parceria com o serviço, modelo esse que passo a expor.

O modelo de intervenção implementado teve início com a admissão do doente. Ao longo dos primeiros dias de internamento, o principal objectivo foi o estabelecimento de uma relação de empatia com o doente e sua família bem como, realizar uma avaliação que permitisse identificar os défices apresentados pela pessoa.

Um dos objectivos deste modelo baseia-se na continuidade de cuidados, impedindo a ocorrência de uma quebra do processo de reabilitação no momento da alta, daí o EER acompanhar a pessoa em todo o processo como podemos verificar na imagem 2.

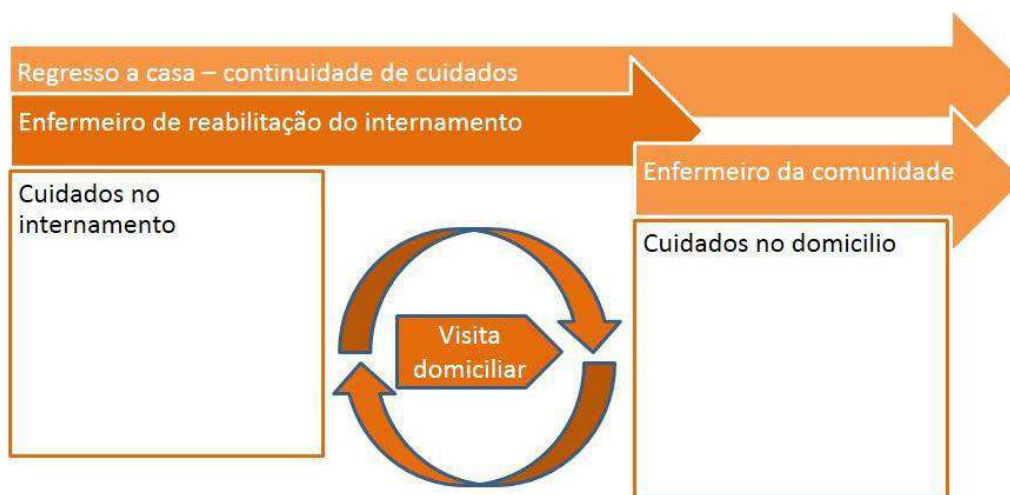


Imagem 2 - Diagrama de sistematização da continuidade de cuidados

O plano de preparação do regresso a casa teve início a partir do primeiro dia de internamento, com a recolha de informação acerca das condições habitacionais, e o estabelecimento de metas a atingir em conjunto com o doente e a família. De notar que cada programa teve que ser adaptado à pessoa alvo de cuidados e sua família, de forma a dar resposta às suas necessidades específicas.

O treino para as AVD foi realizado no serviço, e sempre que possível a família foi integrada, de forma a participar e conhecer a capacidade do doente, e aprender como deve lidar, de modo a disponibilizar apoio e não limitar o processo de reabilitação.

Criamos uma informação em formato papel (panfleto), que foi dada ao doente antes dos treinos das AVD, permitindo que este ficasse com uma fonte de informação que podia consultar a qualquer momento, e principalmente no domicílio caso surgissem dúvidas (Anexo II).

Nos casos em que consideramos necessário realizamos uma visita domiciliária durante o internamento, de maneira a melhor conhecer o domicílio do doente, propondo de antemão alguns ajustamentos para facilitar o processo de regresso a casa. A realização desta primeira visita antes da alta foi realizada no caso do doente e família não ter capacidade para explicar com precisão as

características do domicílio. Nos casos em que o EER conseguiu obter uma ideia precisa das características do domicílio, esta visita não foi realizada, sendo que as sugestões para a adaptação do domicílio foram realizadas no serviço, e posteriormente rectificadas nas visitas subsequentes.

Uma semana após a alta, foi realizada uma visita domiciliária para realizar treinos das AVD quando necessário (no caso da pessoa ter dúvidas, como por exemplo como tomar banho numa casa de banho específica), retirar dúvidas que tenham surgido durante a primeira semana no domicílio e ajustar os ensinamentos que foram realizados durante o internamento com vista a adapta-los ao contexto real de vida do doente. Nesta visita domiciliária tentamos, nos casos em que foi possível, conjugar com a visita do enfermeiro dos cuidados de saúde primários, de forma a transmitir uma ideia mais concreta da etapa da reabilitação em que a pessoa se encontra (imagem 3).

Tentativa de arranjar um momento comum com os vários intervenientes do processo de regresso a casa

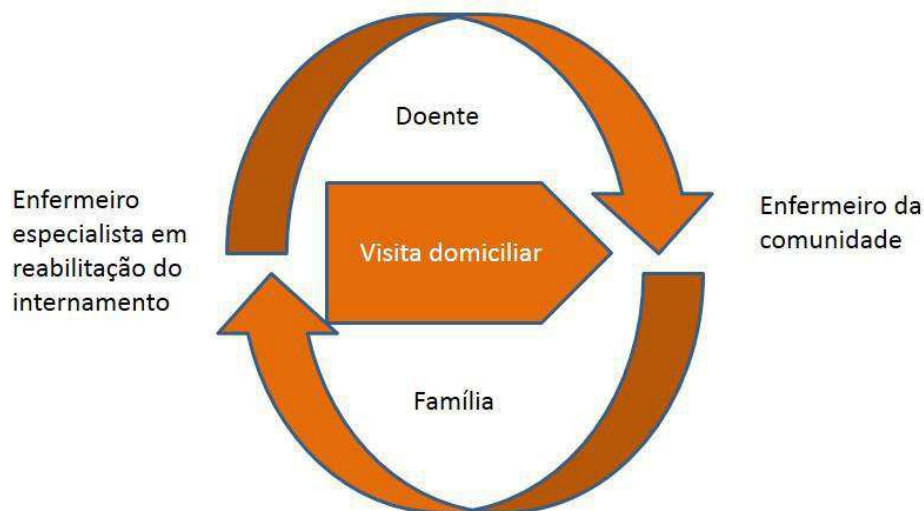


Imagem 3 - Participantes na visita domiciliária

A avaliação das percepções foi realizada através da aplicação do questionário numa segunda visita, cerca de 15 dias após a alta como é possível verificar na imagem 4 que sistematiza a nossa intervenção.

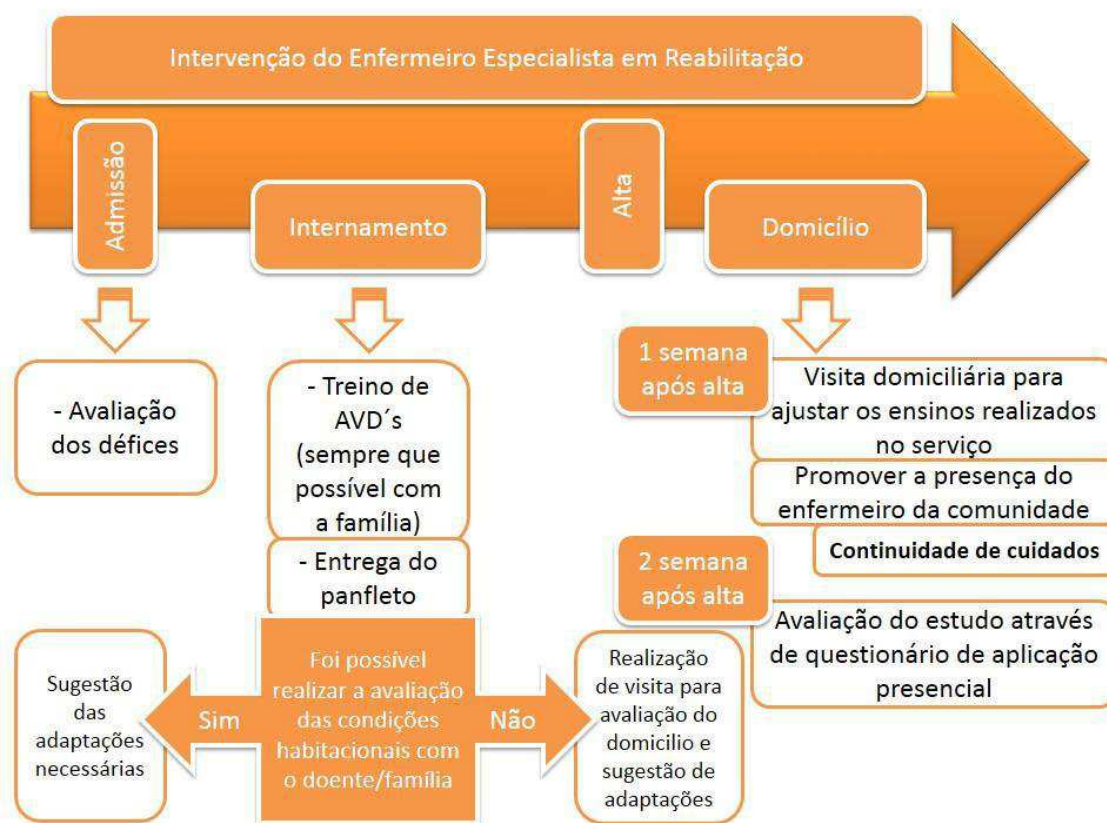


Imagem 4 - Sistematização do plano de intervenção

3.Recolha dos Dados

Considerando o objecto de estudo, a problemática e os objectivos definidos, optámos por utilizar como instrumento de recolha de dados o questionário. “O questionário tem por objectivo recolher informação factual sobre acontecimentos, (...), conhecimentos, sentimentos e opiniões” (Fortin, Côté & Filion, 2009. p.380). Pretendemos assim obter informação sobre os sentimentos e opinião que a pessoa formou, acerca do programa de intervenção implementado.

O questionário foi elaborado, tendo por base a revisão da literatura com o objectivo de “construir de um banco de questões que melhor se coadune com os objectivos da investigação” (Fortin, Côté & Filion, 2009. p.385).

Tendo em conta o questionário realizado, consideramos que este foi um questionário-entrevista (Anexo III) na medida em que foi preenchido por um assistente da investigação de forma presencial. (Vilelas, 2009).

O questionário está dividido em duas partes, sendo que a primeira parte contempla os dados para a caracterização sociodemográfica da amostra, e na segunda parte são apresentadas as perguntas de resposta fechada, através de uma escala numérica bipolar, adaptando o seu significado a cada pergunta, e por duas perguntas de resposta aberta que permitem ao respondente dar uma opinião livre acerca das sugestões a implementar. Optámos por utilizar uma escala numérica de forma a possibilitar a análise comparativa das respostas recolhidas (Fortin, Côté & Filion, 2009).

Para recolher fielmente os dados resultantes das perguntas abertas efectuadas, procedeu-se à gravação áudio destas com o devido consentimento dos participantes.

Realizamos um pré-teste do questionário, tendo em vista a optimização do instrumento de colheita de dados. “O pré-teste é a prova que consiste em verificar a eficácia do questionário junto de uma amostra reduzida da população alvo” (Fortin, Côté & Filion, 2009. p.386). “Esta etapa é sem dúvida indispensável, porque permite descobrir os defeitos do questionário e fazer as correcções que se impõe” (Fortin, Côté & Filion, 2009. p.386).

Após a análise do pré-teste realizado a duas pessoas com as características da nossa amostra, e em conjunto com os EER do serviço, concluímos que os dados recolhidos davam resposta aos objectivos propostos.

Optámos ainda por realizar uma observação não estruturada, na medida em que esta “permite uma maior flexibilidade, pelo seu carácter pouco constrangedor, criando uma maior liberdade na interpretação” (Fortin, Côté & Fillion, 2009, p.371).

A observação foi realizada durante a visita domiciliária, e foi utilizada pelo investigador apenas para expôr dados não mensuráveis para o estudo, mas que podem contribuir para a compreensão da temática em causa e das vivências percebidas.

4. Apresentação dos resultados

Através da aplicação do questionário-entrevista conseguimos recolher um conjunto de dados quantitativos, os quais foram submetidos a tratamento estatístico e um conjunto de dados qualitativos que foram apresentados sob a forma de tabela.

O tratamento estatístico dos dados foi realizado através de uma base de dados criada no programa informático SPSS®, sendo os gráficos e tabelas processados a partir do mesmo programa.

Optámos por apresentar a informação condensada sobre a forma de quadros e gráficos pois como refere Fortin, Côté & Fillion (2009, p.31), “os quadros e as figuras revestem-se de uma grande importância na síntese dos resultados, dado que permitem ao leitor uma consulta rápida e global”.

Cada gráfico está acompanhado por uma breve exposição dos resultados que apresenta, na medida em que segundo as mesmas autoras (Fortin, Côté & Fillion 2009) os quadros e gráficos devem ser precedidos por um texto que lhes enquadre e precise o conteúdo.

4.1 Caracterização sociodemográfica

A amostra deste trabalho é composta por 10 elementos, sendo que 80% da mesma foi constituída por indivíduos do sexo masculino (8 elementos), e os restantes 20% do sexo feminino (2 elementos), como podemos verificar na imagem 5.

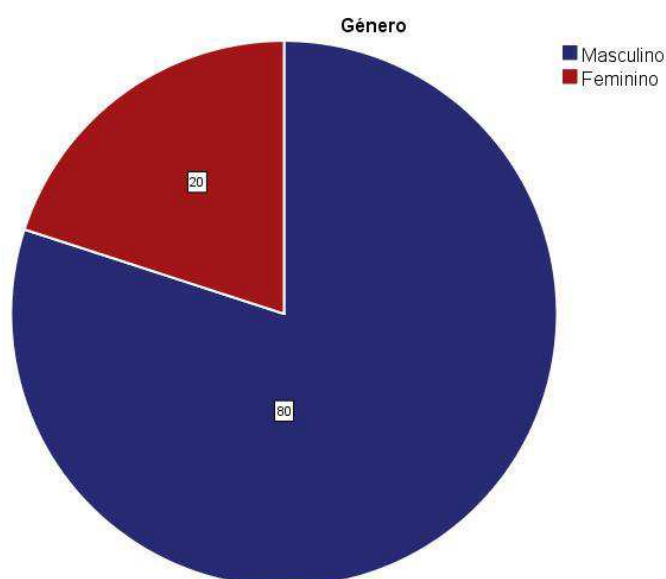


Imagem 5 - Distribuição do gênero, na amostra

Apresentando uma média de idades de 67 anos, o elemento mais novo da amostra tinha 23 anos de idade e o mais velho 80 anos. Analisando a tabela 2 verificamos que em relação à idade a nossa amostra apresentou um desvio padrão elevado (20,375 anos) o que significa que existiu uma grande dispersão dos valores. A moda nesta amostra pode ser considerada amodal uma vez que todos os constituintes da amostra apresentaram idades diferentes (sendo que a frequência de todas as idades é igual). Por fim através da análise dos percentis podemos concluir que a distribuição da nossa amostra apresenta-se mais concentrada nas idades mais elevadas, sendo que 25% da amostra tem idade superior a 77 anos e meio.

Tabela 2 – Análise estatística do parâmetro idade da nossa amostra

Idade	Statistics	
Mean	59,70	
Median	67,00	
Mode	23ª a. Multiple modes exist. The smallest value is shown	
Std. Deviation	20,375	
Minimum	23	
Maximum	80	
Percentiles	25	39,75
	50	67,00
	75	77,50

Na análise do estado civil (imagem 6) podemos verificar que a maioria da nossa população era casada (7 elementos), sendo que dos restantes elementos estudados 2 eram viúvos e 1 estava solteiros.

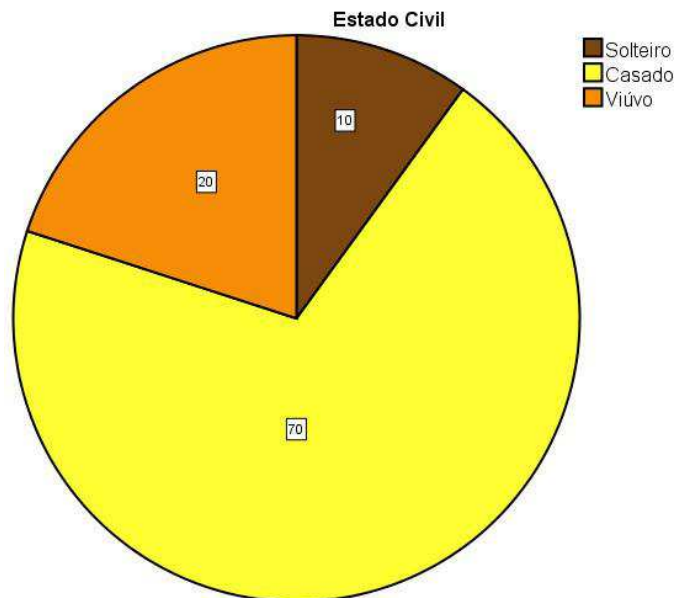


Imagem 6 – Distribuição do estado civil, na amostra

Em relação ao nível de instrução (imagem 7) podemos verificar mais uma vez uma grande dispersão de valores, sendo que a maior parte da amostra apresenta o ensino primário completo (3 elementos). Verificados que tanto as pessoas analfabetas como as pessoas com ensino primário incompleto e ensino secundário incompleto constituem 20% da nossa amostra, sendo que apenas 1 possui o ensino secundário completo.

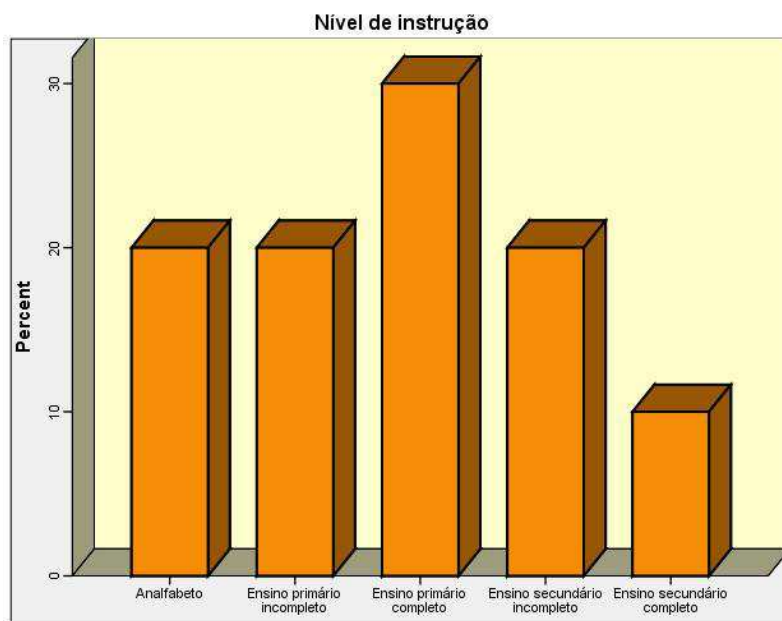


Imagem 7 – Distribuição do nível de instrução, na amostra

Por fim, avaliamos ainda o número de pessoas que constituem o agregado familiar de cada participante da amostra (imagem 8) onde constatamos que nenhum elemento da nossa amostra vivia sozinho. Verificamos que a maioria dos participantes da nossa amostra pertencia a um agregado de 4 pessoas (40%), seguidas de 3 elementos que pertencem a um agregado de 2 pessoas, e 2 elementos que apresentavam um agregado familiar de 3 pessoas. Os restantes 10% da nossa amostra (1 elemento) pertenciam a um agregado composto por 5 pessoas.

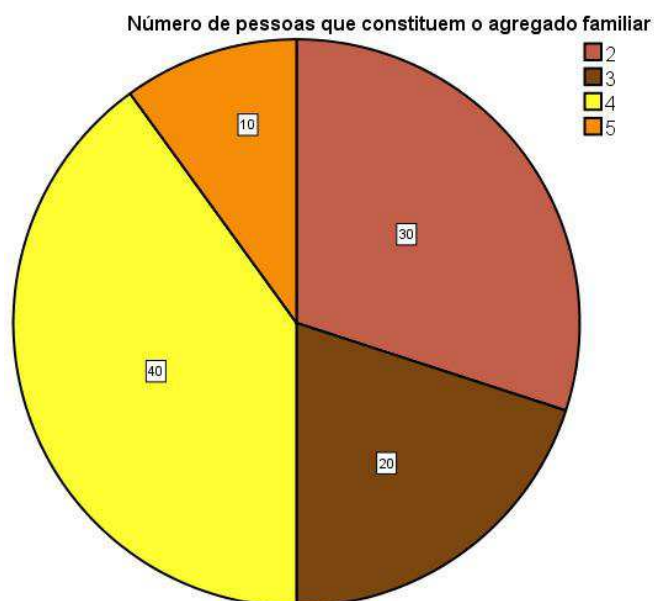


Imagem 8 – Distribuição do número de pessoas que constituem o agregado familiar, na amostra

4.2 Avaliação das Percepções Recolhidas

A primeira pergunta do questionário aplicado neste estudo centrou-se na avaliação realizada pelas pessoas constituintes da amostra acerca da pertinência da informação fornecida para a promoção dos autocuidados durante o internamento (imagem 9).

A resposta a esta pergunta foi realizada através de uma escala numérica de 1 a 5, em que o 1 corresponde à mais baixa pertinência e o 5 à pertinência mais elevada. Verificamos que metade da nossa amostra avalia a pertinência da informação fornecida no nível máximo de 5 enquanto 30% da nossa amostra (3 elementos) avalia a pertinência no nível 4. Os restantes 2 membros da amostra avaliaram a pertinência da informação no nível 3.

Como avalia a pertinência da informação fornecida para a promoção dos autocuidados durante o internamento em neurocirurgia S. João?

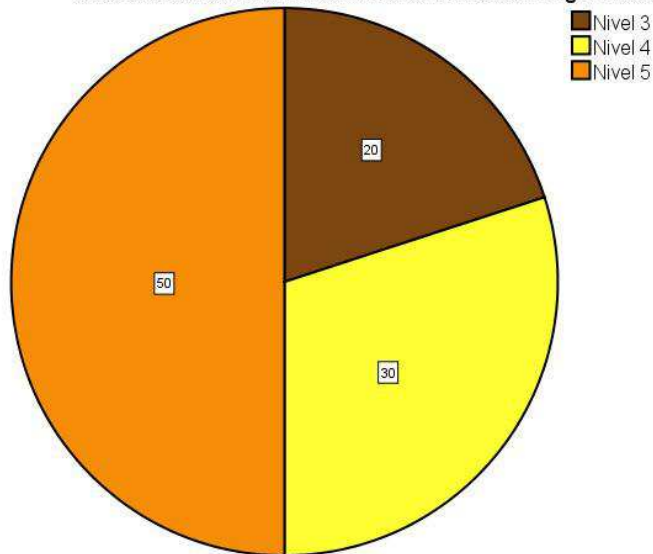


Imagem 9 – Distribuição da amostra relativa à avaliação da pertinência da informação fornecida para a promoção dos autocuidados durante o internamento em neurocirurgia S. João.

Na pergunta como avalia o treino dos autocuidados prestados durante o internamento (Imagem 10), 4 elementos da nossa amostra considerou no nível máximo (5) o treino dos autocuidados realizados no internamento, enquanto a restante amostra incluiu esses cuidados nos dois níveis que o precedem, 3 elementos no nível 4 e 3 elementos no nível 3.

Como avalia o treino dos autocuidados prestados durante o internamento em neurocirurgia S. João?

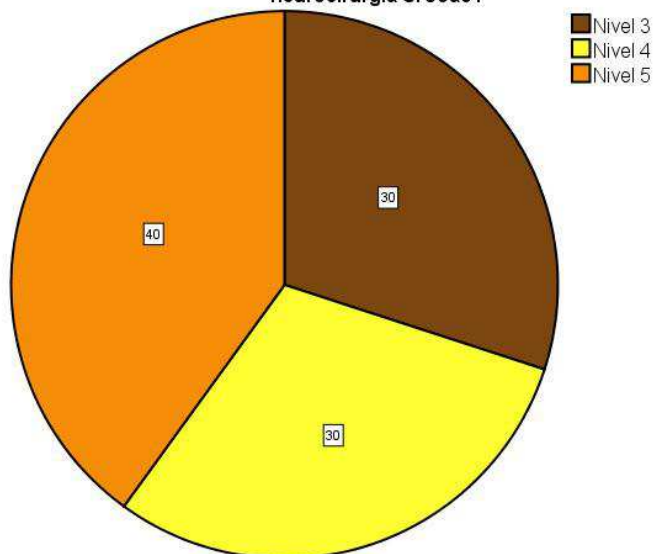


Imagem 10 - Distribuição da amostra relativa à avaliação que fez dos treino dos autocuidados prestados durante o internamento em neurocirurgia S. João

À pergunta que pretendia avaliar em que medida a informação fornecida em formato papel influenciou a adaptação da pessoa receptora de cuidados (imagem 11), obtivemos 3 elementos da amostra a classificar a sua influência no nível máximo, enquanto 4 elementos atribuíram o nível 4 à sua influência. A restante amostra distribuiu-se de forma uniforme pelos níveis 1, 2 e 3 (um elemento referiu cada um destes níveis).

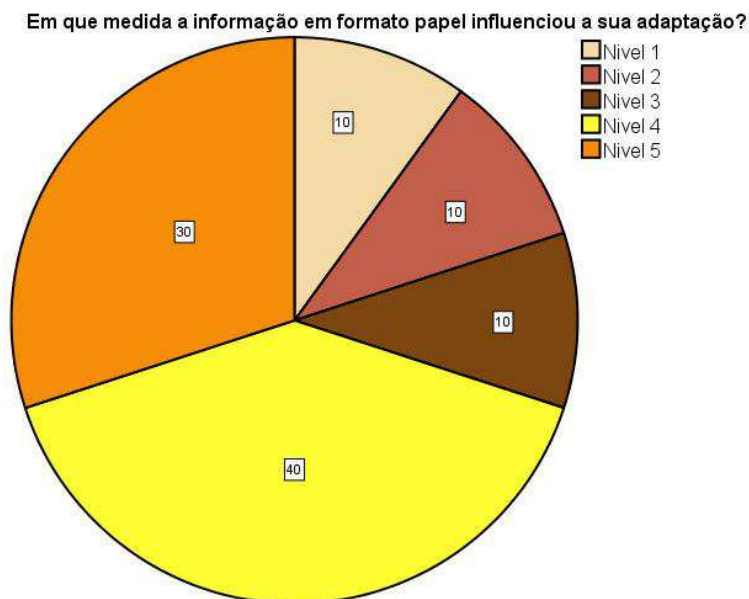


Imagem 11 - Distribuição da amostra sobre a influência que a informação em formato papel teve na sua adaptação.

Na última pergunta relacionada com o internamento de neurocirurgia pedimos às pessoas que constituíam a nossa amostra para classificarem em que nível de preparação para regressar a casa se posicionavam (imagem 12). Verificamos que metade da amostra se posiciona no nível 4, enquanto 4 elementos da amostra se coloca como estando no nível máximo de preparação. Os restantes elemento classificaram-se no nível 3.



Imagem 12 - Distribuição da amostra sobre o nível de preparação precepcionado para regressar a casa no momento da alta.

À pergunta “Na sua opinião em que medida a visita domiciliária influenciou a sua capacidade de se cuidar em casa?”, como verificamos através da análise da imagem 13, obtivemos 6 elementos a considerar a influência da visita domiciliária num nível máximo e os restantes 4 elementos da amostra a considerar a sua influência no nível 4.

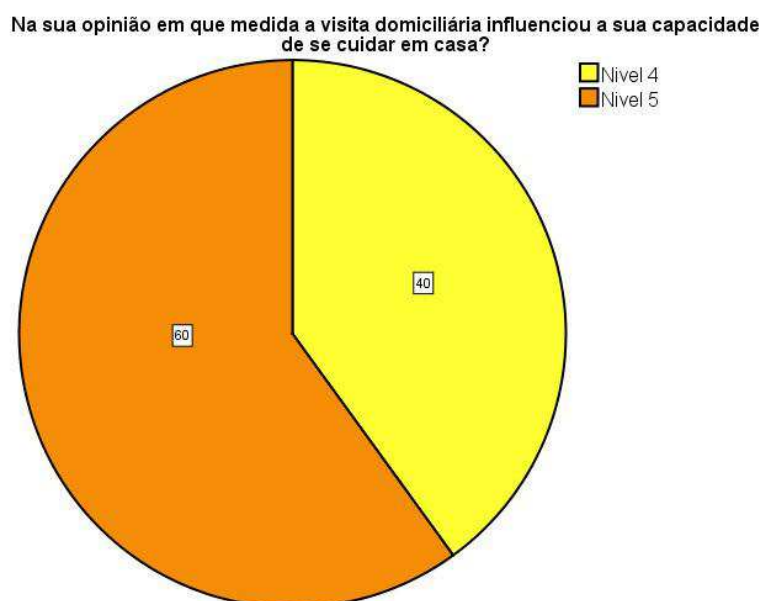


Imagem 13 - Distribuição da amostra sobre a influência da visita domiciliária na sua capacidade de se cuidar em casa.

Considerando a adaptação do domicílio (imagem 14), verificamos que 3 elementos da amostra identificou a visita domiciliária como tendo influenciado essa adaptação num nível máximo. Do restante grupo, 4 elementos atribuíram o nível 4 à influência da visita domiciliária sob a adaptação do domicílio, enquanto 2 atribuíram o nível 3 e 1 atribuiu o nível 2.

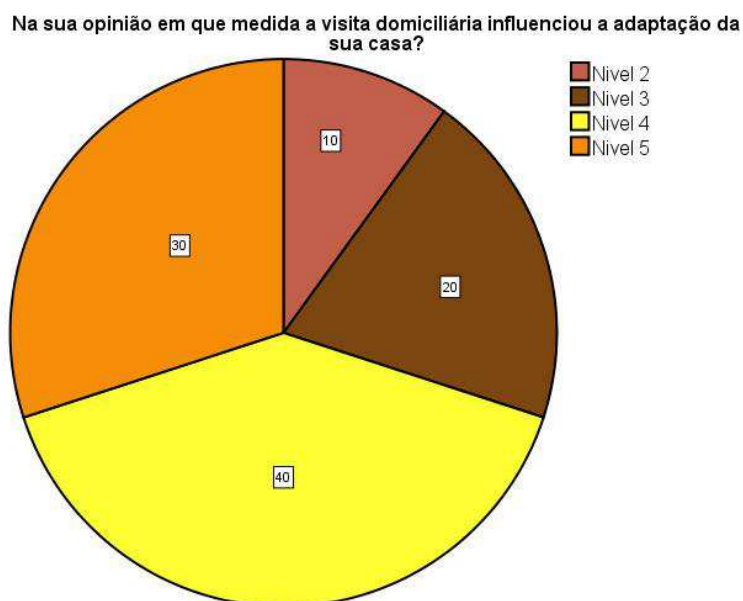


Imagem 14 - Distribuição da amostra sobre a influência da visita domiciliária na adaptação da casa.

No que diz respeito à capacidade de se autocuidar (imagem 15), 80% da amostra (8 elementos) atribuiu ao treino das AVD no domicílio um nível máximo de influência, sendo que os restantes 20% (2 elementos) atribuíram uma influência intermédia (nível 3).

Na sua opinião em que medida de o treino de AVD's no domicílio influenciou a sua capacidade de se cuidar?

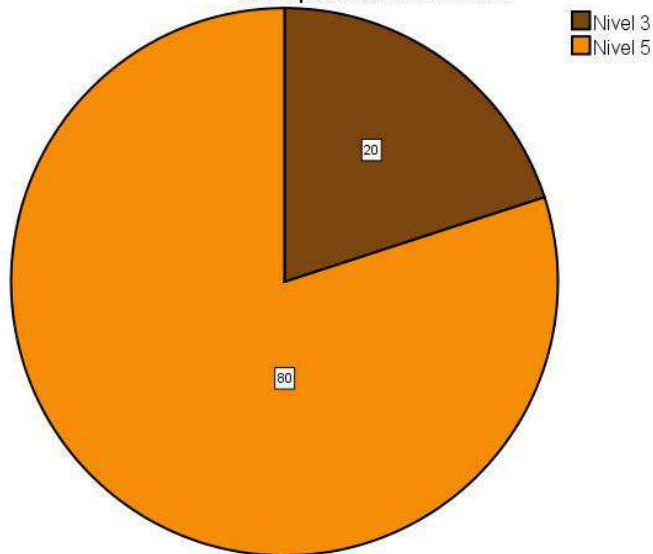


Imagem 15 - Distribuição da amostra sobre a influência que o treino das AVD no domicílio teve na capacidade da pessoa de se cuidar em casa.

Por fim, perguntamos ainda aos participantes, qual a influência da visita domiciliária nos conhecimentos prestados pela sua família (imagem 16), verificando que 5 dos elementos da amostra considerou que a visita teve um nível de influência máxima nos prestadores de cuidados, enquanto os restantes participantes atribuíram o nível 4 à influência dessa visita.

Na sua opinião em que medida a visita domiciliária influenciou os conhecimentos do seu prestador de cuidados?

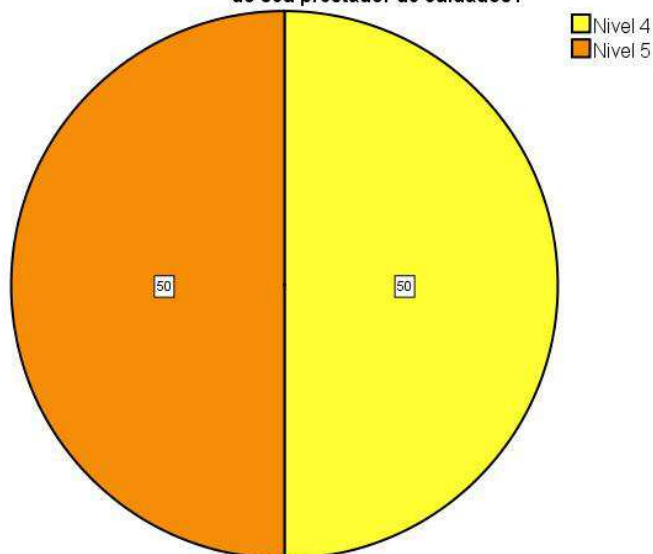


Imagem 16 - Distribuição da amostra sobre a influência da visita domiciliária nos conhecimentos do prestador de cuidados.

4.3 Dados recolhidos através de perguntas abertas

Optámos por transcrever na totalidade as respostas obtidas através das duas perguntas de resposta aberta, presentes no questionário-entrevista, uma vez que as respostas foram curtas e frequentemente dadas sobre a forma de tópicos.

As respostas obtidas foram integradas num quadro de forma a facilitar a análise das mesmas.

Em resposta à pergunta que solicitava sugestões para melhorar a preparação do regresso a casa, efectuada durante o internamento obtivemos as seguintes respostas (tabela 3):

Tabela 3 - Quais os aspectos que alterava na preparação do regresso a casa, efectuada durante o internamento?

Quais os aspectos que alterava na preparação do regresso a casa, efectuada durante o internamento?	
E1	<i>“Não alterava nada na preparação...”</i>
E2	<i>“A única coisa foi o conforto que podia ser melhor... por causa das obras...”</i>
E3	<i>“Nunca tive ideias de melhor ou de pior... eu estava lá para recuperar e fiquei bem...”</i>
E4	<i>“Não... estava tudo bom...”</i>
E5	<i>“Não tenho nada a acrescentar... foi tudo para eu melhorar”</i>
E6	<i>“Tudo muito bem... Não tenho que dizer...”</i>
E7	<i>“O único problema foi estarmos em contentores, pois não era tão agradável, mas os enfermeiros sempre foram incansáveis.”</i>
E8	<i>“Não pude treinar subir e descer escadas, porque o serviço só tinha aqueles dois degraus.”</i>
E9	<i>“A equipa foi incansável incentivando-me todos os dias para melhorar. ”</i>
E10	<i>“Tive lá muito tempo, queria era vir embora... Vocês ajudaram no que puderam.”</i>

A segunda pergunta aberta do questionário-entrevista questionava “Quais os aspectos que alterava nas visitas domiciliárias?” e obtivemos as seguintes respostas (tabela 4).

Tabela 4 - Quais os aspectos que alterava nas visitas domiciliárias?

Quais os aspectos que alterava nas visitas domiciliárias?	
E1	<i>“Não alterava nada, apenas talvez se fizessem a marcação à antecedência de um dia.”</i>
E2	<i>“Não... dentro dos possíveis vocês fizeram o que tinham a fazer, e os conselhos que me deixaram...”</i>
E3	<i>“Não alterava nada... Foi pró melhor...”</i>
E4	<i>“Não... Eu gostei... Não contava e fiquei todo contente”</i>
E5	<i>“Fui muito importante preocuparem-se comigo”</i>
E6	<i>“Pelo contrário... foi muito bom...”</i>
E7	<i>Doente - “Não alterava nada... Foi muito bom” Esposa – “Senti-me mais segura a tratar dele depois de o ver a andar cá em casa... quando ele veio do hospital tinha algum receio...”</i>
E8	<i>“Foi muito importante porque tenho muitas escadas e era difícil subir... o enfermeiro ajudou fazendo comigo. Estou mais a vontade desde essa altura...”</i>
E9	<i>“Já me sentia preparado quando voltei para casa, mas o enfermeiro vir cá dá sempre outra confiança.”</i>
E10	<i>“Foi bom virem cá para a minha senhora saber como é.”</i>

De forma a proceder a análise das respostas obtidas através das perguntas de resposta aberta, procedemos a análise das mesmas com o objetivo de extrair daí dados objectivos passíveis de ser analisados. Como refere Bardin (2007, p.33) “A análise de conteúdo aparece como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos”.

Procedemos em primeiro lugar a uma pré análise, através de uma leitura flutuante, onde emergiram algumas categorias principais (Não sugere alterações; Sugere melhorias; Elogio ao processo). Tal como Bardin (2007, p.56) afirma que “a partir de uma primeira «leitura flutuante», podem surgir intuições que convém formular” em categorias.

O nosso critério para a categorização foi a através da semântica criando como refere Bardin (2007) categorias temáticas.

As categorias formuladas formaram então “rubricas ou classes, que reúnem um grupo de elementos (unidades de registo) sob um título genérico” (Bardin, 2007, p.111). Ao longo de uma leitura mais cuidada das respostas fomos aprofundando a temática dessas categorias alocando a estas, subcategorias de forma a uma análise mais concreta e resultados mais precisos. Partimos assim “do geral para o particular” (Bardin, 2007, p.56).

Todas as categorias e subcategorias foram confirmadas através da conjugação destes a uma ou mais unidades de registo. As unidades de registo são unidades “de significação a codificar e corresponde a um segmento de conteúdo”(Bardin, 2007, p.98). Optámos por utilizar o tema como base para as nossas unidades de registo, pois como refere Bardin (2007, p.99) o “tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente do texto...recortando-o em ideias” referindo ainda que este é “é geralmente utilizado como unidade de registo para estudar motivações de opiniões” (Bardin, 2007, p.99).

Por fim, definimos o modo de contagem mais adequado para a análise dos nossos dados, concluindo que este seria através da frequência. A frequência é a medida mais geralmente utilizada... sendo que a importância de uma unidade de registo aumenta com a sua frequência (Bardin, 2007).

De forma a apresentar os dados de uma forma sistemática e precisa, optámos pela concentração destes nas tabelas que se seguem, sendo que a tabela 5 refere-se à análise da pergunta “Quais os aspectos que alterava, na preparação do regresso a casa, efectuada durante o internamento em neurocirurgia S. João?” e a tabela 6 refere-se à análise da pergunta “Quais os aspectos que alterava nas visitas domiciliárias?”.

Tabela 5 – Análise de conteúdo das respostas à pergunta “Quais os aspectos que alterava, na preparação do regresso a casa, efectuada durante o internamento em neurocirurgia S. João?”

Categoria	Subcategorias	Unidades de registo	Frequência
Não sugere alterações		<ul style="list-style-type: none"> ○ E1 “<i>Não alterava nada</i>” ○ E3 “<i>Nunca tive ideias de melhor</i>” ○ E4 “<i>Não... estava tudo bom...</i>” ○ E5 “<i>Não... estava tudo bom...</i>” ○ E6 “<i>Não tenho que dizer...</i>” 	5
Sugere melhorias	<ul style="list-style-type: none"> • Melhorar o conforto 	<ul style="list-style-type: none"> ○ E2 “<i>única coisa foi o conforto que podia ser melhor</i>” ○ E7 “<i>O único problema foi estarmos em contentores, pois não era tão agradável</i>” 	2
	<ul style="list-style-type: none"> • Melhoria das condições de treino 	<ul style="list-style-type: none"> ○ E8 “<i>o serviço só tinha aqueles dois degraus</i>” 	1
	<ul style="list-style-type: none"> • Tempo de internamento 	<ul style="list-style-type: none"> ○ E10 “<i>Tive lá muito tempo</i>” 	1
Elogio ao processo	<ul style="list-style-type: none"> • Elogio aos enfermeiros 	<ul style="list-style-type: none"> ○ E7 “<i>enfermeiros sempre foram incansáveis</i>” 	1
	<ul style="list-style-type: none"> • Elogio a equipa 	<ul style="list-style-type: none"> ○ E9 “<i>A equipa foi incansável</i>” 	1

Na análise à tabela 5 podemos verificar que a categoria “não sugere alterações” é a categoria com a frequência mais alta (5 vezes) seguida da categoria “sugere melhorias” com um total de 4 referências num combinando de três temáticas (Melhoria do conforto, melhoria das condições de treino e do tempo de internamento) e por último a categoria “elogio ao processo” com duas referências num combinado de duas temáticas (elogio aos enfermeiros e a de elogio à equipa).

Através da análise à tabela 6 podemos verificar que a categoria “elogio ao processo” é a categoria com a frequência mais alta com dez ocorrências incluindo duas na subcategoria “Aumento da segurança do doente” e uma ocorrência em cada uma das outras duas subcategorias (treino no domicílio e influência no prestador de cuidados). De seguida, obtivemos a categoria “não sugere alterações” com um total de 4 referências e por fim a categoria “sugere

melhorias” com apenas uma ocorrência na subcategoria marcação com antecedência.

Tabela 6 - Análise de conteúdo das respostas à pergunta “Quais os aspectos que alterava nas visitas domiciliárias?”

Categoria	Subcategorias	Unidades de registo	Frequência
Não sugere alterações		<ul style="list-style-type: none"> ○ E1 “Não alterava nada” ○ E2 “Não...” ○ E3 “Não alterava nada” ○ E4 “Não...” 	4
Sugere melhorias	<ul style="list-style-type: none"> • Marcação com antecedência 	<ul style="list-style-type: none"> ○ E1 “se fizessem a marcação à antecedência de um dia” 	1
Elogio ao processo		<ul style="list-style-type: none"> ○ E3 “Foi pró melhor...” ○ E4 “Não contava e fiquei todo contente” ○ E5 “Fui muito importante preocuparem-se comigo” ○ E6 “foi muito bom...” ○ E7 “foi muito bom...” ○ E8 “Foi muito importante” 	6
	<ul style="list-style-type: none"> • Treino no domicílio 	<ul style="list-style-type: none"> ○ E8 “o enfermeiro ajudou fazendo comigo” 	1
	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento da segurança do doente 	<ul style="list-style-type: none"> ○ E7 “Senti-me mais segura” ○ E9 “dá sempre outra confiança” 	2
	<ul style="list-style-type: none"> • Influência no prestador de cuidados 	<ul style="list-style-type: none"> ○ E10 “Foi bom virem cá para a minha senhora saber como é” 	1

5. Análise e Discussão dos Resultados

Tendo por base a recolha de dados anteriormente apresentada, verificamos que as pessoas receptoras dos cuidados demonstram um elevado grau de aceitabilidade ao longo de todo o programa de intervenção aplicado.

No processo de preparação do regresso a casa iniciado no internamento é conferida uma especial importância à educação (ensinar, instruir e treinar) para a saúde da pessoa internada/família. Como corrobora Gonçalves (2008), uma informação estruturada sobre a forma adequada de prestar cuidados, traz benefícios para quem cuida e para quem é cuidado. Da análise dos dados colhidos ressalta a pertinência elevada percebida pelas pessoas internadas acerca da informação fornecida para a promoção dos autocuidados. Consideramos assim, que é fundamental continuar no desenvolvimento das práticas de enfermagem a valorizar a área da educação para a saúde de uma forma planeada e estruturada.

Para que a educação seja efectiva é importante que a pessoa/família, treine competências, ou seja, o enfermeiro deve observar na prática o resultado do seu ensino, fazendo os ajustes necessários. Para tal, é importante a pessoa dependente ao longo do seu processo de recuperação treinar constantemente as AVD, no sentido maximizar a sua independência, e nos aspectos que este requer suporte, o familiar cuidador deve ser chamado a intervir. Assim a família deve observar os cuidados a serem realizados pelo enfermeiro ao doente; ser chamada a colaborar com o enfermeiro nos cuidados, e por último ser capaz de executar estes cuidados sob a supervisão do enfermeiro (Nogueira, 2003).

A importância do treino dos autocuidados defendida por vários autores ao longo do nosso referencial teórico é confirmada pelos resultados obtidos neste estudo, uma vez que mais de três quartos das pessoas (8 elementos) classificaram a importância do treino de habilidades nos níveis 4 e 5. Contudo, verificamos também através dos dados recolhidos pelas perguntas abertas efectuadas, que houve o sentimento de que os treinos realizados no internamento por vezes distanciavam-se da realidade que a pessoa enfrenta

aquando do regresso a casa. É exemplo na entrevista 8 (E8) “Não pude treinar subir e descer escadas porque o serviço só tinha dois degraus”.

O programa de intervenção que delineamos incluiu a concepção de um panfleto que foi facultado à pessoa internada/família no sentido de complementar os ensinamentos efectuados e servir de suporte ao longo de todo o processo de reabilitação. Quando a pessoa regressa ao domicílio e surgem dúvidas, a consulta deste panfleto poderá ser um guia orientador das práticas. Gonçalves (2008, p.85) refere que os “folhetos informativos, poderão facilitar a compreensão (...) dos aspectos mais significativos a ter em atenção”. Petronilho (2006, p.146) realça também a importância de panfletos informativos como estratégia “facilitadora do processo de cuidados no contexto específico do domicílio”.

Globalmente o nível de importância atribuído ao panfleto facultado foi igualmente elevado, sendo que mais de dois terços da nossa amostra (8 elementos) quantificou no nível 4 e 5 a importância desta estratégia de educação para a saúde.

Um dado curioso que mereceu a nossa reflexão foi a relação deste parâmetro com o nível de instrução dos inquiridos (imagem 17). Apesar de já ser esperado que quanto maior o nível de instrução maior o nível de importância atribuído ao ensino em suporte papel, as pessoas analfabetas demonstraram uma oscilação de atribuição de importância entre o nível mínimo e o nível máximo. Assim, não podemos deixar de considerar o uso desta ferramenta também em pessoas analfabetas. De acordo com o que nos apercebemos em contexto clínico, muitas das vezes o panfleto constitui um suporte para o familiar cuidador e o receptor de cuidados, mesmo sendo analfabeto, identificou como benéfico o uso desta estratégia no seu processo de reabilitação, pois sentia mais confiança nos cuidados prestados sabendo que a família se guiava pelas orientações dadas pelos profissionais de saúde.

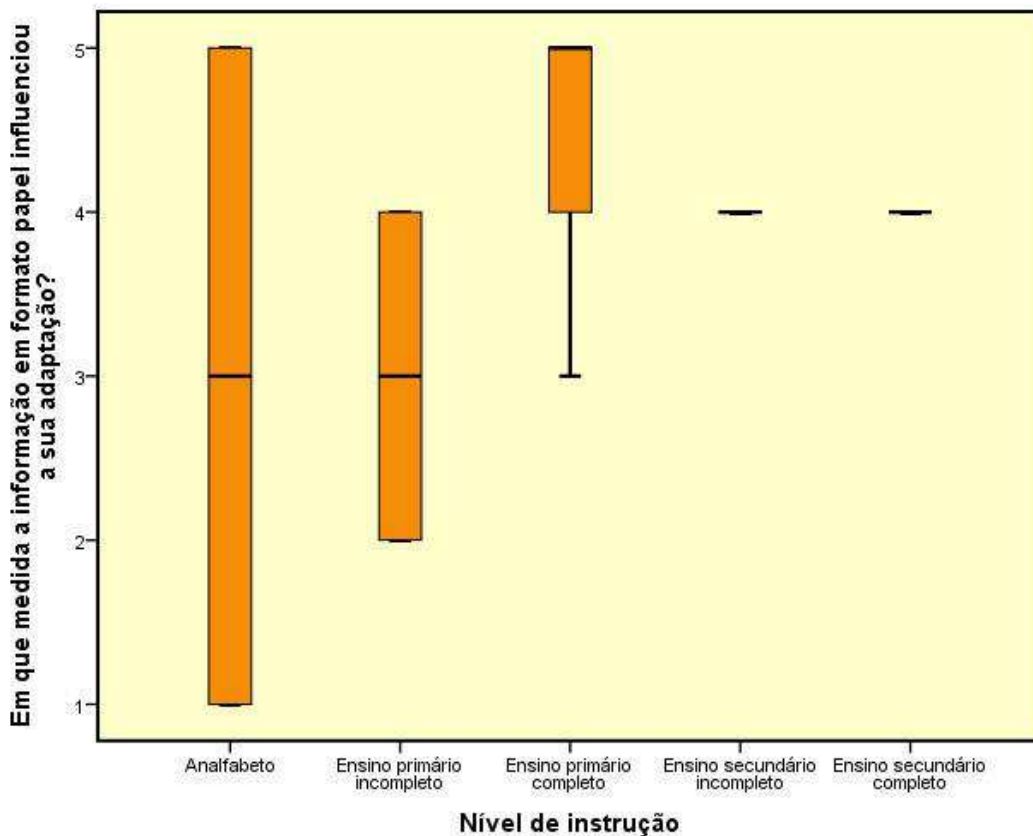


Imagem 17 – Associação entre o nível de instrução e a influência da informação em formato papel na adaptação da pessoa

Neste sentido, tal como refere Petronilho (2006, p. 156), quando este afirma que “a aposta das equipas de enfermagem nestes recursos facilitadores de uma prática eficaz dos cuidadores deve (...) ser encarada de uma forma mais sistemática e fazer parte da rotina da preparação do regresso a casa, contribuindo, deste modo, para tornar o processo mais profissionalizado.”

A preparação do regresso a casa é um processo que deve ser estruturado desde o primeiro contacto com a pessoa internada e sua família, dada a sua complexidade e abrangência.

Vários autores que se debruçaram no estudo da preparação do regresso a casa (Gonçalves, 2008; Petronilho, 2007; Nogueira, 2003; Shepperd, *et al* 2013) chegaram à conclusão de que este processo tem sido pouco sistematizado pelos profissionais de saúde, sendo verificadas frequentemente lacunas no planeamento da alta e quebras nos cuidados prestados. Em consonância com

estes autores, o nosso plano de acção reflectiu esta necessidade. Verificamos que as pessoas internadas identificaram um elevado grau de preparação no momento da alta (90% das pessoas inquiridas posicionaram-se no nível 4 e 5), pelo que estes resultados obtidos, no nosso entender, reforçam a pertinência de que um planeamento organizado em etapas bem definidas desenvolvido sempre em parceria com a pessoa e sua família, é fundamental para que todos os intervenientes envolvidos no processo se sintam confiantes e tranquilos para darem resposta às exigências de cuidados que surgirão no contexto real de vida.

Consideramos que o sentimento de preparação para o regresso a casa poderá ter alguma relação com o suporte informal que a pessoa internada tem depois quando regressa ao domicílio. Note-se que a rede informal engloba familiares, vizinhos e amigos, contudo de acordo com o estudo levado a cabo por Petronilho (2007), o apoio recebido vem quase na totalidade dos seus familiares, representando 92,8% do apoio. Ao analisarmos os dados recolhidos no nosso estudo, verificamos através de uma análise conjunta entre o número de pessoas que constituem o agregado familiar e o nível de preparação para regressar a casa no momento da alta, que não existe uma relação directa entre estes dois factores, como verificado na imagem 18.

Isto pode ocorrer, tal como revela o estudo realizado por Petronilho (2007) os factores que influenciam o apoio informal, não se prendem exclusivamente com o número de pessoas que constituem o agregado familiar, mas também da preparação, disponibilidade e apoio prestado por esse agregado e restante rede.

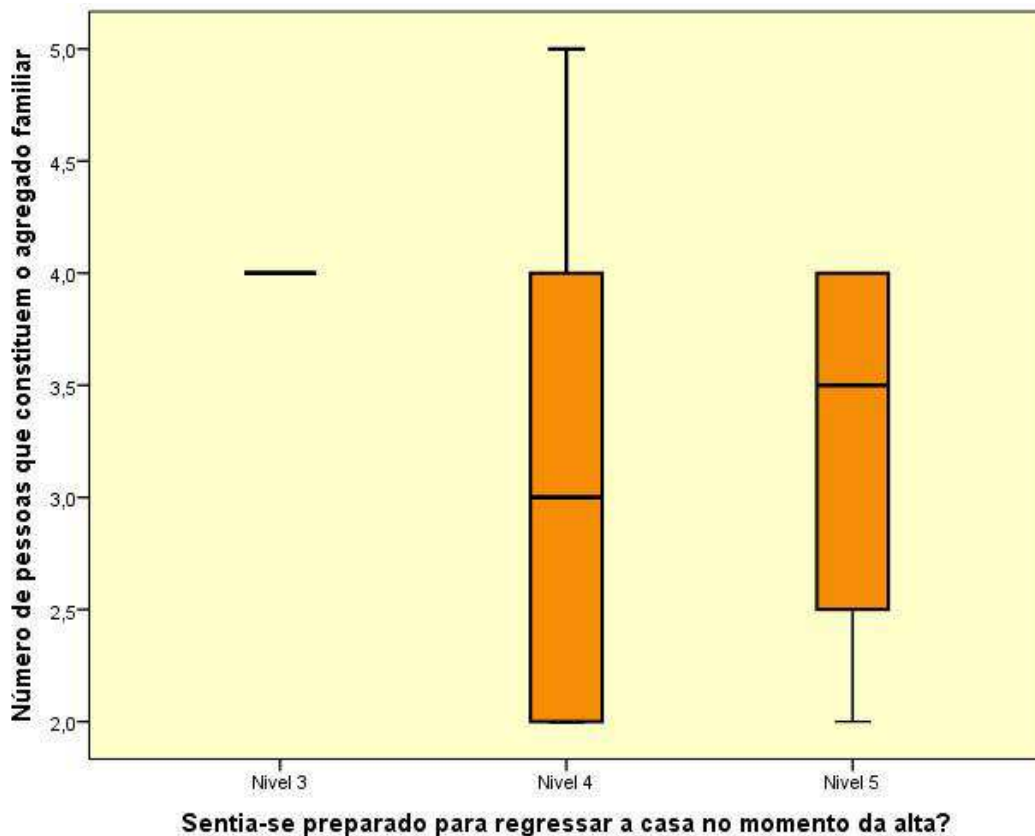


Imagem 18 – Associação entre o número de pessoas que constituem o agregado familiar e o facto da pessoa se sentir preparado para regressar a casa no momento da alta

Direccionando-nos agora para a visita domiciliária e pautando-nos pelo que Abrahão & Lagrange (2007, p. 166) consideram como um dos principais objectivos desta estratégia de intervenção, ou seja, “promover o ensino do autocuidado”, podemos verificar que foi percepcionado um elevado grau de influência da visita domiciliária na capacidade para se autocuidar, por parte dos membros constituintes da nossa amostra sendo que 80% da nossa amostra (8 elementos) lhe atribuiu o grau máximo de influência.

Esta estratégia de intervenção nos moldes em que foi aplicada tem um caracter inovador, uma vez que não existem estudos que contemplam a visita domiciliária como ferramenta de trabalho do enfermeiro que presta cuidados em unidades de internamento.

Assim, a avaliação da percepção das pessoas do processo de intervenção no domicílio tem uma importância acrescida para perceber a viabilidade desta nova tipologia de intervenção.

Pudemos constatar, que mais de metade das pessoas pertencentes ao estudo atribuíram um nível máximo de influência da visita domiciliária na sua capacitação para o autocuidado, dentro de um universo que se situou entre os níveis 4 e 5. Perante estes resultados, ficamos convictos que os membros da nossa amostra aceitaram amplamente esta metodologia de intervenção e atribuem-lhe ganhos de independência significativos.

O estudo de Dossa, Bokhour & Hoenig (2012) apesar de não ir diretamente de encontro às particularidades do que foi estudado, afirma que a transição da pessoa do hospital para o domicílio é prejudicada pela:

- Pobre comunicação entre o profissional do hospital e a família após a alta;
- Dificuldade de comunicação entre profissionais que dão continuidade ao processo de reabilitação.

Subsidiando-nos neste estudo percebemos a importância que a visita domiciliária poderá ter como instrumento facilitador destas lacunas/défices actualmente identificados no processo de transição entre o hospital e o domicílio.

A avaliação da influência da visita domiciliária na capacitação da pessoa de se autocuidar é afectada pelas condições habitacionais, pelo suporte adequado dos familiares cuidadores e pelo acompanhamento profissional ao longo do processo de reabilitação.

Barreto (2008) defende que, por vezes alterações a nível estrutural no domicílio (como a disposição do mobiliário, a eliminação de barreiras arquitectónicas etc.) podem aumentar significativamente a independência nos autocuidados. Este estudo demonstrou que a visita domiciliária é uma estratégia de intervenção que promoveu a adaptação do domicílio, pois os dados evidenciaram que mais de dois terços da nossa amostra atribuíram um nível de influência entre o 4 e o 5.

No trabalho desenvolvido por Barreto (2008) é frequentemente destacada a importância do treino das AVD num contexto real, na medida em que considera que esta tipologia de intervenção é mais eficiente para a aquisição de ganhos de independência. Os dados deste estudo vão de encontro a esta perspectiva, pois verificou-se que 80% da nossa amostra considerou que o treino das AVD no domicílio teve uma influência máxima na sua capacidade de se autocuidar. Numa das respostas abertas (E8) foi dado ênfase ao treino no domicílio, quando o sujeito da amostra afirma que “(...) tenho muitas escadas e era difícil subir... o enfermeiro ajudou fazendo comigo. Estou mais a vontade desde essa altura...”, corroborando assim os dados quantificáveis atrás mencionados. É importante referir que o acto de subir e descer escadas é um dos principais limitadores na independência identificada em estudos como o de Ricci, Kubota e Cordeiro (2005), sendo que a estratégia mais eficaz de treino desta actividade, é em contexto real nas escadas da própria casa.

Segundo Leitão & Freitas (2007), um dos objectivos da visita domiciliária passa por orientar e educar os prestadores de cuidados na assistência dada ao seu familiar dependente. Neste trabalho conseguimos aferir, que a pessoa receptora de cuidados identifica a visita domiciliária como sendo um dos factores com grande influência no desempenho com confiança do papel de prestador de cuidados. Podemos denotar essa influência quando em E10 a pessoa afirma que “foi bom virem cá para a minha senhora saber como é” e em E7 quando a cuidadora, apesar de não ser a destinatária da pergunta ter referido “senti-me mais segura a tratar dele depois de o ver a andar cá em casa... quando ele veio do hospital tinha algum receio... ”.

Estudos como o de Albuquerque e Bosi (2009) veem reforçar a importância da visita como um instrumento que promove a vinculação entre os profissionais de saúde e a família receptora de cuidados, aumentando a sensação de confiança/segurança da pessoa e da sua família. Os dados que obtivemos, corroboram esta afirmação através do elevado grau de influência da visita na capacidade da pessoa se autocuidar e na influência desta sobre os conhecimentos do prestador do cuidados.

Por forma a dar uma perspectiva geral dos resultados obtidos neste estudo, podemos verificar pela análise da imagem 19, abaixo apresentada, que todos os parâmetros que contemplaram o nosso plano de acção obtiveram um elevado grau de aceitabilidade pelos receptores de cuidados.

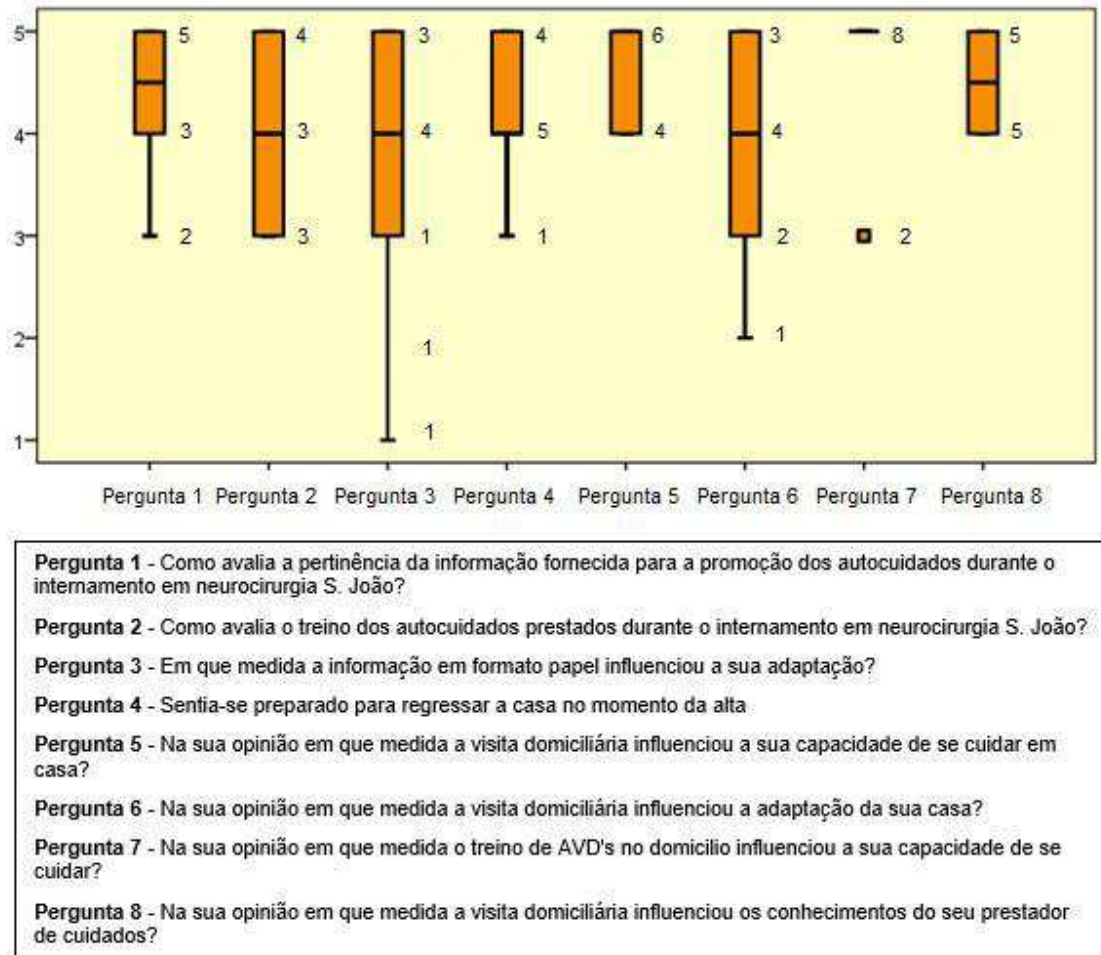


Imagem 19 - Compilação dos resultados obtidos a partir das perguntas do estudo;

Por fim, achamos que os dados recolhidos através das perguntas abertas efectuadas merecem uma análise mais abrangente.

Em resposta à pergunta que solicitava sugestões para melhorar o internamento, verificamos que não existiram muitas sugestões pelo que a categoria mais frequente foi a “Não sugere alterações”.

Consideramos que as sugestões requeridas no sentido de melhorar a preparação do regresso a casa tanto no internamento como na visita domiciliária foram escassas.

Reportando-se ao período de hospitalização, as pessoas pertencentes à amostra do estudo reforçaram a importância de melhores condições físicas da unidade de internamento, referindo em E2 “A única coisa foi o conforto que podia ser melhor... por causa das obras” e em E7 “O único problema foi o serviço estar acantonado provisoriamente em contentores, pois não era tão agradável (...)”. Note-se que a unidade de internamento onde foi feita a colheita de dados encontrava-se em actividade em instalações provisórias, factor que nos transcende enquanto profissionais de saúde.

A existência de um conjunto de escadas no serviço podia facilitar o treino de subir e descer escadas, na medida em que, as escadas do hospital são distantes do serviço e não são as mais apropriadas para o treino.

Na análise à pergunta referente à visita domiciliária, apesar de termos solicitado propostas de alteração para melhorar o processo da visita, verificamos que a nossa amostra aproveitou esta pergunta para elogiar o processo sendo que a categoria que foi mais frequente nas repostas foi a categoria elogio de processo com dez referências.

À pergunta sobre os aspectos a alterar na visita domiciliária, surgiu-nos apenas uma sugestão sobre a programação com antecedência da visita, pois em E1 “ (...) apenas talvez se fizessem a marcação a antecedência de um dia”. A visita domiciliária com carácter reabilitador foi incorporada num modelo já existente de assistência no domicílio para prestação de cuidados paliativos, em que a marcação era efectuada no próprio dia via telefone no sentido de adequar o plano de intervenção diário com as necessidades mais urgentes que surgiam. Consideramos esta sugestão, uma proposta relevante que sendo possível, deve ser tida em consideração em futuras aplicações deste modelo.

Há imagem das respostas à pergunta anterior, verificamos que também foi frequente não ocorrerem sugestões, pois constatamos que a categoria “não sugere alterações” esteve presente em quatro momentos.

Os resultados obtidos neste estudo vão de encontro com as conclusões da revisão realizada por Khan, Amatya, Drummond, e Olver (2013) que demonstraram, apesar de não obterem resultados exactos por falta de estudos

randomizados, um forte indício da importância da assistência no domicílio na melhoria dos resultados funcionais e da qualidade de vida dos doentes.

5.1 Reflexões individuais obtidas a partir da observação

Apesar dos dados obtidos exclusivamente através de uma observação não estruturada, não serem na óptica do investigador neste estudo, dados passíveis de extrapolar resultados para a nossa amostra, consideramos que estas observações podem trazer motivos de reflexão para futuros estudos, nestas áreas de intervenção.

- ✓ Na E1 conseguiu-se obter em parceria com a assistente social do serviço, que o Sr. P.E.M.R voltasse a trabalhar (estava desempregado há vários meses, bem como se mantêm desempregados os pais). A reabilitação na preparação do regresso a casa nem sempre passa exclusivamente por uma reabilitação física ou neurológica, podendo e devendo o EER deve com a restante equipa e em parceria com o utente promover o estabelecimento de objectivos e a criação de expectativas que possam levar a cabo uma reabilitação social da pessoa. Neste caso, sentimos que para além da recuperação física e neurológica, o Sr. P.E.M.R. estabeleceu para a sua vida novos objectivos que irão permitir que este dê resposta as suas necessidades, sem depender de ninguém.
- ✓ Ao longo da primeira visita após a alta, verificamos que apesar do Sr. M.A.S.R. ter capacidade para subir e descer escadas com o auxílio e supervisão da esposa (realizado treino com alguns degraus no serviço), este tinha ficado até essa visita fechado em casa, porque tinha receio de descer as escadas que levavam à saída de sua casa, por considerar a altura dos degraus elevada. Com algum treino, levado a cabo pelo casal com a supervisão do EER, este medo conseguiu ser superado e na visita para aplicação do questionário o Sr. M.A.S.R. informou-nos que já tinha saído de casa várias vezes, para ir tomar café a um estabelecimento da zona e para visitar os pais e irmãos que moram na zona circundante. Esta mudança de atitude aumentou consideravelmente o percurso do treino de marcha, pois em casa, apenas dava algumas voltas num pequeno terraço.

- ✓ Verificamos nas visitas ao Sr. L.C.M. e ao Sr. J.R., que o banho era realizado sentado fora da banheira, por terem receio de entrar na banheira. Após a realização de vários exercícios de entrar e sair da banheira, ambos conseguiram superar o seu medo, e na visita de avaliação referiram não ter qualquer dificuldade no autocuidado higiene.
- ✓ A Sr^a. M.L.C.L. demonstrou preocupação devido ao custo de uns pensos oculares que tinha comprado na farmácia para fazer a oclusão do olho. A realização dos treinos faciais, levava à necessidade de trocar frequentemente o penso. Para dar resposta a este problema, ensinamos o marido a fazer os pensos com compressas esterilizadas, em vez dos pensos pré-feitos, o que reduziu os custos, promovendo a reabilitação da parésia facial.
- ✓ A Sr^a. E.J.N. tinha realizado poucos treinos de marcha desde o momento da alta. Após a análise do domicílio, verificamos que existia um alpendre onde a Sr^a. E.J.N. podia treinar a marcha com auxílio de um corrimão. Na visita de avaliação verificamos que a Sr^a. E.J.N. passou a fazer treinos de marcha mais frequentes e apenas com supervisão.

Conclusão

Qualquer patologia que implique um internamento hospitalar, quer seja de aparecimento súbito ou não, vai exigir uma adaptação por parte dos elementos envolvidos. Compreende-se que o surgimento inesperado da doença e a previsão da dependência mesmo após a alta hospitalar tem um impacto maior sobre a família. Segundo Pires, Pereira & Pereira (2010), é de realçar a importância que o enfermeiro tem ao minimizar o impacto da ruptura desencadeada pela doença e internamento, quer no doente quer na sua família.

Assim, os EER têm o papel fundamental de na preparação do regresso a casa ajudar o doente/família a gerir os processos transacionais vivenciados até que a família adopte estratégias independentes e eficazes, para fazer face às necessidades da vida diária.

A preparação do regresso a casa é um processo que deve ser planeado e estruturado para que, o mais precocemente possível, sejam delineados os objectivos a atingir em parceria com a pessoa internada/família e restante equipa multidisciplinar. O plano de intervenção em cada caso é sempre único, dadas as particularidades que o envolve, contudo consideramos importante a definição da estrutura de um programa de intervenção subsidiada no objectivo *major* da continuidade de cuidados que evite retrocessos no processo de reabilitação.

Dadas as competências do EER, consideramos que no seio da equipa multidisciplinar este pode assumir uma posição privilegiada em todo o processo de preparação do regresso a casa, sendo o *pivot* da equipa de saúde na gestão de cada caso.

Este processo não se finda aquando da alta hospitalar, pelo que na nossa opinião a responsabilidade do EER não inclui apenas o período de hospitalização, mas deve atender ao processo de adaptação da pessoa dependente e família depois deste período, quando a pessoa já se encontra em contexto domiciliário.

Neste sentido, consideramos que o programa de intervenção do EER deve incluir a visita domiciliária como estratégia fundamental para a preparação eficaz do regresso a casa. Segundo Andrade (2009, p. 107), “o domicílio é

melhor local para o enfermeiro fazer o diagnóstico das necessidades (...) e realizar intervenções que favoreçam a aquisição ou adaptação de novos papéis”.

No conjunto da produção de serviços de saúde colectiva, a visita domiciliária tem sido um dos instrumentos historicamente utilizados no âmbito da intervenção de enfermagem de saúde pública, “preferentemente focalizando a família como alvo de atenção” (Egry & Fonseca, 2000 p.235). Neste estudo de investigação a visita domiciliária assume um carácter inovador, pois definimos que o utilizador desta ferramenta é o EER do internamento e também traçamos diferentes *timings* da sua aplicabilidade. Isto permite que o EER, transporte todo o conhecimento que adquiriu sobre o doente ao longo do internamento (suas capacidades e limitações) para o contexto onde é mais necessário, de forma rápida e eficaz.

Assim, a visita domiciliária realizada num primeiro momento durante o período de internamento e num segundo momento após a alta hospitalar são no nosso entender períodos chave que favorecem todo o processo de reabilitação. Num primeiro momento permite ao EER ter uma ideia mais precisa das condições habitacionais da pessoa dependente e sugerir algumas adaptações que possam facilitar o regresso a casa desta. Num segundo momento, quando a pessoa já se encontra no seu contexto de vida, vai permitir ao EER dar continuidade do plano de reabilitação com maior grau de adequação com a realidade e ajudar os familiares cuidadores a desempenharem eficazmente o seu papel de suporte da pessoa dependente, pois “muitas condições mórbidas dos doentes não podem ser detectadas senão *in loco*, dada a sua relação com estruturas ambientais, condições de vida e hábitos” (Andrade, 2009, p. 106).

O programa de intervenção posto em prática em contexto de estágio, priorizou a passagem da informação directa entre o EER do internamento e o enfermeiro pertencente à rede de cuidados primários que dará acompanhamento ao doente no domicílio *à posteriori*. Assim, sempre que possível foi agendada a visita domiciliária conciliando a presença deste dois profissionais de saúde para que a continuidade de cuidados de qualidade esteja devidamente assegurada. Como corrobora Andrade (2009, p.105), “deverão existir canais de comunicação

entre equipas de cuidados diferenciados e primários, de forma a que a equipa que vai dar continuidade aos cuidados de saúde, se encontre informada acerca das necessidades de cuidados pós alta”.

A parte metodológica deste trabalho incidiu no estudo das percepções sobre este plano de acção pelas pessoas receptoras de cuidados, pois como já referimos anteriormente consideramos que um programa de intervenção só é viável se tiver aceitabilidade pelos intervenientes, e o estudo das percepções pareceu-nos fundamental para um primeiro nível da análise desta temática.

Concluimos através da análise estatística dos dados que o nível de pertinência quantificada pelos receptores de cuidados, em todos os parâmetros realizados para a preparação do regresso a casa constantes do nosso plano de acção no terreno, é elevado.

Destacamos a importância dada à visita domiciliária como estratégia de intervenção que influenciou a capacidade da pessoa se autocuidar em contexto real, bem como a sua influência nos conhecimentos do prestador de cuidados para dar resposta às necessidades do seu papel.

Ao longo deste estudo deparamo-nos com muitas dificuldades. Destacamos em primeiro lugar o facto de considerarmos o período de estágio curto para a implementação do programa de intervenção e colheita de dados, tendo por base todas as expectativas iniciais criadas. Este factor limitou o número de elementos da nossa amostra, bem como a existência da rede de cuidados continuados que na sua actuação evita que a pessoa tenha alta directa do serviço para o domicílio. A reformulação dos objectivos de investigação e reestruturação de toda a metodologia, se por um lado no terreno foi um factor motivador, aquando da redacção desta dissertação de mestrado foi um pouco desmotivante.

Por fim, e de acordo com Petronilho (2007), ficamos convictos de que a profissionalização da preparação do regresso a casa é uma área decisiva na promoção da qualidade de vida dos doentes e seus familiares, à qual o EER deve continuar a investir.

Tendo como ponto de partida a definição do programa inovador de intervenção referenciado, denotamos a necessidade de desenvolver estudos

que analisem o programa sobre outros prismas, pelo que deixamos as seguintes sugestões:

- ✓ Estudar as vantagens desse programa na fiabilidade e efectividade da partilha de informação, entre o hospital e os cuidados de saúde primários;
- ✓ Estudar as vantagens para a capacitação do doente, ou seja os ganhos de independência do doente submetido a este programa;
- ✓ Estudar o impacto deste programa, na capacidade e satisfação dos prestadores de cuidados;
- ✓ Estudar o impacto económico da aplicação deste estudo, bem como o seu impacto no número de reinternamentos.

Bibliografia / Referências Bibliográficas

- 📖 Abrahão, A. & Lagrange, L. (2007). *Modelo de atenção e a saúde de família*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- 📖 Abreu, W. (2008). *Transições e contextos multiculturais: contributos para a anamnese e recurso aos cuidadores informais*. Coimbra: Formasau.
- 📖 Albuquerque e Bosi (2009). Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, 25(5), 1103-1112.
- 📖 Andrade, C. (2009). Transição para prestador de cuidados: sensibilidade aos cuidados de enfermagem. *Pensar Enfermagem*, 13 (1), 61-71.
- 📖 Araújo, I., Paúl, C. & Martins, M. (2008). Cuidar das famílias com um idoso dependente por AVC: do hospital à comunidade – um desafio. *Revista Referência*, IIª Série (7), 43-53.
- 📖 Augusto, B., Rodrigues, C.M., Rodrigues, C.J., Rodrigues, E., Simões, F., Ribeiro, I., et al (2002). *Cuidados Continuados: Família, Centro de Saúde e Hospital como Parceiros no Cuidar*. Coimbra: Formasau.
- 📖 Azevedo, P. (2010). “Partilha de informação de enfermagem sobre os prestadores de cuidados: dimensão relevante para a transição de cuidados”. Dissertação de Mestrado, apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Porto.
- 📖 Bardin, L. (2007). *Análise de Conteúdo*. (4ª ed.) Lisboa: Edições 70
- 📖 Barreto, H. (2008). “Readaptação do domicílio face à pessoa com limitação funcional”, Projecto de auto-formação apresentado a Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny, Funchal.
- 📖 Bocchi, S. & Angelo, M. (2004). Interacção cuidador familiar-pessoa com AVC: autonomia compartilhada. *Ciência e Saúde Colectiva*. 10(3), 729-738.
- 📖 Bogdan, R. & Biklen, S. (1994). *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.

- 📖 Campos, M. (2008). “Integração na família de uma pessoa dependente no autocuidado: impacte da acção do enfermeiro no processo de transição”, Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica. Porto.
- 📖 Carvalhido, T. & Pontes, M. (2009). Reabilitação domiciliária em pessoas que sofreram um acidente vascular cerebral. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde*, (6), 140-150.
- 📖 Cerqueira, M. (2005). *O cuidador e o doente paliativo*. Coimbra: Formasau.
- 📖 Direcção Geral de Saúde [DGS] (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- 📖 Duarte, S. (2007). O papel do enfermeiro em contexto dos cuidados domiciliários: revisão sistemática da literatura. *Revista Investigação em Enfermagem*, 2(16), 11-23.
- 📖 Egry, E.& Fonseca, R. (2000) A família, a visita domiciliária e a enfermagem: revisitando o processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 34(3), p. 233-9
- 📖 Faro, A. (2006). Enfermagem em reabilitação: ampliando os horizontes, legitimando o saber. *Revista da Escola de Enfermagem – USP*, 40(1), 128-133.
- 📖 Felissíssimo, A., & Sequeira, P. (2007). A família como unidade de intervenção em enfermagem. *Sinais Vitais*, 71, 31-34
- 📖 Ferraz, C. (2003). “A família do doente com avc e a alta hospitalar: papel do enfermeiro na gestão da adaptação nas freguesias de aldoar e ramalde (porto)”. Dissertação de Mestrado, apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Porto.
- 📖 Fortin, M., Côté, J., Fillion, F. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta.
- 📖 Gonçalves, D. (2008). “A preparação do regresso a casa da pessoa idosa hospitalizada”. Dissertação de mestrado apresentada à Universidade Aberta de Lisboa.

- 📖 Hanson, S. (2005). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à família – Teoria, Prática e Intervenções*. (2ª Ed.). Loures: Lusociência.
- 📖 Hesbeen, W. (2002). *A Reabilitação criar novos caminhos*. Loures: Lusociência.
- 📖 Khan, Amartya, Drummond, e Olver (2013) *Multidisciplinary rehabilitation after primary brain tumour treatment (Review)*. Australia: Wiley
- 📖 Leitão, M. & Freitas J. (2007). “Relatório de dissertação sobre: apoio domiciliário interdisciplinar integrado”. Trabalho apresentado no âmbito da pós-Graduação em Cuidados Continuados de Saúde, a Universidade Atlantica. Funchal.
- 📖 Lopes, L. (2007). Necessidades e estratégias na dependência: uma visão da família. *Cuidados Domiciliários*, 25(1), 39-46.
- 📖 Louro, M. C. (2009). “Cuidados continuados no domicílio.” Dissertação de doutoramento em Ciências de Enfermagem, apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.
- 📖 Martins, T. (2006). *Acidente Vascular Cerebral: Qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores*. Coimbra: Formasau.
- 📖 Meleis, A. (2000). Experiencing Transitions: an emerging middle-range theory. *Advances Nursing Sciences*, 23(1), 12-28.
- 📖 Meleis, A. (2005). *Theoretical Nursing: development and progress* (3ª ed.) Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- 📖 Nogueira, M. (2003). “Necessidades da Família no Cuidar: Papel do Enfermeiro”, Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. Porto.
- 📖 Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- 📖 Perlini, N. & Faro, A. (2005). Cuidar de pessoa incapacitada por acidente vascular cerebral no domicílio: o fazer do cuidador familiar.

Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 39 (2), 154-63.

- 📖 Petronilho, F. (2007). *Preparação do Regresso a Casa*. Coimbra: Formasau.
- 📖 Pires, A., Pereira, J., & Pereira, V. (2010). A família na experiência de cuidar de um doente amputado. In M. Costa, B. Gomes & M Martins, *Colectânea de Textos - Enfermagem de Reabilitação* (pp. 15-47), Coimbra: Formasau.
- 📖 Quaresma, I (2008). “O significado que os idosos atribuem aos cuidados de enfermagem domiciliários” Dissertação de Mestrado, apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Porto.
- 📖 Ricci, Kubota e Cordeiro (2005). Concordância de observações sobre a capacidade funcional de idosos em assistência domicilia. *Revista de Saúde Publica*, 39(4), 655-622
- 📖 Rice, R. (2004). *Prática de enfermagem nos cuidados domiciliários*. (3ª ed.) Loures: Lusociência.
- 📖 Shepperd, S.; Lannin, N.; Clemson, L.; McCluskey, A; Cameron, I. & Barras, S. (2013) *Discharge planning from hospital to home (Review)*. Oxford: Wiley
- 📖 Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência (SNRIPD) (2002). *Ajudas Técnicas: Benefícios para as Pessoas com Deficiência. Folhetos SNR nº 49*. Lisboa: SNRIPD.
- 📖 Teixeira, J., Meireles, J. & Carvalho, J. (2010). A Teoria das transições em saúde mental. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 4, 45-52.
- 📖 Veríssimo, C. & Moreira, I. (2004). Os cuidadores familiares/informais. Cuidar do doente idoso e dependente em domicílio. *Pensar em enfermagem*, 8 (1), 20-24.
- 📖 Vilelas, J. (2009) *Investigação: O processo de construção do conhecimento*. Lisboa: Silabo

ANEXOS

-ANEXO I-

Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, _____ (nome) concordo em participar no estudo que tem como objectivos quantificar o nível de preparação para regressar a casa, percepcionado pela pessoa receptora de cuidados, no momento da alta; quantificar o nível de pertinência percepcionado pela pessoa receptora de cuidados, acerca da informação recebida para a promoção dos autocuidados, durante o internamento; conhecer a avaliação que a pessoa receptora de cuidados faz do treino dos autocuidados prestado, durante o internamento; quantificar a influência da informação em formato papel na adaptação da pessoa receptora de cuidados; recolher as sugestões identificadas pela pessoa receptora dos cuidados sobre a preparação do regresso a casa efectuada durante o internamento; quantificar a influência da visita domiciliária influenciou na capacidade da pessoa receptora dos cuidados se autocuidar no domicílio, segundo a perspectiva da mesma; quantificar a influência da visita domiciliária influenciou na adaptação da casa da pessoa receptora dos cuidados, segundo a perspectiva da mesma; quantificar a influência dos treinos de AVD no domicílio na capacidade da pessoa receptora dos cuidados se autocuidar, segundo a perspectiva da mesma; quantificar a influência da visita domiciliária nos conhecimentos do prestador de cuidados, segundo a perspectiva da pessoa receptora dos cuidados; recolher as sugestões identificadas pela pessoa receptora dos cuidados sobre a realização da visita domiciliária.

-Compreendo que tenho o direito de colocar, agora ou durante o desenvolvimento do estudo, qualquer questão acerca do mesmo;

- Informaram-me de que as entrevistas seria gravada em áudio e permito que assim seja;
- Aceito que as minhas perspectivas sejam incorporadas nos resultados do estudo e possam ser publicadas ou apresentadas pela equipa de investigação para fins académicos;
- Compreendi que o meu anonimato será sempre protegido e que nenhum nome ou outros detalhes identificativos serão divulgados;
- Compreendo que sou livre de desistir do estudo a qualquer momento;
- Compreendi que este documento será conservado de forma segura pela equipa de investigação e será destruído no fim do estudo.

Assinatura do participante

Assinatura do investigador



Data: ___/___/___

-ANEXO II-

Panfleto Autocuidados

Promovendo a Autonomia

Este panfleto tem como principal objectivo fornecer-lhe algumas orientações sobre como proceder durante os cuidados de higiene, funcionando como um suporte onde possa retirar dúvidas ou relembrar algum passo após a alta do serviço de Neurocirurgia do Hospital S. João.

É importante relembrar que o caminho para voltar a ganhar a sua autonomia vai depender em grande medida do seu esforço, da capacidade de identificar as suas limitações, da criação de um ambiente adaptado a essas limitações e da promoção da sua autonomia pelas pessoas que o rodeiam, substituindo-o apenas naquilo que não conseguir fazer sozinho.

**O DOENTE DEVE SER O MAIS
INDEPENDENTE POSSÍVEL...**

**CADA MINUTO A MAIS QUE DEMORA A
FAZER ALGUMA TAREFA POR SI É
UM MINUTO MAIS PRÓXIMO DE SE
TORNAR AUTÓNOMO.**

Lista de coisas para o banho

Notas



Em caso de duvidas contacte-nos

Tlm: 91 37 42 055

Numero disponível de segunda a sexta entre
as 8 e as 20 horas

ACTIVIDADES DE VIDA DIARIA

Cuidados de higiene Vestir e despir

Para uma vida com autonomia...



**SERVIÇO DE NEUROCIURGIA
HOSPITAL S. JOÃO**

Cuidados de higiene Vestir e Despir passo a passo

1º Passo – Preparação

O primeiro passo para tomar banho é sempre a preparação de todas as coisas necessárias, deixando-as acessíveis durante o banho. Para facilitar faça uma lista do material necessário. Este passo pode ser realizado por si ou pela pessoa que o está a ajudar, caso se canse com facilidade ou tenha défice no equilíbrio. Colocar um banco ou cadeira que permita tomar banho sentado, reduzindo o risco de queda.

2º Passo – Despir-se

Para se despir comece por descer as calças e a roupa interior antes de se sentar, por forma a conseguir tirar toda a roupa sem ter de se levantar.

Se tiver diminuição de força ou parésia de um dos lados, comece por despir primeiro o membro bom e só depois o membro afectado.

Para retirar o calçado e as meias, coloque um pé de cada vez em cima do joelho contrario ao invés de se baixar.



3º Passo – Molhar-se

Certifique-se que se sinta numa direcção que facilite o acesso às torneiras e ao chuveiro.

Coloque a água à temperatura desejada, com o cuidado para avaliar a temperatura sempre com a mão boa, caso tenha diminuição da sensibilidade de um dos lados.

4º Passo – Lavar-se

Para pessoas com diminuição da destreza e da capacidade de efectuar movimentos finos a utilização de uma esponja de banho, pode facilitar este processo.

Peça ajuda para lavar, só aquelas partes onde lhe é impossível chegar. Se tiver uma parésia na face deve ter o cuidado de se certificar que o olho desse lado esta fechado antes de lavar a cara.

Para lavar os pés/pernas proceda da mesma forma que usou para tirar os sapatos e as meias. Levante-se se necessário para lavar a zona das nádegas tendo como base de apoio o corrimão.

5º Passo – Secar-se

A utilização de uma toalha grande ou um robe-toalhão pode facilitar esta tarefa.

Peça ajuda para secar, só aquelas partes onde lhe é impossível chegar. Para secar os pés/pernas proceda da mesma forma que usou para tirar os sapatos e as meias.

Levante-se com cuidado para secar a zona das nádegas e coloque uma pequena toalha seca no banco de forma a se manter seco enquanto se vestir.

6º Passo – Vestir-se

Comece por vestir a parte de cima. Caso tenha diminuição de força ou parésia de um dos lados dispa primeiro o membro afectado e só depois o membro bom.

Vista a roupa interior, as calças subindo-as até aos joelhos. Depois vista as meias e calce-se. Por fim levante-se e termine de vestir a roupa interior e as calças.

Ajudas Técnicas e Adaptação do domicílio

O ideal para facilitar os cuidados de higiene é que estes decoram num poliban, se possível sem elevação à entrada, em vez de uma banheira.



Existência de um banco ou cadeira que se adapte bem ao piso de forma a que a pessoa possa tomar banho sentada sem correr o risco de cair.



Caso exista a impossibilidade de se deslocar até ao chuveiro existem cadeiras sanitas que facilitam esta tarefa.



Devem existir bases de apoio que permitam a pessoa levantar-se, de forma apoiada e em segurança.



Existem opções permanentes ou removíveis com ventosas.



Roupas e calçado

Use de preferência roupas largas fáceis de vestir, de apertar como por exemplo fatos de treino.



O calçado deve ser anti-derrapante, e deve fixar o pé. Calçado com velcro pode facilitar a acto de calçar. Evite usar calçado tipo chinelo.

-ANEXO III-

Questionário-Entrevista

Guião de entrevista

Nome:						Código da entrevista		
Nível de instrução	Analfabeto		Género	Masculino		Idade		
	Ensino primário incompleto			Feminino				
	Ensino primário completo		Estado Civil	Solteiro		Numero de pessoas que constituem o agregado familiar		
	Ensino secundário incompleto			Casado				
	Ensino secundário completo			Divorciado		Notas		
	Ensino superior			União de Facto				
			Viúvo					
Índice de Barthel				Tónus*			Força**	
Data				Data				
Alimentação				Direita	Membro Superior	Distal		
Banho					Proximal			
Higiene Pessoal				Direita	Membro Inferior	Distal		
Vestir/despir					Proximal			
Função vesical				Esquerda	Membro Superior	Distal		
Função Intestinal					Proximal			
Uso de WC				Esquerda	Membro Inferior	Distal		
Transferências					Proximal			
Mobilidade								
Escadas								
Total								

*Tónus Muscular avaliado com recurso a Escala Modificada de Ashworth

**Força Muscular avaliado com recurso a Escala Council

Como avalia a pertinência da informação fornecida para a promoção dos autocuidados durante o internamento em neurocirurgia S. João?	1	2	3	4	5
Como avalia o treino dos autocuidados prestados durante o internamento em neurocirurgia S. João?	1	2	3	4	5
Em que medida a informação em formato papel influenciou a sua adaptação?	1	2	3	4	5
Quais os aspectos que alterava, na preparação do regresso a casa, efectuada durante o internamento em neurocirurgia S. João?					
Sentia-se preparado para regressar a casa no momento da alta?	1	2	3	4	5
Na sua opinião em que medida a visita domiciliária influenciou a sua capacidade de se cuidar em casa?	1	2	3	4	5
a. Na adaptação da casa	1	2	3	4	5
b. Treino de AVD's no domicílio	1	2	3	4	5
c. Conhecimentos do seu prestador de cuidados	1	2	3	4	5
Quais os aspectos que alterava nas visitas domiciliárias?					

