



Hospital Garcia de Orta, EPE.

Serviço de Medicina III / Infeciologia

Programa Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem
SECÇÃO REGIONAL SUL DA ORDEM DOS ENFERMEIROS

Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem

Integração da família nos cuidados à pessoa idosa internada – Um novo paradigma.

Trabalho elaborado por:

Cátia Lopes - Enfermeira Generalista
Diana Cunha – Enfermeira Generalista
Maria Gonçalves - Enfermeira Responsável
Serviço de Medicina III/Infeciologia
Vítor Nunes – Enfermeiro Especialista de
Reabilitação

Almada,
Outubro de 2015

ÍNDICE

0	Introdução	3
1	Identificar e descrever o problema.....	4
2	Perceber o problema	8
2.1	O que dizem as evidências	8
2.2	Impacto da hospitalização na pessoa idosa	10
2.3	A realidade do serviço.....	14
3	Perceber as causas do problema.....	17
4	Objetivos, planeamento e execução de tarefas	21
4.1	Cronograma.....	23
5	Verificar os resultados	24
6	Conclusão.....	25
7	Referências bibliográficas.....	26

0 INTRODUÇÃO

O envelhecimento demográfico é uma realidade indeclinável, à qual se associam índices de dependência acrescidos, dependentes das morbilidades adquiridas e das vulnerabilidades da pessoa idosa. Este processo exprime as grandes transformações sociais e económicas da sociedade e do acesso aos cuidados de saúde, ocorridas a partir da segunda metade do séc. XX. Estas alterações associadas à redução das taxas de natalidade e de mortalidade conduzem, inevitavelmente, a uma sociedade cada vez mais envelhecida.

Apesar dos esforços para a promoção de um envelhecimento ativo e cada vez mais saudável, muitas das pessoas idosas experienciam alguma fragilidade nesta fase da vida. A prevalência da doença crónica e as co morbilidades são uma realidade crescente, condicionando dependência, insegurança e regressão emocional, que podem agravar com os episódios de hospitalização. De entre as alterações que conduzem à dependência, a cronicidade da doença induz ao agravamento desse estado e à consequente necessidade da presença de um cuidador.

Esta atividade de cuidar de uma pessoa idosa dependente no domicílio arroga várias peculiaridades. Assumir o cuidado no domicílio, deve ser um processo reflectido, integrado e integrador. O papel da equipa multiprofissional é determinante nesta dinâmica, para que a transição do hospital para o domicílio seja sustentado. Assim, torna-se preponderante conhecer a família e promover o seu envolvimento nos cuidados, visando a sua capacitação para cuidar a pessoa idosa, com segurança e dignidade, no seu ambiente familiar.

Relativamente à família, habitual suporte de cuidados, também o seu papel social se alterou (famílias monoparentais, mulher ingressou no mundo do trabalho), acrescentando maiores dificuldades no apoio à pessoa idosa dependente. Neste sentido, é importante que o enfermeiro com interdisciplinaridade centre a atenção na inclusão e preparação da família para a continuidade do cuidado à pessoa idosa no domicílio.

1 IDENTIFICAR E DESCREVER O PROBLEMA

O Serviço de Medicina III/Infeciologia é um serviço partilhado, onde se observa grande incidência de doenças crónicas que levam a uma maior dependência nos autocuidados. Como tal, o internamento hospitalar surge muitas vezes como consequência da descompensação da doença de base e/ou das comorbilidades associadas na pessoa idosa, e é considerado como um momento de stress e ansiedade para a pessoa e para a família.

Esta transição da vida familiar para um processo de hospitalização leva à necessidade de identificar um membro da família com quem a equipa de saúde estabeleça parceria. Legalmente, segundo o artigo 5º, do Decreto-Lei 106/2009 de 14 de Setembro, os profissionais de saúde devem prestar ao acompanhante a conveniente informação e orientação para que este possa, se assim o entender, sob a supervisão da equipa, colaborar na prestação de cuidados à pessoa internada, o que torna imprescindível que os profissionais de saúde, principalmente enfermeiros, considerem os cuidadores/familiares parceiros nos cuidados, e que trabalhem no sentido de implementar esta filosofia na sua praxis diária.

A presença de um familiar/cuidador no hospital é favorável, proporcionando apoio, segurança, afeto e suporte emocional, contribuindo para a manutenção da estabilidade físico-emocional da pessoa e também do familiar (Beuter, B & Szareski, L., 2009). Este assume também um papel importante na recuperação da pessoa idosa e no planeamento de uma alta mais precoce, com impacto na diminuição das taxas de Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) e taxa de reinternamento. Compreendemos que esta transição envolve mudanças nos papéis, padrões de comportamentos, expectativas e aquisição de novos conhecimentos e habilidades.

O menor apoio por parte dos profissionais de saúde em assegurar esta transição de um modo mais saudável, pode ser uma das principais causas para o insucesso dos cuidadores no domicílio.

Aos enfermeiros cabe o papel de ajudar a desenvolver respostas adequadas a estes processos de transição, através de intervenções que se centrem em dar segurança, aumentar a proximidade do pessoa e da família/cuidador, tratar a informação, facilitar o conforto e reforçar o apoio. (Hanson, 2005)

Na prática, constatamos que os enfermeiros do nosso serviço entendem a importância desta parceria, embora seja muitas vezes difícil conciliar a carga de trabalho, o rácio de enfermeiro-doente e as necessidades/limitações dos cuidadores e da pessoa idosa internada. É nesta ótica de *Melhoria*

Continua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem que este projeto se insere, considerando a família/cuidador (prestador informal) um dos focos dos cuidados de enfermagem. É vital que o enfermeiro considere a família como um parceiro e partilhe com esta, tempo e dedicação, potenciando a aquisição de competências para que a continuidade de cuidados à pessoa idosa com autocuidado dependente seja efetiva.

Partindo destas premissas, surge a questão: **Como assegurar a integração e parceria da família/cuidador nos cuidados à pessoa idosa internada, com autocuidado dependente, incrementando a sua adesão e autonomia na continuidade de cuidados após a alta para o domicílio?**

De forma de melhor compreender a nossa inquietude, procedemos à análise dos aspetos demográficos no contexto Português (INE, 2010), verificando que estes apontam para um aumento sustentado do envelhecimento em consequência de:

- Decréscimo das taxas de natalidade;
- Diminuição do número de jovens;
- Aumento da esperança média de vida;
- Aumento do índice de longevidade.

Esta conjuntura condiciona maior vulnerabilidade para o aparecimento de doenças crónicas bem como um aumento da taxa de comorbilidades associadas, levando ao incremento da:

- Procura de cuidados de saúde por parte da pessoa idosa;
- Taxa de internamento;
- Incidência de complicações associadas aos cuidados de saúde;
- Do índice de pessoas com dependência;
- Demora média;
- Número de dias de protelamento de alta (por situação social).

Face a esta situação, é vital que exista um compromisso dos cuidados hospitalares, em geral e das intervenções de enfermagem em particular. O internamento, mais do que diagnosticar, tratar ou paliar, constitui um momento favorável ao encontro entre o enfermeiro e a família/cuidador, o qual numa atitude colaborativa se torna capaz de promover uma continuidade dos cuidados à pessoa idosa no domicílio. Este paradigma de cuidar exige um compromisso das partes envolvidas no sentido de assegurar *os padrões de qualidade dos cuidados prestados*, nomeadamente ao nível:

- da satisfação do cliente;
- da prevenção de complicações;
- do bem-estar e autocuidado;
- da organização dos cuidados de enfermagem.

Daqui emergem focos de atenção, sensíveis aos cuidados de enfermagem, em três grandes áreas:

1 - Gestão dos cuidados, associada à complexidade dos mesmos:

- o doentes mais idosos;
- o prevalência da doença crónica;
- o co morbilidades;
- o dependências prévias:
 - deterioração cognitiva;
 - autocuidados;
- o desafios que influenciam as decisões de enfermagem:
 - polimedicação - alterações da farmacocinética;
 - adesão ao regime terapêutico;
 - estilos de vida saudáveis;
 - controlo dos factores de risco;
- o risco nosocomial (IACS);
- o cuidados em fim de vida:
 - controlo dos sintomas;
 - apoio no processo de luto.

2 - Gestão da informação, centrada na pessoa e na família/cuidador, sustentada pela confidencialidade e sigilo profissional, assente:

- o numa comunicação centrada na pessoa idosa com dependência:
 - conhecer a estrutura sociofamiliar e a sua capacidade de resposta;
- o num ambiente tranquilo e integrador, capaz de respeitar a privacidade;
- o na promoção e no respeito pela tomada de decisão da pessoa (se a sua capacidade para se autodeterminar estiver preservada) e/ou família/cuidador.

3 - Gestão dos recursos da comunidade, no sentido de encontrar medidas sustentadas que possam ajudar a suportar a carga de trabalho da família/cuidador aquando o regresso a casa da pessoa idosa dependente nos autocuidados:

- o cuidados continuados;
- o cuidados domiciliários;
- o Cuidados de Saúde Primários:
 - Unidade de Saúde Familiar (USF);
 - Centro de Saúde.

Tendo por base este preâmbulo, pretende-se identificar as dificuldades do cuidador durante a transição de papéis, criando um core de intervenções no âmbito do ensinar, instruir e treinar, para que o regresso a casa seja o mais sereno possível quer para os familiares, quer para a pessoa idosa. Tal como já foi referenciado, a todo este contexto subjazem ganhos em saúde e a possibilidade de morrer em casa, num ambiente isento de procedimentos invasivos, junto dos seus.

2 PERCEBER O PROBLEMA

2.1 O que dizem as evidências

A sociedade contemporânea caracteriza-se pelo envelhecimento demográfico, fruto do aumento da esperança média de vida e do declínio da natalidade (INE, 2002). Associado a esta problemática, surge o exponencial aumento das doenças não transmissíveis de evolução prolongada, conduzindo ao comprometimento do autocuidado e ao emergir dos *estados de dependência*.

Este aumento da longevidade embora exprima progresso e a vitória das sociedades ditas desenvolvidas, foi decisivo no prolongamento da vida colocando-nos grandes desafios na atualidade, especialmente no âmbito da saúde e da prestação de cuidados, em particular à pessoa idosa com índice de dependência elevado.

Em termos sociodemográficos, a Organização Mundial de Saúde (OMS) prevê que em 2025 existirão 1,2 biliões de pessoas com mais de 60 anos, sendo que os muito idosos (com mais de 80 anos) constituirão o grupo etário de maior crescimento, do qual 75% dessas pessoas viverá em países desenvolvidos (WHO, 2002). Neste domínio, Portugal não constitui exceção. De acordo com Carrilho (2009), entre 1960 e 2001, observou-se uma diminuição em cerca de 60% da população jovem face ao aumento em 140% da população idosa. De acordo com projeções do INE (2002), dentro de 50 anos a população idosa representará 32% da população do país.

A constatação desta realidade reanimou as consciências para a necessidade da promoção de um envelhecimento saudável, com autonomia e saúde, pelo maior período de tempo possível. Este fato conduziu ao imperativo de se pensar o envelhecimento ao longo do ciclo vital, enquanto desafio individual e social, numa atitude preventiva e promotora da saúde. Deste modo, o envelhecimento deve ser encarado como: “(...) uma parte natural do ciclo de vida, sendo desejável que constitua uma oportunidade para viver de forma saudável e autónoma o mais tempo possível, o que implica uma ação integrada ao nível da mudança de comportamentos e atitudes, (...) e um ajustamento do ambiente às fragilidades que, mais frequentemente, acompanham a idade avançada”. (PNSPI, 2004, p.3)

Verificámos que o perfil dos nossos idosos se caracteriza pela solidão, elevados níveis de dependência físico-cognitiva e socioeconómica aos quais se associa a prevalência da doença crónica¹. Neste contexto a Comissão para a Sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde, no seu relatório final, aponta as considerações sobre o financiamento em saúde na Europa e em Portugal evidenciando que o efeito do envelhecimento da população provocará um aumento dos gastos públicos, entre 1 a 2% do PIB na Europa e 0,5% em Portugal, até 2050.

A evidência mostra-nos que à medida que a longevidade aumenta, os mecanismos de manutenção metabólica ficam mais propensos à disfunção/falência, assistindo-se à deterioração da estrutura e da função de vários órgãos e tecidos, à diminuição da capacidade do organismo para responder ao stress e maior vulnerabilidade para o aparecimento de doenças relacionadas com o envelhecimento. (Chakravarti, 2007)

Em Portugal, as doenças crónicas com maior incidência são a hipertensão arterial e a diabetes mellitus (Carrilho, 2009). Ainda assim, as doenças do aparelho circulatório constituíram a principal causa de morte (ano 2008) nos indivíduos com mais de 65 anos de idade, registando-se uma maior percentagem de ocorrências no género feminino (44,8%) comparativamente com o sexo masculino (36,8%) (INE, 2010). Associadas a estas causas estão a hipertensão arterial, a hipercolesterolemia, os hábitos de vida, a alimentação e a sedentarização. Esta questão remete para os fatores determinantes do envelhecimento ativo, como agentes promotores de um envelhecer com qualidade e que indiscutivelmente terão impacto na forma e qualidade de vida da pessoa.

Como já foi referenciado, a emergência da doença crónica tem repercussões incalculáveis nas múltiplas dimensões da vida da pessoa, com implicações na qualidade de vida e bem-estar, pelas limitações que impõem. Como resultado deste processo podem advir estados de dependência os quais forcem a pessoa a encarar a vida numa perspetiva de transição, extremada pelos limites das suas possibilidades, exigindo-lhe medidas de autocontrolo e estratégias de *coping*, facilitadoras do processo de adaptação. Esta perspetiva é corroborada por vários estudos, ao considerarem a adaptação à doença crónica e incapacitante como um esforço significativo e persistente do indivíduo, o qual deve comprometer-se a recuperar o seu máximo bem-estar e a encontrar um lugar para a doença no seu processo de vida. (Whittemore, 2004; Rushton, 2011)

¹A doença crónica representa a maior causa de morte, em grande parte dos países industrializados e nos países em desenvolvimento económico, constituindo uma pandemia global alarmante, pelas complicações associadas, pela morte prematura, pela dependência e consequente impacto na qualidade de vida das pessoas. Afeta a si consideráveis recursos materiais e humanos, tendo em conta as suas características insidiosas e incapacitantes.

É indiscutível que a situação de doença crónica pode condicionar as ações do quotidiano, constituindo um problema acrescido para o autocuidado bem como para o estabelecimento e manutenção de relações afetivas, relacionais e sociais. A necessidade e motivação da pessoa doente e a capacidade dos familiares para se ajustarem a este contexto são determinantes na qualidade de vida da pessoa doente e do grupo familiar em que se insere. Porém, há que considerar que a tarefa de cuidar a pessoa com doença crónica e incapacitante pode traduzir-se numa sobrecarga para o cuidador informal, devido às exigências que o cuidado à pessoa idosa dependente pode impor. (Bocchi, 2004; Garanhni, 2010)

Devido à vulnerabilidade biológica, social e económica, a pessoa idosa portadora de doença crónica é mais suscetível de ser hospitalizada, implicando este evento mudanças nos hábitos de vida e maior predisposição a complicações associadas ao internamento com impacto sobre o nível de dependência e indicadores de saúde. (Kawasaki, 2005; Lang, 2007)

2.2 Impacto da hospitalização na pessoa idosa

Devido à prevalência da doença crónica, os idosos adoecem mais, quer pela descompensação da doença primária quer pelas doenças inaugurais, cuja evolução é influenciada pela presença das doenças pré-existentes (co morbilidades). Estas alterações do perfil epidemiológico associado às modificações estruturais, comportamentais e sociais, determinam frequentemente, a hospitalização da pessoa idosa. Independentemente da necessidade, o processo de hospitalização tem um impacto multidimensional significativo (físico, psíquico e social), podendo ser responsável pela progressiva perda de autonomia com consequente aumento do nível de dependência. Estas mudanças são parcialmente responsáveis pelo risco da pessoa idosa poder vir a desenvolver problemas prevalentes relacionados com distúrbios do sono, com a nutrição ou hidratação, incontinência, confusão mental, evidência de quedas e problemas relacionados com a integridade cutânea (Meredith, 2007). Também, Kawasaki (2005) e Lang (2007), ao estudarem o impacto da hospitalização na independência funcional da pessoa idosa concluíram que esta capacidade pode ser afetada, significativamente, pelo facto da hospitalização se “ (...) tratar de um evento complexo e peculiar que ocorre num momento de fragilidade e desequilíbrio, quando o idoso é retirado do seu meio (...), e transferido para um ambiente hostil”. (Kawasaki, 2005. p.56)

Este autor, ao avaliar a independência funcional de idosos hospitalizados em unidades de clínica médica, constatou o declínio dos scores em todas as atividades do autocuidado, no controlo dos esfíncteres (risco de incontinência urinária), na transferência e na locomoção, défices que melhoravam com o regresso a casa. No domínio cognitivo/social, denotou-se declínio na capacidade de decisão/resolução de problemas bem como na compreensão e expressão. Similarmente, nesta linha de pensamento, Gorzoni [et al] (2006) ao estudar a correlação entre a hospitalização, o envelhecimento e o grau de dependência da pessoa idosa, concluíram que o internamento hospitalar apresenta benefícios, mas também múltiplos fatores de riscos tais como: iatrogenias, IACS, declínio cognitivo, físico e funcional, condições que podem interferir no prognóstico clínico e na qualidade de vida da pessoa idosa no pós alta.

A perda de autonomia, com impacto nos índices de dependência, sofre influência de fatores internos, externos e ambientais, nomeadamente, a severidade da doença, o declínio do estado nutricional, a terapêutica instituída e o ambiente de cuidados. Esta questão remete para o declínio da capacidade funcional da pessoa. Hoogerduijn (2007), classifica o declínio funcional como um problema comum e algo preocupante na pessoa idosa hospitalizada, resultando numa mudança ao nível da qualidade de vida. Para a pessoa idosa, o internamento hospitalar é um evento de risco, podendo condicionar ou agravar o declínio funcional, razão que justifica a identificação precoce dos doentes de risco, com o objetivo de definir intervenções adequadas.

Kleinpell (2008), afirma que durante a hospitalização a pessoa idosa reduz os seus níveis de atividade e mobilidade, facto devido à longa permanência no leito. Os riscos associados a esta prática são bem conhecidos, incluindo a imobilidade, a perda de massa óssea acelerada, a desidratação, a desnutrição, o delírio, a privação sensorial, o isolamento, as forças de deslizamento (risco de úlceras de pressão) e incontinência. Estes autores referem a importância de se realizarem avaliações geriátricas abrangentes, visando identificar pacientes idosos em risco de declínio funcional, implementando modelos de assistência direcionados para o cuidado dos mais velhos. Assim, a avaliação geriátrica sistematizada tem como objetivo identificar precocemente as necessidades de atendimento da pessoa idosa com o fundamento de intervir prematuramente evitando a emergência/risco de eventos críticos (delírios, quedas, estados de desnutrição, etc.).

Lang (2007), num estudo prospetivo e multicêntrico, numa população de 1306 indivíduos, concluiu que, numa situação de hospitalização de emergência, a existência dos diagnósticos de risco de queda, risco de desnutrição, autonomia comprometida e dificuldade na marcha ($p<0.05$), podem proporcionar

uma abordagem de previsão para a perda de independência durante o processo de hospitalização com repercussão na alta e na aceitação do retorno a casa.

Não obstante conhecermos as grandes transformações sociais da *família* e as múltiplas solicitações a que está sujeita, ela representa um dos focos de atenção dos cuidados de enfermagem, sendo vital a sua integração no processo de cuidados à pessoa idosa internada. É essencial que o enfermeiro seja integrador e trabalhe as suas habilidades e competências, capacitando-a para a continuidade dos cuidados no domicílio. (Dec. Lei 106/2009)

O internamento é um momento de transição² do meio familiar para um meio desconhecido, indutor de ansiedade, insegurança e medo, poderemos pensar o quanto pode ser importante o papel da família no contexto da hospitalização da pessoa idosa. Prefaciando Petronilho (2013), existem vários padrões de transição com os quais os enfermeiros mais lidam na interação com os seus utentes:

- os de *desenvolvimento*, quando associados às fases do ciclo de vida;
- os de *saúde/doença*, com enfoque na doença crónica, às quais muitas vezes está associada a dependência no autocuidado;
- os *situacionais*, na qual podemos incluir a transição para o exercício do papel de prestador de cuidados;
- os *organizacionais*, como resposta à transição vivida pelo familiar dependente, e que envolve mudanças no desempenho dos papéis.

Segundo Meleis e Schumacher (1994), estes padrões de transições são determinados por *condições pessoais, da comunidade e sociais*, os quais influenciam o modo como a pessoa consegue passar pelo processo de mudança, facilitando ou dificultando o progresso para uma transição saudável e sustentável. Alguns dos *indicadores* sugeridos pela autora para um processo de transição saudável incluem o *sentimento de estar informado, o desenvolvimento de confiança e os mecanismos de coping*.

Legalmente, os profissionais de saúde devem prestar ao familiar toda a informação e orientação para que este, se assim o entender e sob a supervisão, possa colaborar na prestação de cuidados à pessoa internada. Estes aspectos tornam imprescindível que os enfermeiros considerem os cuidadores/familiares parceiros nos cuidados, trabalhando no sentido de construir/implementar esta filosofia nos seus planos de trabalho. As intervenções de enfermagem centradas na família, enquanto

²Segundo Meleis (2010), a transição é definida como a *passagem de uma fase de vida, condição ou estado para outro*, sendo um conceito multidimensional e multicausal que engloba os elementos do processo, o intervalo de tempo e as percepções.

inédita abordagem do cuidar, representam o fundamento da relação colaborativa entre os profissionais e a família, num contexto de parceria que reconhece e valoriza a importância desta no processo de cuidados.

Está ratificado que na interação enfermeiro/família/cuidador informal, são produzidos saberes, estratégias e recursos facilitadores das transições doença/saúde (Sousa, 2011). A relação interpessoal estabelecida é determinante para a qualidade de cuidados prestados à pessoa, podendo ser através destas habilidades relacionais que o enfermeiro inicia o processo de integração da família nos cuidados.

Trazer a família para o hospital e integra-la nos cuidados, constitui uma alteração de paradigma, o qual desencadeou mudança no modo com se organizam os cuidados bem como na essência das relações estabelecidas entre o doente/família/cuidador informal. A família é uma verdadeira fonte de equilíbrio do cuidar informal, sendo para tal, necessário ser considerada como parceira nos cuidados à pessoa idosa (Martins et al, 2012). De igual modo, pelas características sociais das famílias contemporâneas, também elas se constituem como um foco de intervenção dos cuidados de enfermagem. Este fato deriva das suas necessidades e expectativas, condicionando o envolvimento os serviços sociais e de saúde, numa visão integral e holística de toda a unidade familiar. (Martins et al, 2012)

Reforçamos que o envelhecimento, a hospitalização e o encaminhamento no pós alta coloca grandes desafios às instituições de saúde bem como às famílias. A monitorização do suporte social, o apoio familiar, e o nível da assistência, são fundamentais. Deve haver uma forte sensibilização da família para a importância de manter a pessoa idosa no ambiente familiar/domicílio, mediante estratégias que promovam a articulação entre o cuidado à pessoa idosa e a vida familiar/laboral, de forma saudável e positiva. A procura de recursos na comunidade torna-se vital de forma a dar resposta a este imperativo – *manter a pessoa idosa no seu ambiente familiar, proporcionando-lhe uma etapa da vida vivida com bem-estar e dignidade.*

A utilização de instrumentos de medida, estudados e validados (escalas e índices), é fundamental para o correto diagnóstico da situação, abrangendo as atividades básicas, as instrumentais e as avançadas de vida diária, de forma a obter a noção sobre a competência funcional do idoso.

2.3 A realidade do serviço

O serviço de Medicina III/Infeciologia é constituído por 16 camas de Medicina e 10 camas de Infeciologia. Ao longo dos primeiros seis meses do ano de 2015³, prestou-se assistência especializada a um total de 250 doentes - 200 de Medicina e 50 de Infeciologia, com uma idade média de 49,7 e 68,1 anos respetivamente.

Os diagnósticos prevalentes foram as *Doenças e Perturbações do Aparelho Respiratório e Circulatório* (Medicina) e as *Doenças Infecciosas e Parasitárias* (Infeciologia). Relativamente aos *dias de protelamento de alta*, a Medicina registou um total de 341 dias e a Infeciologia 183 dias.

Tendo em conta a idade média e a tipologia da doença, podemos perceber que estes doentes apresentam índices de dependência elevados, necessitando de ajuda para a satisfação dos autocuidados, o que condiciona sua saída do hospital.

Face a esta realidade, dá-se início ao planeamento da alta o mais precocemente possível sendo o destino no pós alta variável:

- Retorno ao domicílio com cuidador informal com ou sem apoio domiciliário;
- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).

Nas situações em que o doente era cuidado no domicílio, e se se perspetivar o retorno a casa, face às novas dependências, deverá promover-se o envolvimento e capacitação da família para a satisfação das novas necessidades acometidas. Porém, este processo não é feito de uma forma estruturada e sistematizada.

No que se refere aos registos na plataforma CIPE/SAPE, estes doentes inserem-se nos Focos:

- *Consciência* com a qual podemos selecionar o diagnóstico: *Consciência alterada em grau elevado ou moderado*;
- *Autocuidado* com o qual podemos formular os diferentes diagnósticos para os *Autocuidados afetados e o respetivo grau de dependência: reduzido, moderado e elevado*;
- *Papel do prestador de cuidados*, o qual podemos classificar como adequado ou não adequado;
- *Stresse do prestador de cuidados, presente*.

³ Amostra – total de doentes admitidos para o serviço de Medicina/infeciologia no primeiro semestre de 2015

Relativamente às intervenções, selecionou-se:

- Para a ***consciência - alterado:***
 - *Vigiar o estado de consciência através da Score Coma de Glasgow (SCG).*

- Para o ***papel do prestador de cuidados - não adequado:***
 - Incentivar o envolvimento da família;
 - Facilitar o envolvimento da família;
 - Facilitar a expressão das dificuldades no desempenho do papel de prestador de cuidados;
 - Apoiar o prestador de cuidados no desempenho do papel de prestador de cuidados;
 - Planear encontro com o prestador de cuidados;
 - Orientar o prestador de cuidados para o serviço social;
 - Requerer serviço social.

- Para os ***autocuidados dependentes:***
 - Encorajar o prestador de cuidados a participar;
 - Assistir o prestador de cuidados a identificar condições de risco;
 - Ensinar o prestador de cuidados a assistir no auto cuidado dependente;
 - Instruir o prestador de cuidados a assistir no auto cuidado dependente;
 - Treinar o prestador de cuidados a assistir no auto cuidado dependente.

- Para o ***Stress do prestador de cuidados - presente:***
 - Apoiar o prestador de cuidados na tomada de decisão;
 - Elogiar envolvimento do prestador de cuidados;
 - Encorajar o prestador de cuidados a exprimir as suas emoções;
 - Encorajar o prestador de cuidados a participar em grupos de suporte;
 - Facilitar a expressão das dificuldades no desempenho do papel de prestador de cuidados;
 - Planear suporte ao prestador de cuidados.

Consideramos ser importante existir padronizado na plataforma CIPE/SAPE um diagnóstico de enfermagem relacionado com a **Insegurança do prestador de cuidados.**

Numa sociedade em que o envelhecimento é uma realidade exponencial, a avaliação do grau de autonomia da pessoa idosa é extremamente importante quer *na avaliação do estado de saúde*, quer *na planificação dos cuidados*. Assim, considerou-se importante, para acompanhar as dependências nos autocuidados, utilizar uma escala que possibilitasse a avaliação do nível de independência da pessoa para a realização das dez Actividades Básicas de Vida Diária (ABVD): comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas (*Índice de Barthel*).

Consideramos esta escala a mais adequada à realidade, a mesma foi testada numa amostra de 3 doentes, com alta para o domicílio, por forma a avaliar a capacidade funcional e a determinar o grau de independência global e parcelar em cada uma das actividades, com o objetivo de «quantificar» e monitorizar a sua (in) dependência para a realização das ABVD.

Os doentes que constituíram a amostra tem idades compreendiam entre os 46 e os 92 anos com SCG que variou entre os scores 9 e os 14.

Da análise das diferentes atividades que integram a escala, e em termos de valor absoluto resultado do somatório dos diferentes pontos, encontramos uma pessoa totalmente dependente (SCG=9) e duas pessoas a necessitar de ajuda total/parcial em várias ABVD (SCG=14).

Estes resultados, não sendo estatisticamente representativos em termos da população do serviço, demonstram a realidade do grau de dependência dos doentes internados aquando da alta.

3 PERCEBER AS CAUSAS DO PROBLEMA

Embora a evidência reforce a importância do envolvimento da família nos cuidados à pessoa idosa dependente, e esse processo seja facilitador no retorno ao domicílio e na diminuição das taxas de reinternamento, há vários fatores que concorrem para uma menor eficácia do processo. Não obstante a família ser um pilar básico de apoio, com um papel preponderante nos cuidados a longo prazo, a realidade mostra que esta nem sempre está disponível por motivos relacionados com o medo, insegurança, estrutura familiar, questões organizacionais/laborais. (Sequeira, 2010)

No que respeita à equipa multiprofissional, nomeadamente a equipa de enfermagem, consideram importante este processo porém, alegam questões relacionadas com a falta de tempo e uma maior sobrecarga de trabalho. As questões estruturais também têm influência na adesão ao envolvimento da família nos cuidados (horários de visitas e dinâmicas internas).

Neste contexto, considerou-se importante perceber as razões sentidas pelos enfermeiros no processo de integração da família na prestação de cuidados à pessoa idosa internada com grau de dependência moderado a elevado. Para tal, formulámos uma questão, sob a forma de pergunta aberta, através da qual pretendíamos saber qual a opinião dos enfermeiros relativamente ao problema em estudo.

Questão: Na sua opinião por que razão, nem sempre é integrada a família na prestação de cuidados à pessoa idosa dependente internada?

Dos vinte e dois colegas que compõem a equipa, 9 foram excluídos por motivos de férias, atestados e por fazerem parte do projeto. Da população restante responderam 7 enfermeiros (50% da amostra).

Da análise de conteúdo realizada emergiram 3 grandes dimensões, relacionadas com:

- Equipa
- Família
- Organização/Serviço

Nas causas relacionadas com a **Equipa**, 10,5% salienta questões relacionadas com a “*interferência*” da família nos cuidados.

Na dimensão **Família**, 31,6% dos colegas apontam a resistência da família na adesão à prestação de cuidados por falta de motivação, indisponibilidade por variadíssimas razões, insensibilidade e receio de invadir a intimidade do familiar.

Relativamente à **Organização/Serviço**, 57,9% refere problemas relacionados com a manutenção das dotações seguras (indisponibilidade de tempo, aumento da carga de trabalho), falta de recursos materiais, falta de um plano de integração da família nos cuidados e o fato de serem dadas altas muito precoces.

Face à análise das respostas dos enfermeiros, o principal fator da não adesão à integração da família nos cuidados à pessoa idosa internada está relacionada com questões organizacionais e/ou de gestão corrente.

No âmbito da actividade de Melhoria Contínua da Qualidade “**Integração do familiar/cuidador nos cuidados à pessoa idosa internada, dependente no auto cuidado e com alta para o domicílio**” e conhecidas que são as causas que subjazem ao problema em análise, iremos dar início a estudo o qual terá por base uma metodologia de avaliação da qualidade (*Check-list* de Heather Palmer).

Esta metodologia, sendo transversal, permitirá analisar cada indicador *per-si*, tentando respeitar as seguintes etapas:

a – Identificação das dimensões do estudo

- *Efetividade* na autonomia do familiar/cuidador para prestar cuidados à pessoa idosa com dependência nos autocuidados;
- *Satisfação/aceitabilidade* avaliada pelos níveis de adesão da família/cuidador aos programas de ensino, instrução e treino;
- *Acessibilidade* avaliada pela redução da taxa de reinternamentos.

b – Unidades do estudo

- Pessoas idosas internadas no serviço de Medicina III/Infeciologia, com alta para o domicílio a necessitarem de ajuda total e/ou parcial na satisfação dos autocuidados;
- Familiar/cuidador;
- Equipa de enfermagem do serviço em estudo;

- Durante um período de tempo de 1 anos (2016).

c – Tipo de dados

- Os tipos de a recolher serão para produção de indicadores epidemiológicos, resultado e satisfação.

d – Fonte de dados

- Sistemas de informação/plataforma de registos do serviço (CIPE/SAPE);
- Índice de Barthel;
- Entrevista telefónica – *Follow-up*.

e – Tipo de avaliação

- Auditorias internas à plataforma de registos CIPE/SAPE;
- Auto-avaliação da *performance da equipa*, relativamente do projeto em curso;
- Follow-up da pessoa idosa com alta em contexto de domicílio.

f – Critérios de avaliação

- Critérios implícitos - pareceres dos peritos
- Critérios explícitos – normativos, baseados nas evidências científicas, adaptados ao local onde se prestam os cuidados.

g – Colheita de dados

- Processo realizado pelos elementos da equipa de enfermagem dinamizadores do projeto.

h – Relação temporal

- Avaliação retrospectiva (consulta dos dados na plataforma CIPE/SAPE);
- Avaliação prospetiva (follow-up).

i – Seleção da amostra

- Todas as pessoas idosas com alta para o domicílio, com dependência em pelo menos um dos autocuidados e que tenham como cuidador a família, e que tenham sido alvo de um processo de ensino, instrução e treino no internamento de Medicina III/Infeciologia.

j – Intervenção prevista/medidas corretivas

- Mudanças no processo se os resultados obtidos forem pouco expressivos:
 - Reforço das medidas educacionais;
 - Reforço do papel da equipa de enfermagem no sentido de sensibilizar os elementos para a importância do acompanhamento da pessoa e das famílias visando a adesão ao ensino sobre os autocuidados dependentes da pessoa idosa internada;
 - Reforçar o papel preponderante dos registos na plataforma, (levantar os diagnósticos e intervenções de enfermagem adequados a cada situação).

4 OBJETIVOS, PLANEAMENTO E EXECUÇÃO DE TAREFAS

Após a seleção do tema e delimitação do fenómeno em estudo, iniciou-se revisão bibliográfica da literatura e, simultaneamente a esta, reuniões para análise da informação recolhida e discussão de ideias de maior importância para o desenvolvimento de todo o projeto. Nestas reuniões ficou delimitado o nosso objetivo geral e os específicos, que foram melhorados ao longo das pesquisas e da confrontação com a realidade do serviço. Planeamos também as atividades a executar através das tarefas e da forma de as avaliar através dos indicadores de qualidade.

Objectivo Geral: Integrar a família/cuidador na prestação de cuidados à pessoa idosa dependente em contexto de internamento.

<u>Objetivos específicos</u>	<u>Tarefas</u>	<u>Indicadores de avaliação</u>
Identificar as principais dependências da pessoa idosa internada nas quais é necessário a integração da família nos cuidados.	<ul style="list-style-type: none">• Avaliação da independência da pessoa internada com recurso a uma escala validada e adaptada para a população portuguesa – Índice de Barthel.	
Envolver a equipa de enfermagem no projecto.	<ul style="list-style-type: none">• Realização de ações de formação interna;• Capacitação da equipa de enfermagem para assistir a família/cuidador no processo de transição e desenvolvimento de competências para o auto cuidado dependente da pessoa internada;• Sensibilização da equipa de enfermagem para o uso do conjunto de diagnósticos e intervenções de enfermagem	$\frac{\text{Número de de enfermeiros que participaram}}{\text{Número total de enfermeiros}} \times 100$ $\frac{\text{Número de diagnósticos corretamente promovam a integração da família no}}{\text{Número total diagnósticos definidos}} \times 100$

	que reflitam a integração da família/cuidador nos cuidados.	
Capacitar a família/cuidador para cuidar do seu familiar dependente no domicílio após a alta, prevenindo reinternamentos.	<ul style="list-style-type: none"> • Identificação do familiar/cuidador; • Convocação do familiar/cuidador para estar presente na ação de ensino, instrução e treino; • Envolvimento do familiar/cuidador, nos cuidados à pessoa dependente; • Realização do ensino, instrução e treino ao familiar/cuidador relacionado com o(s) autocuidado(s) dependente(s); • Utilização de materiais de suporte aos ensinamentos, tais como: folhetos informativos sobre procedimentos/cuidados; • Avaliação dos ensinamentos realizados à família/cuidador. 	$\frac{\text{Número de prestadores de cuidados com ganhos de conhecimento}}{\text{Número total de prestadores de cuidados com ganhos de conhecimento}} \times 100$ $\frac{\text{Número de prestadores de cuidados com défice}}{\text{Número total de prestadores de cuidados com défice}} \times 100$
Compreender o grau de satisfação da família/cuidador durante o processo de transição e adaptação à nova condição do seu familiar.	<ul style="list-style-type: none"> • Realização de consultas de follow-up aos dois meses após a alta a todos os cuidadores das pessoas dependentes com alta para o domicílio durante o ano de 2016; • Elaboração de um guião da entrevista telefónica. 	$\frac{\text{Número total de famílias integradas na prestação de cuidados autónomas no cuidar do seu familiar após a alta}}{\text{Número total de famílias integradas no projecto}} \times 100$ $\frac{\text{Número total de famílias integradas na prestação de cuidados em que os utentes tiveram alta para integradas no projecto}}{\text{Número total de famílias integradas no projecto}} \times 100$

Recursos:

Humanos: Enfermeiros do serviço, Médicos, Assistentes Operacionais, Conselho de Administração, Pessoa internada e família/cuidador.

Materiais: Protocolos, Normas de Procedimentos, Folhetos informativos, computadores do serviço, aplicação informática CIPE/SAPE, dados estatísticos multidisciplinares.

Pessoais: Capacidade de observação, organização, motivação e interpretação de dados.

Proyecto de Melhoria Continua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem

Integração da família nos cuidados à pessoa idosa internada

Ano	2015				2016								2017							
MESES	Maio - Junho	Julh. - Ago.	Set. - Out.	Nov. -Dez.	Jan. - Fev.	Mar. - Abr.	Mai. - Jun.	Julh. - Ago.	Out - Nov.	Nov. -Dez.	Jan. - Fev.	Mar. - Abr.	Mai. - Jun.	Julh. - Ago.	Out - Nov.	Nov.-Dez.				
Reuniões de Grupo	■		■		■		■		■		■		■							
Explicitação do objecto de estudo	■	■																		
Pesquisa Bibliográfica	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■						
Definição dos objectivos	■	■																		
Início de elaboração do projecto		■	■	■																
Continuação da elaboração do projecto escrito				■	■	■	■	■	■	■	■	■	■							
Análise Reflexiva das práticas	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■				
Envolvimento da família na prestação de cuidados					■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■				
Elaboração da Formação Interna				■																
Formação Interna					■	■									■	■				
Elaboração do Guia da entrevista telefónica					■	■														
Avaliação o grau de satisfação da família/cuidador integrada nos cuidados/ Identificar					■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■				
Análise de dados do projecto												■	■	■	■	■				
Redacção do documento final													■	■	■	■				

[illegible]

5 VERIFICAR OS RESULTADOS

Após a conclusão da implementação do projeto, serão avaliados os resultados através da análise reflexiva dos elementos dinamizadores do projeto e da análise dos indicadores de qualidade.

O projecto está programado para ser implementado durante o ano de 2016 com avaliação em 2017. A exposição dos dados obtidos neste periodo de tempo é fulcral para a validação dos objetivos a que nos propomos, bem como os ganhos obtidos em saúde.

6 CONCLUSÃO

Acreditamos que o percurso realizado com a execução deste projeto constou como uma mais-valia para a discussão e reflexão sobre três grandes eixos: a formação dos enfermeiros, a importância da família na tríade de cuidados e a evolução dos processos de ensino – aprendizagem. Pensar num processo de melhoria contínua sustentado na prática, permitiu-nos reestruturar o paradigma da prestação de cuidados ao nível dos conceitos, dos diagnósticos e das intervenções de enfermagem neste domínio.

Porém, este caminho não foi isento de obstáculos. As principais dificuldades sentidas estiveram relacionadas com a conciliação/disponibilidade de tempo para as pesquisas (dotações seguras não cumpridas). Constatou-se, de igual modo, dificuldade em obter alguns dados retrospectivos que nos permitissem contextualizar e justificar a problemática (dados estatísticos).

No entanto este projeto não é estático, a pesquisa e análise do contexto é diária e permitirá que todo o projeto se vá reformulando de acordo com as necessidades e os diversos recursos disponíveis.

Sendo um projeto do serviço, pretende-se que seja integrador e sustentável. Apostar no regresso a casa, da pessoa idosa dependente, requer trabalho e grande empenho da equipa no sentido de capacitar cada família/cuidador para o autocuidado dependente do seu ente querido. Tendo como pressuposto a qualidade dos cuidados, o bem-estar, a satisfação da pessoa/família e a possibilidade de morrer em casa, o horizonte deste trabalho não poderá ser inalcançável. Deve assentar em princípios norteadores das práticas, tais com a responsabilidade profissional, a competência, a dignidade e o respeito pela autodeterminação da pessoa.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andrade, Fernanda (2009) - O Cuidado Informal à Pessoa Idosa Dependente em Contexto Domiciliário: Necessidades Educativas do Cuidador Principal. Minho, p.3. Acedido em 01/05/2015Disponível em:https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/10460/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o_Mestrado_Fernanda_%20Andrade-Vers%C3%A3o_final.pdf
- Azoulay, É. et al (2003) - Family participation in care to the critically ill: opinions of families and staff. Intensive Care Med, 29, 1498 – 1504
- Beuter. M [et al] (2009) – Perfil de familiares acompanhantes: Contribuições para a acção educativa da enfermagem. Rev. Min. Enfermagem; 13(1): 28-33, Jan./Mar.
- Bocchi, SCM (2004) - Living the burden in becoming a family caregiver for acerebrovascular accident survivor: knowledge. Revista Latino-Americana de Enfermagem. [em linha]. Vol. 12, nº1 (Janeiro/Fevereiro, 2004). Pp:115-121. ISSN 0101-1169. Acedido em 2/02/2012. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692004000100016
- Cardoso, M. (2011) – Promover o bem-estar do familiar cuidador: Programa de intervenção estruturado. Tese de Doutoramento, Universidade Católica Portuguesa, Portugal. Acedido em 15/05/2015 Disponível em: <http://repositorio.ucp.pt>
- Carrilho, M. J. e Patrício, L. (2009). A Situação Demográfica Recente em Portugal. Revista de Estudos Demográficos. Instituto Nacional de Estatística. Volume 48: 101-145. ISSN 1645-5657
- Carvalho, José C. (2012) – Transferibilidade do conhecimento em Enfermagem de Família. Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal. pp.165-173. Acedido em 01/05/2015. Disponível em: http://www.esenf.pt/fotos/editor2/i_d/transferibilidade_conhecimento_ef.pdf
- Chakravarti, B; Chakravarti, DN (2007) - Oxidative modification of proteins: age-related changes. **Gerontology**. Vol. 53, nº3. (2007). Pp.128-39. /ISSN: 0304324X. Acedido em 5/05/2011. Disponível em:
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=17164550&lang=pt-br&site=ehost-live>
- Chernicharo, I. & Ferreira, M. (2015) – Sentidos do cuidado com o idoso hospitalizado na perspectiva dos acompanhantes. EEAN Revista de Enfermagem. 19, 80-85

- Ferreira, Sandra Cristina (2015) – O envolvimento da família no hospital: perspectivas dos enfermeiros generalistas e dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação. Tese de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal. Acedido em 02/06/2015. Disponível em: <http://comum.rcaap.pt/handle/123456789/9762>
- Garanhni, MR; [et al] (2010) - Adaptation of the person after stroke and their caregivers: home environment, wheelchair and bath chair. **Acta de Fisiatria** [em linha], Vol 17, nº 4 (Dezembro, 2010). Pp: 164-168. ISSN: . Acedido a 3/03/2012. Disponível em: http://www.actafisiatria.org.br/v1/controle/secure/Arquivos/AnexosArtigos/CDA72177EBA360FF16B7F836E2754370/164_168_Adapta%C3%A7%C3%A3o%20da%20pessoa%20ap%C3%B3s%20acidente%20vascular%20encef%C3%A1lico.pdf
- Gilbert, P, Allan, S., Ball, L., & Bradshaw, Z. (1996). - Overconfidence and personal evaluations of social rank. *British Journal of Medical Psychology*, 67, 59-68
- Gonçalves, DM Sila (2008) – A preparação do regresso a casa da pessoa idosa hospitalizada. Tese de Mestrado, Universidade Aberta Lisboa. Acedido em 30/09/2015 em: <https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/1234/1/disse>
- Gorzoni, ML; Pires, SL (2006) - Idosos asilados em hospitais gerais. *Revista de saúde Pública*. São Paulo. ISSN: 0034-8910. Vol. 40.nº 6. (Dezembro, 2006). Pp 1124-30. Acedido em 12/03/2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102006000700024&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
- Graf C. (2008). - The Hospital Admission Risk Profile. *American Journal of Nursing*. [em linha]. Vol.108. nº 8. (Agosto 2008). Pp: 62-71. Acedido a 12/06/2015. Disponível em: http://www.nursingcenter.com/prodev/cearticleprint.asp?CE_ID=807373#
- Hans Jonas (1995) – Le principe responsabilité. Une éthique pour la civilisation technologique. 3ª Edition. Paris. ISBN: 2-204-04160-2.
- Hanson, Shirley M.H. (2005) - Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria, Práticas e Investigação. 2ª edição. Loures: Lusociência, 497. ISBN 972-8383-83-5.
- Henriques, Amanda Haissa Barros; Barros, Raquel Farias; Morais, Gilvânia Smith da Nóbrega - Cuidado ao cuidador na busca de um cuidado humanizado em saúde: um resgate bibliográfico. Acadêmicas do Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande, Brasil. Acedido em 01/05/2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692004000100016

- Herrman J. (2008) - Creative teaching strategies for the nurse educator. Philadelphia: Davis Company. ISBN-13: 978-0803614321
- Hoogerduijn JG; [et al], (2007) - Research and Development Fellow, Faculty Chair for Chronically ill, Faculty of Health care. Journal of Clinical Nursing. Vol.16 nº1 (Janeiro 2007). Pp 46-57. ISSN: 09621067. Acedido a 20/11/2011. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=17181666&lang=ptbr&site=ehost-live>
- Huffines, Meredith et al (2013) - Improving Family Satisfaction and Participation in Decision Making in an Intensive Care Unit. Critical Care Nurse.33, 56-69
- Instituto Nacional de Estatística (2010) - Estatísticas Demográficas. Lisboa: INE. ISBN: 978-989-25-0055-3
- Kawasaki, K; Diogo, MJDE (2005) – Impacto da Hospitalização na Independência Funcional do Idosos em Tratamento Clínico. Revista Acta de Fisiatria. São Paulo. Vol. 12. Nº 2. Pp. 55-60
- Kleinpell, R M; Fletcher K; Jennings B M (2008) - Reducing Functional Decline in Hospitalized Elderly. In: HUGHES RG (ed.) - Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses. US: AHRQ Publication No. 08-0043. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2008. PMID: 21328732. Capítulo 11, Pp: 259-270
- Lang, PO [et al] (2007) - Loss of independence in Katz's ADL ability in connection with an acute hospitalization: early clinical markers in French older people. European Journal of Epidemiology. Vol. 22, nº 9 (Jul. 2007) pp. 621-30. ISSN: 0393-2990. Acedido a 2/06/2015. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=17653605&lang=pt-br&site=ehost-live>
- Lemos, J. (2012) – Avaliação das dificuldades dos cuidadores informais de idosos dependentes. Tese de Mestrado, Escola Superior de Saúde de Bragança, Portugal. Acedido em 26/09/2015. Disponível em: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/8088>
- Martins, Maria Manuela; Fernandes, Carla Sílvia; Gonçalves, Lucia Hisako Takase (2012). A família como foco dos cuidados de enfermagem em meio hospitalar: um programa educativo. Rev. bras. enferm., Vol.65, nº4, pp. 685-690. ISSN 0034-7167. Acedido a 2/06/2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000400020

- Meleis, Afaf I. (2010) – Transitions Theory: Middle-Range and Situations Specific Theories in Nursing Research and Practice. Springer Publishing Company. Acedido em 06/09/2015. Disponível em: http://www.certifiedeasy.com/aa.php?isbn=ISBN:0826105343&name=Transitions_theory,_middle-range_and_situation-specific_theories_in_nursing_research_and_practice.
- Meredith & Fulmer (2007) - Fulmer SPICES: An Overall Assessment Tool for Older Adults. American Journal of Nursing, Vol. 107, nº 10 (Outubro, 2007) pp. 40-48. Acedido a 2/06/2015. Disponível em: http://consultgerirn.org/uploads/File/trythis/try_this_1.pdf
- Oliveira, William Tiago et al (2012) - Vivência do cuidador familiar na prática do cuidado domiciliar ao doente crónico dependente. Revista Ciência Cuidar e Saúde, Vol.11. pp.129-137.
- Orem, D. (1993) – Modelo de Orem: Conceptos de enfermeira en la práctica. Barcelona. Ediciones Científicas y Técnicas. ISBN: 84-458-0092-2.
- Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual, Enunciados descritivos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2002.
- Pereira, I; Silva, A. (2012) – Ser Cuidador Familiar: A Perceção do Exercício do Papel. Revista Pensar Enfermagem. 16(1): 42-54. Acedido em 03/03/2015 Disponível em: http://pensarenfermagem.esel.pt/_les/2012_16_1_42-54.pdf;
- Petronilho, Fernando Alberto Soares (2012) – **Autocuidado: Conceito Central da Enfermagem**. 1ª edição. Coimbra: Formasau. ISBN 978-989- 8269-17-1.
- Portugal - *Direção Geral de Saúde. Programa Nacional de Saúde 2012-2016*.. Acedido em 26/09/2015. Disponível em: <http://pns.dgs.pt/files/2013/05/Versao-resumo.pdf>
- Portugal - *Direção Geral de Saúde* – Lei de Bases da Saúde, Direitos e Deveres do Cidadão. Acedido em 2/06/2015. Disponível em: <http://www.minsaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/politica+da+saude/enquadramento+legal/leibasessaude.htm>
- Decreto-Lei nº 106/2009. D.R. I Série. 178 (14-09-09) 6254-6255
- PORTUGAL. Direção Geral de Saúde. Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (2004). Lisboa: DGS. Acedido em 30/05/2015. Disponível em: www.dgs.pt/.../programa-nacional-para-a-saude-das-pessoas-idosas-pdf
- PORTUGAL. Norma da Direção Geral de Saúde 054/2011. Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação. Acedido em 26/09/2015. Disponível em: <https://www.dgs.pt/...dgs/normas...normativas/norma-n-0542011-de-271>

- Rodrigues, L. (2013). A família parceira no cuidar: Intervenção do Enfermeiro. Tese de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal. Acedido em 19/04/2015 Disponível em: repositorio.esenfc.pt
- Rubenfield, M. Gaie & Scheffer, B. (1999) – Critical Thinking in Nursing: An interactive approach. 2ª edição. Philadelphia: Lippincott.
- Rushton, C A; [et al] (2011)- Comorbidity in modern nursing: a closer look at heart failure. **British Journal of Nursing**. Vol 20, Nº 5. (Março, 2011). Pp 280-285. ISSN: 0966-0461. Acedido em 21/06/2015. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2009209861&lang=pt-br&site=ehost-live>
- Sequeira, C. (2010) – Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental. Lisboa: Lidel. ISBN: 978-972-757-717-0
- SOUSA, P. [et al], (2008) – Avaliação da qualidade em saúde: a importância do ajustamento pelo risco na análise de resultados na doença coronária. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. Lisboa ISSN: 0870-9025. Vol. Temático, nº 7. (Março, 2008). Pp: 57-65
- Teixeira, Larissa Silva [et all] (2013) – O idoso hospitalizado: atuação do acompanhante e expectativas da equipe de enfermagem Revista Ciência Cuidado e Saúde, 12(2), pp.266-273. Acedido em 25/09/2015. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/18407>
- Vieira, G. [et al] (2011) – O stress do familiar acompanhante de idosos dependentes no processo de hospitalização. Revista eletrônica de Enfermagem. 13(1): 78-89. Acedido em 07/03/2015 Disponível em: www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/8719/9163
- Whittemore R. & Dixon J (2008) - Chronic illness: the process of integration. **Journal of Clinical Nursing** [em linha]. Vol.17, nº7b. (Julho, 2008) Pp.177 –187: ISSN: 0962-1067. Acedido em 2/06/2011. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18578794>
- WHO (2008) - 2008-2013 Action Plan for the global strategy for the prevention and control of Noncommunicable Diseases. WHO. ISBN: 978 92 4 159741 8. Acedido a 14/7/2015. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597418_eng.pdf