



escola superior de
enfermagem
de coimbra

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

A Promoção do Autocuidado na Pessoa em Processo de Transição

Mónica do Rosário Pereira

Coimbra, Outubro de 2012



escola superior de
enfermagem
de coimbra

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

A Promoção do Autocuidado na Pessoa em Processo de Transição

Mónica do Rosário Pereira

Orientadora: Doutora Águeda da Assunção Gonçalves Marques, Professora
Coordenadora da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra para obtenção
do grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação

Coimbra, Outubro de 2012

Enquanto estiveres viva, sente-te viva.

Se sentes saudades do que fazias, volta a fazê-lo.

Não vivas de fotografias amarelcidas...

Continua, quando todos esperam que desistas.

Não deixes que enferruje o ferro que existe em ti.

Faz com que em vez de pena, te tenham respeito.

Quando não consigas correr através dos anos, trota.

Quando não consigas trotar, caminha.

Quando não consigas caminhar,

Usa uma bengala.

Mas nunca te detenhas!

Madre Teresa de Calcutá

AGRADECIMENTOS

Com a apresentação deste trabalho pretendo expressar os mais sinceros agradecimentos e reconhecimento a todos aqueles que de alguma forma o tornaram possível.

À Professora Doutora Águeda da Assunção Gonçalves Marques, orientadora desta dissertação, pelo apoio científico, encorajamento e confiança depositada ao ter partilhado comigo os seus saberes. Pela aprendizagem que me proporcionou através do rigor científico, excelentes capacidades profissionais. Pelo apoio, interesse e riqueza humana demonstrada ao longo do meu percurso académico e pessoal, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, possibilitando a concretização de mais um trabalho, nas melhores condições. As suas observações, ensinamentos prestados e disponibilidade foram essenciais para a realização deste trabalho. O meu muito obrigado!

À equipa de enfermagem do serviço de Especialidades Médicas, sem a qual não poderia ter sido possível a concretização deste estudo.

À Sr.^a Enfermeira Salomé Sacadura, Enfermeira Chefe do serviço de Especialidades Médicas, no período em que foi realizada a colheita de dados, pela disponibilidade e interesse apresentado na execução do estudo, pelos ensinamentos demonstrados, pelo seu sentir em Enfermagem.

Cumpre-me ainda agradecer ao Conselho de Administração, do Centro Hospitalar do Médio Tejo, pela autorização concedida, na aplicação dos questionários, no serviço de Especialidades Médicas, permitindo a viabilização deste trabalho.

À minha família em particular ao meu marido César, que nos momentos de desânimo me apoiaram e encorajaram. Aos meus filhos que me acompanharam de perto. Muito Obrigada!

A todos que comigo colaboraram, de uma forma ou de outra, tornando possível a sua realização, agradeço com amizade.

SIGLAS

AIVD – Atividades Instrumentais de Vida Diária

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividades de Vida Diárias

CHMT – Centro Hospitalar do Médio Tejo

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DP – Desvio Padrão

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

FIM – Functional Independence Measure

H- Hipótese

IC – Insuficiência Cardíaca

M – Média

MFR – Medicina Física e de Reabilitação

MIF – Medida de Independência Funcional

WHO – World Health Organization

RESUMO

O envelhecimento da população e a crescente prevalência das doenças crónicas traduzem-se no aumento progressivo de incapacidades, o que leva a que os enfermeiros desenvolvam a sua atividade no sentido de capacitar a pessoa para gerir com maior eficácia os processos saúde-doença, centralizando a responsabilização da pessoa para se autocuidar. Os enfermeiros podem contribuir de forma significativa na promoção do autocuidado, na qualidade dos processos de transição vividos pelas pessoas, através de medidas contínuas em que toda a equipa de saúde deve estar envolvida e, onde o enfermeiro de reabilitação pode constituir uma mais-valia.

A presente investigação de natureza quantitativa, descritivo-correlacional tem como objetivo analisar a relação entre as variáveis sociodemográficas e de contexto clínico na evolução do desempenho do autocuidado, na pessoa em processo de transição. A amostra é constituída por 68 utentes internados num serviço de Especialidades Médicas, de um Centro Hospitalar. Para o efeito, foi aplicado um questionário de caracterização sociodemográfica, de contexto clínico e a escala de Medida de Independência Funcional (MIF), no momento de entrada e alta do serviço, da amostra em estudo. Os dados foram tratados com base no programa IBM.SPSS.19 utilizando-se a estatística descritiva e inferencial.

Os resultados obtidos evidenciaram que a diferença do nível de independência funcional entre os dois momentos de avaliação é estatisticamente significativa, em todas as variáveis analisadas na MIF. No segundo momento de avaliação salienta-se um aumento de sujeitos com demonstração de conhecimento em todos os autocuidados, e um aumento de casos em que foi efetuado o ensino, relativo a cada atividade de autocuidado. Em ambos momentos de avaliação, as mulheres associam-se a um menor nível do desempenho no autocuidado, quanto mais idade têm os utentes menor é o nível de desempenho do autocuidado, quanto maior o nível de habilitação literária dos utentes maior o nível de desempenho no autocuidado e os indivíduos casados demonstram maiores níveis de desempenho de autocuidado do que os utentes com outro estado civil. De referir também que quanto maior o conhecimento demonstrado maior o nível de desempenho no autocuidado da pessoa e quanto maior o número de atividades de autocuidado ensinadas, maior o nível de desempenho do autocuidado. Verificam-se diferenças entre o tipo de patologia e o desempenho do autocuidado, no momento de entrada dos utentes no serviço.

ABSTRACT

The aging population and the increasing prevalence of chronic diseases are reflected in the progressive increase of disability, leading nurses to develop their activity in order to enable people to manage the health-disease processes more effectively, making the person responsible for self-care. Nurses can contribute significantly to promote the self-care and the quality of transitions experienced by people through continuous measures, in which the entire health care team should be involved and where the rehabilitation nurse can be an asset.

This quantitative, descriptive and correlational research aims to analyze the relationship between the socio-demographic and of clinical context aspects in the evolution of the self-care performance, regarding the person in transition. The sample consists of 68 service users admitted in Medical Specialities, in a hospital center. For this purpose, a questionnaire of socio-demographic characterization, in a clinical context, was made to the sample under study and the scale of the Functional Independence Measure (FIM) was used at the time of entry and discharge from the service. The data were processed based on the program IBM.SPSS.19 using the descriptive and inferential statistics.

The results showed that the difference in the level of functional independence between the two assessment moments is statistically significant to all variables in the MIF. The second assessment highlights an increase of subjects with demonstration of knowledge in all self-care, and an increase of cases in which the teaching was done on each self-care activity. In both cases, women are associated with a lower level of self-care performance, and older users also have a lower level. The users with the higher level of qualification have a higher level of self-care performance and married individuals demonstrate higher levels of self-care performance than users with other marital status. It is also worth mentioning that a greater knowledge contributes to a higher level of self-care performance, and a greater number of self-care activities taught lead to a higher level of self-care performance, too. There are differences between the type of pathology and the self-care performance at the time of users' entry into service.

ÍNDICE DE QUADROS	Pág.
Quadro 1 – Pontuação e níveis de dependência da MIF.....	69
Quadro 2 – Agrupamento das patologias incapacitantes.....	70
Quadro 3 - Critérios de diagnóstico.....	72

ÍNDICE DE TABELAS	Pág.
Tabela 1 – Caraterização sociodemográfica da amostra.....	81
Tabela 2 – Caraterização da patologia incapacitante.....	82
Tabela 3 – Caraterização do conhecimento demonstrado quanto ao autocuidado no momento de entrada e alta.....	83
Tabela 4 – Estudo da evolução do conhecimento sobre o autocuidado (Teste T de Wilcoxon).....	83
Tabela 5 – Caraterização do ensino efetuado no momento de entrada e alta.....	84
Tabela 6 – Caraterização do nível de função de independência funcional.....	85
Tabela 7 – Evolução do nível de independência funcional.....	86
Tabela 8 – Estatística relativa à MIF por itens e dimensões.....	87
Tabela 9 – Género e o desempenho no autocuidado (MIF Motora) (Teste U de Mann-Whitney).....	89
Tabela 10 – Coeficiente de correlação de Pearson entre idade e desempenho do autocuidado (MIF Motora).....	90
Tabela 11 – Estado civil e desempenho do autocuidado (MIF Motora) (U de Mann-Whitney).....	90
Tabela 12 – Coeficiente de correlação de Spearman entre habilitações literárias e desempenho do autocuidado (MIF Motora).....	91
Tabela 13 – Coeficiente de correlação de Spearman entre conhecimento e desempenho do autocuidado (MIF Motora)	92
Tabela 14 – Coeficiente de Spearman entre Ensino e desempenho do autocuidado (MIF Motora).....	93
Tabela 15 –Tipo de patologia e desempenho do autocuidado (MIF Motor) (Kruskal-Wallis).....	94

ÍNDICE	Pág.
INTRODUÇÃO.....	15
PARTE I	
ENQUADRAMENTO TEÓRICO	
1- O AUTOUIDADO NA PESSOA EM PROCESSO DE TRANSIÇÃO...	23
1.1 – PROCESSO DE TRANSIÇÃO.....	24
1.2 – O AUTOUIDADO	28
1.2.1 – A teoria do déficit do autocuidado	29
1.3 – AUTONOMIA VERSUS INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL NO IDOSO	35
1.4 – AVALIAÇÃO FUNCIONAL.....	38
1.4.1 – Medida de independência funcional	40
1.5 – O PAPEL DO ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO NA PROMOÇÃO DO AUTOUIDADO.....	41
2 – PROMOÇÃO DA SAÚDE.....	46
2.1 – A APRENDIZAGEM: CONTRIBUTOS DAS TEORIAS.....	48
2.2 – PROMOÇÃO DO AUTOUIDADO.....	51
2.2.1 – Promoção do autocuidado: processo ensino- aprendizagem.....	52
2.2.2 – Estudos realizados sobre a promoção do autocuidado na pessoa em processo de transição.....	54
PARTE II	
APRESENTAÇÃO DO ESTUDO EMPÍRICO	
1 – METODOLOGIA.....	61
1.1 – CONTEXTUALIZAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO, OBJETIVOS E QUESTÕES.....	62
1.2 - CONSTITUIÇÃO DA AMOSTRA.....	65
1.3 – IDENTIFICAÇÃO E OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS.....	66
1.3.1 – Operacionalização das variáveis.....	67
1.4 – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS.....	75
1.5 – PROCEDIMENTOS DE RECOLHA DE DADOS.....	76

1.6 – PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS.....	77
1.7 – TRATAMENTO ESTATÍSTICO.....	78
2– APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	80
2.1 – ANÁLISE DESCRITIVA DOS DADOS.....	80
2.1.1– Caraterização sóciodemográfica da amostra.....	80
2.1.2– Caraterização do contexto clínico	81
2.1.3– Caraterização da Independência Funcional.....	84
2.2– ANÁLISE INFERENCIAL.....	88
2.2.1- Variáveis sóciodemográficas e a evolução do desempenho do autocuidado.....	88
2.2.2 – Variáveis de contexto clínico e a evolução do desempenho do autocuidado.....	91
3 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	95
4 – CONCLUSÃO E SUGESTÕES.....	109
BIBLIOGRAFIA.....	115

APÊNDICES

APÊNDICE I - Instrumento de Colheita de Dados

APÊNDICE II - Grelha de Registo

APÊNDICE III – Consentimento Informado

ANEXOS

ANEXO I - Fatores determinantes do autocuidado

ANEXO II - Pedido de autorização para colheita de informação

ANEXO III - Parecer da Comissão de ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde – Enfermagem, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

INTRODUÇÃO

Na perspetiva da Direção Geral de Saúde (2003), nas sociedades modernas a melhoria das condições de vida, os avanços médico-cirúrgicos e a promoção e generalização dos cuidados de saúde têm permitido o aumento da longevidade das pessoas, havendo um aumento progressivo no crescimento do número de idosos.

A Ordem dos Enfermeiros (2011) acrescenta que as necessidades de cuidados de saúde à pessoa idosa aumentam, sendo nesta população previsível o aumento da prevalência de doenças de evolução prolongada, com graus de dependência elevados. Por outro lado menciona que com o avanço da tecnologia e do conhecimento na área da saúde, cada vez mais pessoas sobrevivem a lesões potencialmente fatais (por exemplo; os acidentes de viação e de trabalho) e as pessoas com doença crónica vivem mais anos.

Tudo isto afeta a política social e económica, assistindo-se a uma diminuição da população produtiva com aumento da população dependente e conseqüente aumento nos custos com a saúde.

Em resposta a este fenómeno, Petronilho (2012) menciona que as políticas de saúde procuram capacitar a pessoa para gerir com maior eficácia os processos saúde-doença, ao centralizarem a responsabilização da pessoa para cuidar de si própria em relação às atividades de vida diárias e/ou na família, na procura de comportamentos definidos com a ajuda de profissionais.

Abreu (2008) concorda com o autor ao referir que se colocam desafios aos profissionais ao lidarem com doentes a vivenciar processos de transição, nomeadamente a oportunidade de desenvolver intervenções apropriadas às necessidades do estado de saúde dos doentes, sendo que na opinião de Meleis *et al.* (2000), os enfermeiros podem influenciar processos de transição se a sua prática for centrada na pessoa e nas suas necessidades reais.

De acordo com o estudo de Petronilho (2012), o autocuidado é um resultado sensível aos cuidados de enfermagem, com tradução positiva na promoção da saúde e no bem-estar através do aumento de conhecimentos da pessoa e habilidades onde os profissionais de saúde, principalmente os enfermeiros têm um papel decisivo.

Para Orem (2001), a enfermagem é exigida quando a pessoa necessita de incorporar medidas de autocuidado recentemente prescritas e complexas ao sistema de autocuidado, cuja realização necessita de conhecimentos e habilidades especializadas, adquiridas pelo treino e experiência, ou quando a pessoa recupera da doença ou da lesão para enfrentar os efeitos.

Phaneuf (2001) refere que um problema de saúde pode também ser uma ocasião para aprender. Pender in Silva (2007) acrescenta que as pessoas que experienciam uma situação de doença poderão ter um grande grau de prontidão para aprender, o que torna o hospital um local privilegiado para a educação para a saúde. A World Health Organization (WHO, 2004) também considera o hospital, um local favorecido para realizar a promoção para a saúde, prevenção da doença e readaptação atendendo ao número de população que abrange.

A transição para a dependência no autocuidado é um fator modificável através da melhoria do potencial de aprendizagem da pessoa, no qual os enfermeiros podem contribuir de forma significativa quer na promoção do autocuidado, quer na qualidade dos processos de transição vividos pelas pessoas, através de medidas contínuas em que toda a equipa de saúde deve estar envolvida e, onde o enfermeiro de reabilitação pode constituir uma mais valia.

A necessidade de cuidados de reabilitação nestas populações está em desenvolvimento e constitui uma aposta para os enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação. Reabilitar implica, para Pereira e Santos (2008), ajudar a pessoa a alcançar o seu próprio nível de saúde, quer pela otimização dos recursos externos, quer pela orientação prestada, promoção e desenvolvimento de todo um potencial individual capaz de contribuir para a concretização do projeto de saúde.

Petronilho (2012) refere que o autocuidado tem sido reconhecido como um recurso para a promoção da saúde e gestão dos processos saúde-doença. Acrescenta ainda, baseado em Meleis, que o autocuidado representa uma base teórica para as intervenções educacionais, educativas, cognitivas e comportamentais, envolvendo o planeamento de atividades de aprendizagem que aumentem os conhecimentos da pessoa no momento de tomar decisões, decorrente das transições, ao longo do ciclo vital.

O autor menciona ainda que existe um número reduzido de trabalhos centrados na capacidade da pessoa em realizar as atividades de vida, que designa por autocuidado

básico (alimentar-se, vestir-se, higiene pessoal...) quando comparado com os estudos existentes com a capacidade para gerir a doença crónica. Sugere estudos centrados no autocuidado básico devido ao envelhecimento e aos efeitos indesejáveis das doenças crónicas nos processos corporais com alterações na capacidade de autocuidado.

O foco autocuidado consta do sistema de informação, resumo mínimo de dados e do core de indicadores de enfermagem, para o repositório central de dados da saúde, estando orientado para o enunciado descritivo dos padrões de qualidade de enfermagem e de reabilitação definidos pela ordem dos enfermeiros “O bem-estar e o autocuidado” (Ordem dos Enfermeiros 2002, 2007 b) e 2011). Os requisitos de comparabilidade para o resumo mínimo de dados de enfermagem portugueses, definidos pela Ordem dos Enfermeiros (2007 b), oferecem a possibilidade de viabilizar a produção automática dos indicadores de qualidade de enfermagem. Neste sentido, o estudo sobre “*A Promoção do Autocuidado na Pessoa em Processo de Transição*” suscitou especial interesse em ser desenvolvido.

A presente investigação de natureza quantitativa, descritivo-correlacional tem como objetivo analisar a relação entre as variáveis sociodemográficas e de contexto clínico na evolução do desempenho do autocuidado, na pessoa em processo de transição. A principal finalidade consiste em explorar o fenómeno da promoção do autocuidado da pessoa em processo de transição durante a hospitalização, quer na perspetiva da evolução da pessoa face ao seu desempenho no autocuidado, quer na perspetiva dos conhecimentos adquiridos. A amostra é constituída por 68 utentes internados num serviço de Especialidades Médicas, de um Centro Hospitalar. Para o efeito, foi aplicado um questionário de caracterização sociodemográfica, de contexto clínico e a escala MIF, no momento de entrada e alta do serviço, da amostra em estudo.

A seleção do local deve-se à acessibilidade e também ao interesse por parte do investigador, assim como da instituição, em que o foco autocuidado seja desenvolvido como indicador de qualidade. A monitorização deste indicador pode levar à reflexão sobre a relevância da intervenção de enfermagem e da reabilitação nos cuidados às pessoas, em contexto de internamento, contribuindo para demonstrar o trabalho desenvolvido e os ganhos em saúde (principalmente em capacidade funcional) que poderão ser obtidos pela população abrangida.

Face ao exposto foram delineados os seguintes objetivos:

- Caracterizar a amostra em estudo no que concerne as variáveis sociodemográficas (género, idade, estado civil, habilitações literárias) e de contexto clínico (patologia incapacitante, conhecimento e ensino) da pessoa em processo de transição, internada no serviço de Especialidades Médicas do Centro Hospitalar do Médio Tejo (CHMT);
- Identificar o nível de independência funcional da pessoa em processo de transição, internada no serviço de Especialidades Médicas do CHMT;
- Caracterizar a evolução do conhecimento sobre o autocuidado adquirido pela pessoa em processo de transição, internada no serviço de Especialidades Médicas do CHMT;
- Analisar a relação entre as variáveis sóciodemográficas (género, idade, estado civil, habilitações literárias) e a evolução do desempenho do autocuidado (domínio motor da MIF), na pessoa em processo de transição, internada no serviço de Especialidades Médicas do CHMT;
- Analisar a relação entre as variáveis de contexto clínico (patologia incapacitante, conhecimento e ensino) e a evolução do desempenho do autocuidado (domínio motor da MIF), na pessoa em processo de transição, internada no serviço de Especialidades Médicas do CHMT.

A principal questão de investigação orienta-se no sentido de dar resposta a:

- Qual a relação entre o conhecimento, o ensino e a evolução do desempenho do autocuidado (domínio motor da MIF), na pessoa em processo de transição, internada no serviço de Especialidades Médicas do CHMT?

Para a realização deste estudo recorreu-se à pesquisa bibliográfica através de livros, artigos e revistas eletrónicas.

Este trabalho encontra-se estruturado em duas partes.

A primeira parte apresenta o enquadramento teórico e está distribuída por dois capítulos: o primeiro capítulo aborda o modelo das transições e do autocuidado, evidenciando o papel da enfermagem e da reabilitação na promoção da autonomia versus independência no idoso, na avaliação funcional e na promoção do autocuidado. O segundo capítulo incide sobre promoção da saúde, salientando o contributo das teorias na aprendizagem e a forma como se desenvolve o processo ensino-aprendizagem. Tecem-se ainda algumas considerações sobre estudos realizados sobre a promoção do autocuidado na pessoa em processo de transição.

Na segunda parte do trabalho apresenta-se o estudo empírico, delineando no primeiro capítulo a metodologia implementada para a sua consecução, desde a contextualização do estudo em que se definiram os objectivos a atingir, questões de investigação, formulação das hipóteses, passando pela enunciação e operacionalização das variáveis, apresentação do instrumento de colheita de dados e respetivos procedimentos éticos até à previsão do tratamento estatístico. O segundo capítulo está consignado à apresentação dos dados e respetiva análise estatística, descritiva e inferencial. O terceiro capítulo destina-se à discussão dos dados obtidos e o quarto capítulo regista as conclusões a que se chegou e a partir das quais foi possível propor algumas sugestões.

Por fim apresenta-se a bibliografia consultada e utilizada ao longo do trabalho.

PARTE I
ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1 – O AUTOCUIDADO NA PESSOA EM PROCESSO DE TRANSIÇÃO

No seu desenvolvimento enquanto disciplina, a enfermagem tem construído um conjunto de conhecimento interdisciplinar e de categorias operatórias de intervenção no campo clínico, articulando saberes científicos, éticos e processuais. Este conjunto de saberes transmite crenças que lentamente se traduzem no reconhecimento social da autonomia da profissão (Abreu, 2008).

O autor acrescenta que existe um entendimento quase generalizado de que o metaparadigma da disciplina inclui os conceitos: utente, ambiente, saúde e enfermagem. A utilização destes conceitos manifesta utilidade para a organização da disciplina e do saber em enfermagem. A prática profissional e o contexto clínico constituem espaços de investimento integradores destes conceitos, na medida em que nele interagem pessoas em processo de mudança. Na mesma perspetiva, Meleis in Abreu (2008), acrescenta que ao lidarem com problemas reais e com pessoas em processo de transição, os enfermeiros podem refletir e escolher quadros teóricos tendo em vista a tomada de decisão de natureza clínica e a concretização de intervenções de enfermagem específicas.

Desde os anos 50 do século XX que a enfermagem tem-se preocupado em produzir teorias no sentido de clarificar o objeto de estudo e ação dos enfermeiros (Petronilho, 2009). De facto Kérouac *et al.* (1994) referenciam a importância dos estudos dos paradigmas e dos modelos conceituais de enfermagem desde Florence Nightingale, na condução da profissão de enfermagem, sendo essencial para o entendimento da natureza dos cuidados prestados.

Neste sentido, Rosa e Basto (2009) mencionam que Nightingale identificou conceitos e valores centrais em enfermagem e demonstrou como os cuidados prestados pelos enfermeiros diminuía o sofrimento, as taxas de mortalidade e morbilidade. Assim partir dos anos 1950 foram surgindo concepções de cuidar em enfermagem.

Os autores referem ainda que a primeira escola de pensamento em enfermagem foi a das necessidades desenvolvida em 1950 a 1970 por teóricas como Fay Abedallah, Virgínia Henderson e Dorothy Orem, cujo objeto de cuidados era a resolução de problemas, nomeadamente a assistência nas atividades/necessidades/déficite das capacidades de

autocuidado. As finalidades dos cuidados eram expressas na forma de ajudar o indivíduo nas necessidades de saúde, a adaptar-se aos problemas de saúde, com independência nas atividades de vida diária, ao eliminar o déficit das capacidades de autocuidado.

Até aos anos 90 surgiram outras escolas de pensamento, no desenvolvimento da disciplina de enfermagem. As diferenças manifestam-se no foco de atenção, assim como na ênfase em certo aspeto e não na essência.

No período atual para Clarke citado por Rosa e Basto (2009) continua a ser importante conhecer e compreender a influência do modelo profissional na orientação dos cuidados, a disciplina passou a preocupar-se com a teorização da prática dos cuidados e na elaboração de teorias de médio alcance que evidenciem os efeitos das intervenções de enfermagem. As teorias de enfermagem passam a ser consideradas modelos orientadores da prática e da investigação, orientação para a prática, modelos para a prática profissional ou concepções de cuidados de enfermagem.

Queirós (2010) é da mesma opinião ao referir que a conceção e o desenvolvimento das práticas clínicas de enfermagem passam pela teorização, ou seja o enquadrar conceitualmente acerca do que foi feito, para refletir, avaliar, inovar. Acrescenta ainda conceitos operatórios centrais para a enfermagem que permitem leituras teóricas integrativas, do que os enfermeiros fazem, nas suas práticas clínicas, nomeadamente: autocuidado, transição e bem-estar.

É importante a clarificação do que guia a apreciação da pessoa pelo enfermeiro e lhe permite planear intervenções e a forma como o faz, avaliando o grau de participação da pessoa. Num momento de desenvolvimento da disciplina defende-se que se revelem os recursos da pessoa e do contexto, a identificação da transição em que se encontra e as formas de olhar a pessoa, como um ser complexo e total (Meleis e Trangenstein in Rosa e Basto, 2009).

1.1 – PROCESSO DE TRANSIÇÃO

Com todo o desenvolvimento científico e tecnológico verificados nas últimas décadas, muitos dos problemas de saúde do passado conseguem ser resolvidos. Desta forma aumenta a esperança de vida, com um conseqüente envelhecimento progressivo da

população. Como afirma Lage, “desenvolvimentos científicos, educativos e sociais, determinam que as pessoas vivam cada vez mais” (2005, p. 7).

A Ordem dos Enfermeiros (2011), p.2 acrescenta:

“Com o avanço da tecnologia e do conhecimento na área da saúde, cada vez mais pessoas sobrevivem a lesões potencialmente fatais (os acidentes de viação e de trabalho, entre outros) e as pessoas com doença crónica vivem mais anos”.

Estes fenómenos geram desafios ao modelo de organização dos cuidados de saúde. O envelhecimento e os processos de doença são momentos de transição na vida das pessoas que conduzem ao aparecimento de limitações físicas, emocionais e cognitivas.

Imaginário (2004) é da mesma opinião ao referir que estes problemas significam maiores custos médico-sociais, maiores necessidades de suporte familiar e comunitário, maior probabilidade de cuidados de longa duração devido à maior prevalência de doenças crónico-degenerativas e conduzindo a uma maior solicitação de apoios formais e informais. Tudo isto afeta a política social e económica, assistindo-se a uma diminuição da população produtiva com aumento da população dependente e conseqüente aumento nos custos com a saúde.

Em resposta a este fenómeno Petronilho (2012) menciona que as políticas de saúde centralizam a responsabilização na pessoa para se autocuidar e família, com a ajuda, de profissionais de saúde, com vista a capacitar a pessoa na gestão dos processos saúde-doença.

Abreu (2008) concorda com o autor ao referir que se colocam desafios aos profissionais ao lidarem com doentes a vivenciar processos de transição, nomeadamente a oportunidade de desenvolver intervenções apropriadas às necessidades do estado de saúde dos doentes sendo que na opinião de Meleis *et al.* (2000), os enfermeiros podem influenciar processos de transição se a sua prática for centrada na pessoa e nas suas necessidades reais.

Paiva (2007) acrescenta ainda que a enfermagem tem por objeto de estudo as respostas humanas envolvidas nas transições geradas pelos processos de desenvolvimento ou por eventos que requeiram adaptação (ex: a doença). Salienta a importância de se evoluir no exercício profissional, dos modelos circunscritos ao paradigma biomédico (centrada na gestão de recursos dos processos fisiológicos, com ênfase na gestão de sinais e sintomas da doença), para modelos com maior valorização da teoria de enfermagem, enfermagem focada na promoção de processos adaptativos ou intencionais, onde os indivíduos

possam reformular o seu projeto de saúde e vida, com enfoque nas respostas humanas envolvidas nas transições.

Na mesma linha, Petronilho (2007) reforça que o desafio dos enfermeiros face à necessidade de apoio nos processos de transição, é entender o processo de transição e planejar intervenções que prestem ajuda às pessoas, com vista a estabilidade e sensação de bem-estar. Meleis in Abreu (2008, p.18) considera que “assistir utentes em processos de transição constitui o papel mais relevante da disciplina de enfermagem”.

A teoria de Enfermagem de Afaf Meleis propõe como conceito central as transições que as pessoas vivenciam face aos acontecimentos de vida (Petronilho, 2009). É uma estrutura teórica expandida que consiste em: tipo e padrões de transição, características das experiências de transição, contextos da transição (facilitadores e inibidores), indicadores processuais; indicadores de resultados esperados, assistência de enfermagem. Inclui a experiência do doente numa única transição ou em múltiplas transições (Meleis *et al.*, 2000).

Os autores consideram que as mudanças no estado de saúde da pessoa podem dar oportunidade para um bem-estar melhorado ou expor os indivíduos a riscos aumentados de doença desencadeando um processo de transição. A transição é a passagem de um estado, condição estatuto para outro. Relaciona-se com mudança, desenvolvimento.

O domínio de transição abrange mudanças que requerem ajustamento e adaptação. Ao experienciar novos conhecimentos e situações novas surge um potencial de desajustamento, cabendo à enfermagem promover um ajustamento ou adaptação à nova situação ou circunstância (Abreu, 2008).

Os estudos de Meleis *et al.* (2000) investigaram experiências de transição (maternidade, menopausa, desenvolvimento de doenças crónicas, o papel do familiar cuidador), que permitiram desenvolver uma teoria formal de médio alcance, com três dimensões distintas: a natureza da transição, as condições da transição e os padrões de resposta face à transição.

Petronilho (2009) acrescenta que são indicadores de uma transição saudável face à necessidade de mudança, a perceção de auto-eficácia e a demonstração por parte pessoa na execução das tarefas que dão respostas às suas necessidades, aspetos que terão de ser validados com o enfermeiro, como por exemplo, relacionados com o exercício de papel de cuidador ou a aprendizagem na reconstrução da autonomia da pessoa, por outro lado

a integração da nova identidade da pessoa ou papel (após um acidente vascular cerebral, a pessoa perdeu a sua autonomia, precisa de se consciencializar para atribuir significado à mudança para adotar um comportamento gerador de transição saudável).

No que respeita ao resultado do processo de transição, segundo Paiva, Mendes e Bastos (2010), este exprime-se através do modo como cada pessoa se encontra, ou reencontra o seu bem-estar nas relações que estabelece nos contextos em que se inclui e o nível de destreza conseguido que lhe permite viver face a determinada situação. Em relação ao autocuidado pretende-se que a pessoa consiga a manutenção (adesão) e a gestão (tomada de decisão), ou seja, um processo ativo e cognitivo em que a pessoa intervém para manter a saúde ou gerir a situação de doença. “TRANSIÇÃO, é assim, a assunção de uma nova identidade, reformulada, assente na identidade anterior” (p.15).

Meleis *et al.* (2000) pretenderam inicialmente explorar as transições dos prestadores de cuidados no papel da prestação de cuidados, acabando por constatar que não se poderia excluir o autocuidado praticado pela pessoa doente.

Petronilho (2007) comenta o apoio e a intervenção dos cuidados de enfermagem domiciliários, nas experiências de transição vividas pelos idosos dependentes e respetivos familiares cuidadores, sendo que baseado nos trabalhos de investigação de Meleis, destaca as seguintes sugestões:

- Trabalhar com os idosos e famílias;
- Apresentar conhecimento de situações potenciais geradoras de crise;
- Assegurar que os idosos/cuidadores estejam informados acerca de como devem dar solução às suas necessidades;
- Habilitar os idosos/cuidadores a terem controlo sobre a sua tomada de decisão;
- Garantir aos idosos e cuidadores suporte físico e emocional.

Assim a enfermagem, portadora de um corpo de conhecimentos, sistematizado em saber disciplinar, tem lugar, desenvolve-se e sustenta-se numa prática, onde os enfermeiros facilitam os processos de transição tendo em vista o bem - estar (Queirós, 2011).

O bem-estar como conceito tem sido abordado por diferentes perspetivas adotando diferentes aspetos e denominações: bem-estar geral, bem-estar social, bem-estar económico, bem-estar físico, bem-estar subjetivo, bem-estar espiritual, bem-estar psicológico. Não são tanto estas várias formas de bem-estar por si que interessam, mas

antes todas, enquanto foram sentidas pela pessoa como necessidade de autocuidado, sujeito de autocuidado terapêutico, nos vários processos de transição (Queirós, 2010).

1.2 – O AUTOCUIDADO

“Ao longo do ciclo vital, oscilamos nas necessidades de autocuidado, nas capacidades autónomas da sua satisfação e nas necessidades de apoio dos agentes de autocuidado quando pelas mais diversas razões, nos processos de transição se altera a nossa condição ou a do meio, a da autonomia caminhamos para a dependência” Queirós (2010, p.5).

Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro maximiza o bem-estar dos clientes e suplementa/complementa as atividades de vida relativamente às quais o cliente é dependente (Ordem dos Enfermeiros, 2002). Assim os enunciados descritivos da Ordem dos Enfermeiros (2002, p.13) relembram o mandato profissional da enfermagem no que se refere à promoção do autocuidado. São elementos importantes face ao bem-estar e ao autocuidado:

“- a identificação, tão rápida quanto possível, dos problemas do cliente, relativamente aos quais o enfermeiro tem conhecimento e está preparado para prescrever, implementar e avaliar intervenções que contribuam para aumentar o bem-estar e suplementar/complementar actividades de vida relativamente às quais o cliente é dependente;
- a prescrição das intervenções de enfermagem face aos problemas identificados;
- o rigor técnico/científico na implementação das intervenções de enfermagem;
- a referenciação das situações problemáticas identificadas para outros profissionais, de acordo com os mandatos sociais dos diferentes profissionais envolvidos no processo dos cuidados de saúde;
- a supervisão das actividades que concretizam as intervenções de enfermagem e que foram delegadas pelo enfermeiro;
- a responsabilização do enfermeiro pelas decisões que toma, pelos actos que pratica e pelos que delega”

Neste sentido corroborando com a revisão da literatura de Petronilho (2012), o autocuidado é um resultado sensível aos cuidados de enfermagem, com tradução positiva na promoção da saúde e no bem-estar através do aumento de conhecimentos da pessoa e habilidades onde os profissionais de saúde, principalmente os enfermeiros têm um papel decisivo.

O autocuidado pode ser definido pela Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) como:

“um tipo de Acção Realizada pelo Próprio com características específicas: tomar conta do necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as actividades de vida” (Conselho Internacional de Enfermeiras, 1999 p. 55).

Para Theuerkauf, (2000), p.173, o autocuidado:

“é mais que um grupo de capacidades aprendidas. É um processo que proporciona ao utente e família a sua primeira oportunidade de adquirir a capacidade de funcionar eficazmente após um acidente ou doença e assumir responsabilidade pelos cuidados de saúde pessoais”.

A capacidade de se autocuidar ou seja, de cada um cuidar de si próprio é inerente ao ser humano. Estrutura-se ao longo do processo de desenvolvimento. É universal, pois não se restringe às atividades de vida diária, nem às atividades instrumentais da vida diária, é abrangente de todos os aspetos vivenciais (Queirós, 2010).

Para Petronilho *et al.* (2010, p.42):

“O fenómeno do autocuidado tem sido, ao longo dos tempos, bastante enfatizado nas teorias de enfermagem (Orem, 2001), assumindo particular importância quando tem implicações na autonomia das pessoas para a realização das suas actividades do dia-a-dia. Daí a necessidade dos enfermeiros valorizarem e terem a consciência de promoverem, através das terapêuticas de enfermagem, reconstrução dessa mesma autonomia, após as transições geradoras de dependência”.

Com base no estudo de Petronilho (2012), o fenómeno do autocuidado tem tido grande aceitação pelas escolas de enfermagem, na construção dos currículos académicos. Através da ação profissional dos enfermeiros, a organização de saúde tem orientado a sua conceção de cuidados a partir da teoria do autocuidado, sendo que diversos estudos de investigação têm adotado a teoria do autocuidado de Orem como estrutura concetual.

1.2.1 – A Teoria do défice do autocuidado

A teoria do défice do autocuidado de Orem (2001) constitui a essência da teoria geral de enfermagem, pois realça quando há necessidade de enfermagem. A enfermagem é exigida quando a pessoa necessita de incorporar medidas de autocuidado recentemente prescritas e complexas ao sistema de autocuidado, cuja realização necessita de conhecimentos e habilidades especializadas, adquiridas pelo treino e experiência, ou quando a pessoa recupera da doença ou da lesão para enfrentar os efeitos.

É uma teoria geral composta por três teorias relacionadas: a teoria do autocuidado que descreve como e porquê as pessoas cuidam de si próprias, a teoria do défice do autocuidado que descreve e explica por que razões as pessoas podem ser ajudadas pela enfermagem, a teoria dos sistemas de enfermagem que descreve e explica as relações que têm de existir para que haja enfermagem (Taylor, 2004). Foster e Janssens (1993) acrescentam que a teoria dos sistemas de enfermagem baseia-se nas necessidades de autocuidado e nas capacidades da pessoa para a execução de atividades de autocuidado.

Teoria do autocuidado

A teoria do autocuidado de Orem engloba o autocuidado, a atividade de autocuidado e a exigência terapêutica de autocuidado, bem como os requisitos para o autocuidado. O autocuidado é a prática de atividades que favorece o aperfeiçoamento e amadurece as pessoas, em seu benefício próprio, com o intuito de preservar a vida e o funcionamento saudável e de dar continuidade ao desenvolvimento e bem-estar pessoal. A atividade de autocuidado é uma capacidade complexa adquirida para atingir a maturidade e amadurecer as pessoas para saber e colmatar as suas necessidades contínuas de ação deliberada, intencional para regular o seu próprio funcionamento e desenvolvimento humano (Taylor, 2004).

Petronilho (2012) acrescenta que a ação do autocuidado envolve o domínio cognitivo (habilidades cognitivas para ação do autocuidado), domínio físico (capacidade física), domínio emocional ou psicossocial (valores, motivação, percepção de competências), domínio do comportamento (habilidades para efetuar os comportamentos de autocuidado).

A exigência terapêutica de autocuidado constitui a totalidade de ações de autocuidado a serem executadas durante algum tempo, para satisfação de requisitos de autocuidado, através do uso de métodos válidos e conjuntos relacionados de operações a ações. São considerados requisitos de autocuidado as ações voltadas para a provisão do autocuidado (Foster e Janssens, 1993).

Orem apresenta três categorias de requisitos de autocuidado, entre os quais: universais (comuns a todos os seres humanos, durante todo o ciclo de vida), desenvolvimentais (promovem processos de vida e maturação, previnem condições nefastas) e de desvio de saúde (é exigido em condição de doença, ou lesão pode também ser consequência de medidas médicas de diagnóstico e de tratamento) (Taylor, 2004).

Teoria do déficit do autocuidado

Foster e Janssens (1993), referem que a teoria do déficit do autocuidado é a essência da teoria geral de enfermagem. Especifica quando há necessidade de enfermeiro no oferecimento do autocuidado ao indivíduo. Assim, a enfermagem passa a ser uma exigência quando um adulto se acha limitado ou incapacitado para prover autocuidado.

Taylor (2004) acrescenta que Orem identificou cinco métodos de ajuda: agir ou fazer para outra pessoa, guiar e orientar, proporcionar apoio psicológico, proporcionar e manter um ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal, ensinar.

Orem no seu modelo expõe relações entre os conceitos. Num determinado momento a pessoa tem capacidades específicas de autocuidado, assim como exigências terapêuticas. Quando as necessidades de autocuidado são superiores à capacidade da pessoa em autocuidar-se, surge um déficit de autocuidado havendo necessidade de enfermagem. O enfermeiro avalia o déficit de autocuidado, adequa a sua intervenção, sendo que esta surge quando as necessidades terapêuticas são superiores à capacidade de autocuidado da pessoa. As atividades em que o enfermeiro participa podem ser usadas para descrever o território da enfermagem. Nesta linha, Orem identifica ainda cinco áreas de atividade para a prática de enfermagem: iniciar e manter um relacionamento enfermeiro-doente, pessoa/família até que a pessoa não necessite de cuidados de enfermagem; determinar como os doentes podem ser ajudados pelos cuidados de enfermagem; responder aos desejos, solicitações, necessidades do doente face ao contato e assistência do enfermeiro; prescrever e proporcionar ajuda aos doentes numa perspetiva de enfermagem; coordenar, integrar os cuidados de enfermagem na vida diária do doente, com outros cuidados de saúde necessários com outros serviços de caráter social/educativo (Foster e Janssens, 1993).

A teoria de Orem possibilita à pessoa, família e comunidade tomar iniciativa, assumir responsabilidades, assim como empenhar-se no desenvolvimento do seu caminho, com vista à saúde e ao bem-estar. O modelo de Orem assume a pessoa como responsável pelo seu autocuidado. Quando a pessoa não é capaz de se autocuidar, a enfermagem compensa o déficit de autocuidado.

Teoria dos sistemas de enfermagem

Orem identificou três classificações de sistemas de enfermagem: o sistema totalmente compensatório, sistema parcialmente compensatório e o sistema de apoio-educação. Podem ser utilizados um ou mais que um dos três sistemas num indivíduo (Foster e Janssens, 1993).

No sistema totalmente compensatório o indivíduo apresenta limitações que o tornam socialmente dependente de outros, para continuar a sua existência e o seu bem-estar. O indivíduo é incapaz de empenhar-se nas ações de autocuidado que exigem locomoção

autodirigida e controlada. Subsistemas do sistema totalmente compensatório constituem sistemas de enfermagem para pessoas: 1- incapazes de se envolverem em qualquer forma de ação voluntária (ex: pessoas em coma); 2- conscientes, com capacidade para observar, fazer julgamentos, tomar decisões, mas sem capacidade ou indicação para desempenhar ações como a deambulação (exemplo: pessoa com fratura a nível de C3-C4); 3-incapacitadas de cuidar de si e tomar decisões sobre o autocuidado e outros, podendo conseguir deambular e realizar algumas tarefas de autocuidado com orientação e supervisão contínua (ex: alterações cognitivas).

No que respeita ao sistema parcialmente compensatório, os autores referem que o enfermeiro e a pessoa desempenham medidas de autocuidado. Petronilho (2012) acrescenta que o autocuidado prestado pelo enfermeiro é aceite pela pessoa, sendo que a função deste é compensar algumas tarefas de autocuidado. A distribuição das responsabilidades do enfermeiro ou da pessoa para efetuar as tarefas de autocuidado variam consoante as limitações da condição de saúde da pessoa ou prescrições médicas; os conhecimentos técnico-científicos e habilidades exigidas, a força de vontade da pessoa para desempenhar ou aprender atividades.

Relativamente ao sistema de apoio-educação, a pessoa é capaz de desempenhar o seu autocuidado, necessitando de apoio, orientação e instrução, ou seja aprende a executar através da orientação. Assim, o papel do enfermeiro é de promover a pessoa como um agente de autocuidado, fomentando a tomada de decisão, o controle do comportamento e a aquisição de conhecimento e habilidades. Petronilho (2012) acrescenta estratégias importantes tais como apoio, orientação e o ambiente facilitador de desenvolvimento e de aprendizagem.

Tendo em conta a teoria de enfermagem de Orem, Silva (2007) também sublinha o papel interventivo do enfermeiro, no autocuidado da pessoa doente, através do sistema de apoio e de educação.

De acordo com Sousa, Linha e Alves (2010), a teoria de Orem possibilita à pessoa, família e comunidade tomar iniciativas e assumir responsabilidades, com vista à melhoria da qualidade de vida e bem-estar. Abrange controlo, liberdade e responsabilidade. Assume a pessoa como responsável pelo seu autocuidado. Quando a pessoa não é capaz de se autocuidar a enfermagem compensa o défice de autocuidado com os seus sistemas. A aprendizagem é feita pela pessoa, de forma a dar resposta às

necessidades de autocuidado, podendo ser afetada por fatores como a idade, a capacidade mental, a cultura, a sociedade e o estado emocional.

Na mesma perspectiva Lauder (2001), baseada em Orem propôs que a ação de autocuidado é influenciada por diversas variáveis entre as quais as variáveis internas como o funcionamento cognitivo, o conhecimento, a educação. Os indivíduos com capacidades debilitadas como a demência, o déficit de conhecimento terão baixos níveis de ação de autocuidado e, por conseguinte terão uma capacidade limitada para produzir ações de autocuidado. Aqui poderá surgir a noção de dependente de cuidados que propõe que outros possam oferecer cuidados no sentido de compensar os défices de autocuidado do indivíduo. Havendo dificuldades de aprendizagem outros devem proporcionar o autocuidado. Vieira in Sousa, Linha e Alves (2010) apresentam as doenças crónico-degenerativas como exemplo, no que se refere à necessidade da educação para o autocuidado.

O desempenho no autocuidado é uma questão pessoal, muitos são os fatores que influenciam as atividades de autocuidado: físicos, psicológicos, sócio-culturais, ambientais, político-económicos entre outros. Isto influencia a forma como a pessoa aborda o autocuidado nas atividades de vida diárias (Silva, 2007).

A atividade de autocuidado tem como finalidade manter, restabelecer ou melhorar a saúde e o bem-estar. Para Söderhamn (2000), a capacidade de auto-cuidado não é em si mesma um meio necessário para manter, restabelecer ou melhorar a saúde e o bem-estar, mas antes uma potencialidade para a atividade de auto-cuidado como parte integrante do corpo -vivo.

A autora acrescenta que a capacidade de adquirir, ter ou recuperar autocuidado por ação própria ou de terceiros, acontece de forma faseada. O autocuidado estimativo surge primeiro, os indivíduos adquirem capacidade de identificação do que necessitam para recuperar a autonomia (estimativa). Segue-se o autocuidado de transição onde se identificam as várias opções para a aquisição ou recuperação de autocuidado e escolhe-se uma delas. A escolha feita define o fim para as operações produtivas, o indivíduo decide que deve fazer de acordo com as suas necessidades e atualiza o poder de autocuidado. Existe capacidade real de autocuidado, demonstrada pela capacidade da pessoa de cuidar.

“Autocuidamo-nos para a satisfação das necessidades e quando não somos capazes de nos adaptarmos nos vários processos de transição, necessitamos de autocuidado terapêutico para nos ajudar nesses mesmos processos, fornecidos por agentes de autocuidado com ações deliberadas, adquirindo autocuidado estimativo, autocuidado transitivo e por fim autocuidado produtivo, com vista à recuperação do bem-estar” (Queirós, 2010, p.7).

O autocuidado é desempenhado pelo próprio quando este atinge um grau de maturidade que permite uma ação consistente, controlada, intencional e efetiva. A ação de autocuidado é a uma capacidade que se desenvolve, que permite aos adultos e adolescentes atingirem a maturidade, verem e compreenderem fatores que devem ser controlados, assim como a capacidade de decisão e desempenhar medidas de cuidados adequados. A ação de autocuidado desenvolve-se através de um processo de aprendizagem espontâneo. O seu desenvolvimento é ajudado pela curiosidade intelectual, pela instrução e pela supervisão de outras pessoas (Söderhamn,2000).

A pessoa deve ter alguma compreensão do significado e do valor do autocuidado para fazer julgamentos e tomar decisões racionais e razoáveis.

Um sistema de enfermagem solidário e educativo, relativo à promoção da saúde, é iniciado com o indivíduo que exige uma orientação e ensino no desempenho do autocuidado (Simmons, 1990).

Com base nos estudos de Wilkinson & Whitehead (2009) e Sidani (2011), Petronilho (2012) apresenta diversos fatores que contribuíram para o autocuidado como foco de atenção no domínio da saúde:

- Mudança de paradigma de cuidados curativos para uma lógica mais orientada para a promoção da saúde,
- Economia da saúde marcada pelos recursos limitados, pela contenção de custos levando a internamentos hospitalares mais curtos, com a crescente relevância dos cuidados de proximidade em contexto domiciliário,
- Maior consumo de informação da pessoa, tornando-a capaz de tomar decisões sobre a saúde, envolvimento ativo, motivação para melhorar a saúde e o bem-estar.
- As alterações dos padrões e prevalências de doença crónicas associados ao envelhecimento.

A Ordem dos Enfermeiros (2011) também sublinha a prevalência das doenças crónicas associadas ao envelhecimento, com repercussões para a pessoa que aumenta o seu nível de dependência e a para a sociedade. Portanto decorrente do consequente

envelhecimento e do aumento da esperança média de vida da população, surgem cada vez mais pessoas com problemas de saúde e dependências, as necessidades de cuidados de saúde à pessoa idosa aumentam, sendo previsível o aumento da prevalência de doenças de evolução prolongada com graus de dependência elevados com tradução no sistema financeiro e social e de saúde da sociedade.

1.3 – AUTONOMIA VERSUS INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL NO IDOSO

De acordo com o Instituto Nacional de Estatística (2011), o envelhecimento da população representa um dos fenómenos demográficos mais preocupantes das sociedades modernas do século XXI, com reflexos de âmbito socioeconómico e com impacto no desenho das políticas sociais e de sustentabilidade. Para a Ordem dos Enfermeiros (2011) este fenómeno acaba por traduzir-se num maior número de pessoas com problemas de saúde e dependências, no nosso país assim como no resto da Europa e outros países em desenvolvimento.

No nosso país, os resultados dos Censos 2011, realçam o fenómeno do agravamento do envelhecimento demográfico, através da existência do duplo envelhecimento da população, caracterizado pelo aumento da população idosa e pela redução da população jovem. Assim há cerca de 30 anos, em 1981, aproximadamente $\frac{1}{4}$ da população pertencia ao grupo etário mais jovem (0-14 anos), e apenas 11,4% estava incluída no grupo etário dos mais idosos (com 65 ou mais anos). Em 2011, Portugal apresenta cerca de 15% da população no grupo etário mais jovem (0-14 anos) e cerca de 19% da população tem 65 ou mais anos de idade. Entre 2001 e 2011 verificou-se uma redução da população jovem (0-14 anos de idade) e da população jovem em idade ativa (15-24 anos) de, respetivamente 5,1% e 22,5%. Aumentou a população idosa (com 65 anos ou mais), cerca de 19,4%, bem como o grupo da população situada entre os 25-64 anos, que cresceu 5,3%. Deste modo, em Portugal, a proporção da população com 65 ou mais anos é, em 2011, de 19%. Este valor contrasta com os 8% verificados, em 1960, e com os 16% da década anterior. O índice de envelhecimento da população reflete também esta tendência. Os resultados dos Censos 2011 indicam que o índice de envelhecimento do país é de 129, o que significa que Portugal tem hoje mais população idosa do que jovem (Instituto Nacional de Estatística, 2011).

De acordo com o Ministério da Saúde, Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (2005), as estimativas para as próximas décadas são de que as necessidades de cuidados de saúde à pessoa idosa aumentem, já que é igualmente previsível o aumento da prevalência de doenças de evolução prolongada, com graus de dependência elevados.

Segundo Cabrita, autonomia e a independência diminuem progressivamente com o envelhecimento, sendo que estes ...“fatores constituem bons indicadores de saúde e de qualidade de vida para as pessoas idosas. Se os idosos se mantiverem autónomos e independentes, terão menos dificuldades e serão menos dependentes da sua família e da sociedade” (2004, p.213).

Deste modo, surge a necessidade de clarificar os conceitos de autonomia e independência. Para Paschoal, in Cabrita estes termos são definidos da seguinte forma: “autonomia como a capacidade de decisão, de comando; independência como a capacidade para realizar algo pelos seus próprios meios” (2004, p.213).

No idoso este estado de dependência tem tendência a aumentar, decorrente do próprio processo de envelhecimento e da presença de doenças crónicas. Nas palavras de Cabrita, “quando surge no idoso agravamento do seu estado de saúde e ficam impossibilitados de desempenhar as suas atividades de vida diárias, tornam-se dependentes, necessitando da ajuda de outros” (2004, p. 214).

Rodriguez (2008) refere que a definição de dependência enfatiza a perda de capacidades físicas e mentais, mas por mais importante que seja, não se deve dizer que as capacidades formam só uma parte dos aspetos relacionados com a dependência. Segundo Paccolet, in Rodriguez (2008), esta deve definir-se em função de quatro dimensões: física, mental, social e económica.

Deherbey, Pitaud e Vercauteren, in Lopes, mencionam que pessoa dependente é aquela que “depende de uma terceira para actos elementares da vida quotidiana (vestir-se, lavar-se) e que está impedida de realizar as tarefas domésticas que lhe permitem viver sozinha” (2007, p. 39).

O envelhecimento com dependência surge associado a questões de prevalência de doenças crónicas, nesta faixa etária. Lage afirma que “a doença, em particular a doença crónica, tem um efeito directo na capacidade dos indivíduos para satisfazer as actividades da vida diária e manter condições de vida independente” (2005, p.7). No entanto as doenças crónicas podem ser incapacitantes ou não.

Desta forma, surge a necessidade de classificar a incapacidade em graus de dependência. Neste sentido, Parahyba, Veras e Meltzer (2005) referem que a incapacidade pode estar presente, em vários graus e é progressiva.

Dependência é definida segundo a CIPE como “a verificação de que alguém está dependente de alguém ou alguma coisa para ajuda ou suporte” (Conselho Internacional de Enfermeiras, 1999, p. 92). Esta é classificada em três graus, reduzido, moderado e elevado. Quando se fala em grau reduzido, ainda de acordo com a mesma fonte, afirma-se que “alguém está dependente de alguém ou de alguma coisa para ajuda ou suporte e a manifestação das características clínicas relevantes que lhe estão associadas é considerada ligeira”. Em grau moderado, considerada mediana e em grau elevado é considerada substancial, sendo que o grau de dependência é que determina o tipo de cuidados necessários.

A dependência não pode ser vista como um estado permanente, mas sim um processo dinâmico, cuja evolução se pode modificar, prevenir ou reduzir se existir uma intervenção adequada.

Para Parahyba, Veras e Meltzer (2005), dependência ou incapacidade funcional é avaliada maior parte das vezes pela pessoa, quando se refere à necessidade de ajuda para realizar uma ou mais atividades de vida diárias (AVD).

Na perspectiva de Júnior e Reichenheim (2005), a incapacidade para realizar AVD, traduz um grau muito severo de limitação da independência funcional, pois a realização depende da habilidade física e cognitiva de cada pessoa.

Segundo um estudo de Parahyba e Simões (2006) sobre a prevalência da incapacidade funcional, verificou-se que esta não era consequência inevitável do envelhecimento, tendo sido observado entre pessoas com idade mais avançada, um grupo que não referiu dificuldade na realização de AVD.

O Instituto Nacional de Estatística (2000) e o Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge elaboraram em conjunto, um estudo sobre a esperança de vida sem incapacidade física, para a população portuguesa. No estudo foram consideradas, além das esperanças de vida correntemente calculadas, cinco tipos de esperanças de vida: esperança de vida sem incapacidade física de nenhum tipo, sem incapacidade para a locomoção, sem incapacidade funcional, sem incapacidade que restrinja a atividade, sem incapacidade para a comunicação, e ainda as esperanças de vida sem incapacidade para a audição,

visão e para falar. Ao analisar os dados fornecidos verifica-se que as mulheres apresentam uma esperança média de vida superior à dos homens em todos os grupos etários. Contudo verifica-se que a sub-mortalidade masculina é compensada por uma percentagem de anos sem incapacidade física de longa duração e de qualquer tipo, superior à das mulheres. Verifica-se também que a incapacidade funcional aumenta com a idade.

Assim, com o aumento do envelhecimento populacional, o objetivo dos cuidados de saúde deixam de ser apenas prolongar a vida, mas especialmente o de manter a capacidade funcional do indivíduo, de forma a promover a autonomia e independência, durante o máximo de tempo possível. O idoso deve ser submetido à aplicação de escalas de avaliação funcional de forma holística, para mensurar a capacidade do idoso em relação à autonomia e independência. Para tal devem ser utilizados um conjunto de dados clínicos, testes e escalas de avaliação funcional.

Ferreira afirma, de acordo com vários estudos, que ...“existe um claro declínio de diversos parâmetros de aptidão física funcional (força, flexibilidade, resistência, agilidade, coordenação e equilíbrio dinâmico) com o avançar da idade” (2007, p.37).

A mesma autora refere que “este declínio compromete a mobilidade funcional, a independência, a capacidade do indivíduo em realizar as suas atividades de vida diárias e acima de tudo colocando em causa a sua qualidade de vida” (2007, p.37). Neste seguimento e tendo em conta que a capacidade funcional do ser humano diminui com a idade, é necessário estabelecer programas de Reabilitação que promovam e melhorem as capacidades existentes na pessoa idosa, visando a melhoria da sua qualidade de vida.

1.4 – AVALIAÇÃO FUNCIONAL

Segundo Hesbeen (2003), o processo normal de envelhecimento acarreta diminuição da capacidade funcional e aumenta a prevalência de doenças crónicas, cabendo ao enfermeiro de reabilitação estimular capacidades ou recuperar habilidades perdidas. Os enfermeiros de reabilitação sabem que a construção social da incapacidade deve ser construída e expandida a fim de valorizar as pessoas com doença crónica, incapacitante, numa população mundial em envelhecimento (Hoeman, 2000).

A enfermagem de reabilitação é considerada pela Ordem dos Enfermeiros (2011) como uma área de intervenção da enfermagem, de excelência e referência que previne,

recupera e habilita de novo, as pessoas vítimas de doença súbita ou descompensação de processo crónico, que provoquem défice funcional¹. Os objetivos são na perspetiva de melhorar a função, promover a independência, assim como uma qualidade de vida aceitável, sendo que na base da sua consecução está uma avaliação, que inclui a definição da incapacidade, avaliação do desempenho, refinamento de medições funcionais e objetivas.

Segundo Kelly-Hayes (2000) a avaliação funcional inclui dimensões do tipo físico, cognitivo, afetivo, social e da qualidade de vida. Os fatores são variáveis segundo diversos autores, sendo que o consenso existente se direciona para a avaliação do autocuidado e da mobilidade, ainda que a área de enfermagem de reabilitação seja bem mais vasta. É considerado um indicador da capacidade de desempenho independente e da manutenção da vida, com significado que tem sido relevante no processo de enfermagem de reabilitação, pois ao determinar o estado físico funcional, ao documentar as necessidades de intervenções e ao traçar um plano de cuidados também avalia progressos e monitoriza resultados.

Nesta onda de visão cada vez mais ampliada do desenvolvimento do conhecimento em enfermagem, os enfermeiros manifestam preocupação em basear as suas ações em evidências que traduzam resultados mensuráveis da sua prática. Neste sentido e de acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2011, p.5):

“A prática de cuidados de enfermagem de reabilitação incorpora os resultados da investigação, as orientações de boas práticas de cuidados de enfermagem de reabilitação, baseados na evidência, considerados instrumentos imprescindíveis para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros de reabilitação, e da qualidade dos cuidados prestados”.

No que concerne os instrumentos de avaliação da reabilitação, a Secção de Medicina Física e de Reabilitação da Union Européenne des Médecins Spécialistes e Académie Européenne de Médecine de Réadaptation (2009, p.42) propõe que:

“Muitos dos instrumentos de avaliação de MFR² combinam parâmetros de funções orgânicas, actividades e participação. Estes instrumentos podem ser utilizados para decidir a indicação para medidas de Reabilitação (atribuição) ou avaliar os resultados da intervenção (avaliação). Dever-se-ão escolher os instrumentos apropriados, em conformidade com o problema funcional específico e a fase do processo de Reabilitação”.

¹ ao nível cognitivo, motor, sensorial, cárdio-respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade.

²Medicina Física e de Reabilitação (MFR)

Acrescentam que que muitos destes instrumentos podem ser utilizados para avaliar a capacidade funcional global e específica e, o processo de reabilitação. Alguns destes instrumentos são transversais aos componentes individuais da classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde, por exemplo, a MIF e a Escala de Barthel, sendo que incorporam aspetos das funções orgânicas e das atividades, para além das co-morbilidades relevantes. A escolha das medidas de avaliação funcional irá depender da fase e dos objetivos do processo de reabilitação, bem como da capacidade funcional do indivíduo.

Kelly-Hayes, (2000) é da mesma opinião quando refere que foram desenvolvidos inúmeros (mais de cinquenta) instrumentos de avaliação funcional, sendo os mais utilizados a escala MIF e o Índice de Barthel.

O Índice de Barthel “mede a capacidade de desempenho na mobilidade, auto-cuidado e continência” (Kelly-Hayes, 2000, p.167). As AVD que fazem parte do Índice de Barthel incluem: o comer, as transferências da cadeira para a cama, a higiene pessoal, a utilização do sanitário, tomar banho, deambular, subir e descer escadas, vestir e despir, controlo das fezes e urina (Imaginário, 2004).

1.4.1 – Medida de independência funcional

A MIF foi elaborada pela Research Foundation, State University of New York, em 1990, no âmbito de um programa conjunto da Academia Americana de Medicina Física e Reabilitação e pelo Congresso Americano de Medicina de Reabilitação, traduzida por Jorge Laíns em 1991, disponível no Guia para o uso do Sistema Uniformizado de dados para Reabilitação Médica. Este guia descreve como foi elaborada a MIF. Assim foi constituído um grupo de trabalho, em 1983, para desenvolver um sistema uniformizado de dados para a reabilitação médica, de forma a responder à necessidade de documentar a severidade da incapacidade de um doente e de traduzir resultados. O grupo de trabalho reviu instrumentos de avaliação funcional, seleccionou os itens mais comuns e úteis para avaliação funcional, definiu os níveis mais apropriados na escala, que permitissem determinar a severidade da incapacidade, de uma forma mais fiável e uniforme. Emergiu deste trabalho a MIF, numa escala de sete níveis que avalia os autocuidados, o controlo de esfíncteres, a mobilidade, a locomoção, a comunicação e a cognição. Com o intuito de testar a validade e a reprodutividade da MIF, foi efetuado o estudo piloto de implementação e ensaio a partir de 1984, provando-se que é válida e fiável.

Kelly-Hayes (2000) refere ainda que a MIF apresenta uma linguagem, definições e medidas uniformes para descrever os componentes da incapacidade. O nível de incapacidade deve indicar o nível de cuidados, para a pessoa, a sociedade, pelo facto dessa pessoa, não ser funcionalmente independente. Esta medida é usada para ter critérios de admissão, alta e ganhos. O instrumento pode ser gerido por aqueles que exerçam reabilitação ou que certifiquem os requisitos necessários para a sua utilização.

Linacre *et al.* in Riberto *et al.* (2004) acrescentam que a MIF avalia o desempenho do indivíduo em 18 atividades, em dois domínios principais: **o domínio motor** e o **cognitivo**. O domínio motor referente às dimensões de autocuidado, controlo de esfínteres, transferências e locomoção, num total de treze atividades (Riberto *et al.*, 2004). O domínio cognitivo compreende as cinco últimas atividades da MIF, referente às dimensões da comunicação e da cognição social (Linacre *et al.* in Riberto *et al.*, 2004). O domínio cognitivo da MIF é um dos maiores diferenciais deste instrumento de avaliação funcional face a outros, visto apresentar atividades antes só avaliadas em testes neuropsicológicos separados (Riberto *et al.*, 2004). Linacre *et al.*, e Granger *et al.* in Riberto *et al.* (2001) demonstraram que as atividades do domínio motor seguem um padrão de entendimento linear ao do domínio cognitivo, permitindo a adaptação de dados, para trabalhos numéricos. Sucessores desta investigação avaliaram o progresso funcional de utentes de reabilitação e descreveram grupos funcionais, valendo-se de resultados de ambos os domínios na admissão, com o intuito de estimar o tempo de permanência destes utentes e prever o domínio motor na alta.

1.5 – O PAPEL DO ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO NA PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO

Os enfermeiros de reabilitação têm obrigação de promover intervenções preventivas no sentido de assegurar que a pessoa mantenha capacidade funcional, para evitar mais incapacidade e prevenir complicações, assim como de defender o direito à qualidade de vida, socialização e dignidade. Na defesa dos direitos dos utentes, as intervenções do enfermeiro de reabilitação como agente de mudança passam por conceder à pessoa e/ou família conhecimento, estratégias de resolução de problemas e dos comportamentos a adotar para conseguir resultados, bem como contribuir para o fortalecimento da equipa entre os colegas de profissão (Hoeman, 2000).

De acordo com o Decreto-lei nº 161/96, de 4 de Setembro, com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei nº 104/98 de 21 de Abril, do Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro, capítulo II, artigo 4º:

“3 - Enfermeiro especialista é o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade”.

O enfermeiro especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2007 a), p.10):

“é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção especializado”.

A Ordem dos Enfermeiros (2009) refere que a individualização das especialidades clínicas em enfermagem faz-se ao nível do alvo de intervenção, explicitação do campo de intervenção e, o que requer a determinação das áreas de intervenção. Acrescenta que a matriz de individualização das especialidades clínicas em enfermagem visa delimitar o espaço do enfermeiro especialista. Organiza-se com um eixo estruturante que é o **Alvo de Intervenção** considerado como a entidade beneficiária dos Cuidados de Enfermagem – pessoa, família – relativamente à qual se identificam os fenómenos de Enfermagem, entendida como um todo na sua relação com os conviventes significativos e a comunidade em que está inserido. Apresenta também dois eixos organizadores, nomeadamente os **Processos de Saúde/Doença** (Processos dinâmicos e contínuos ao longo dos quais cada pessoa vivencia o seu projeto de saúde na procura de um estado de equilíbrio e relativamente ao qual o enfermeiro dirige as suas intervenções, com vista à promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social) e o **Ambiente** (o ambiente no qual as pessoas vivem e se desenvolvem é constituído por elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais, que condicionam e influenciam os estilos de vida e que se repercutem no conceito de saúde. Na prática dos cuidados, os enfermeiros necessitam focalizar a sua intervenção na complexa interdependência pessoa/ambiente). De acordo com o alvo de intervenção e o eixo organizador constituíram-se 10 áreas de especialização em Enfermagem. A área de especialização de reabilitação tem por alvo de intervenção a pessoa ao longo do ciclo de vida, sendo que o eixo organizador:

“dirige-se aos projetos de saúde da pessoa a vivenciar processos de saúde/doença

e/ou deficiência física com vista à promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social em todos os contextos de vida”
(2009, p.7).

O mesmo autor pretende que o título do enfermeiro especialista certifique um profissional com um conhecimento aprofundado, num domínio específico de Enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas, relativas a um campo de intervenção.

Assim o conjunto de competências clínicas especializadas, sucedem do aprofundamento dos domínios de competências dos enfermeiros de Cuidados Gerais e concretiza-se, em competências comuns e específicas que asseguram que os enfermeiros especialistas possuem um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobilizam em contexto de prática clínica. Todos os enfermeiros especialistas possuem **competências comuns**, independentemente da sua área de especialidade, comprovadas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria. Apresentam quatro domínios: responsabilidade profissional, ética e legal, gestão da qualidade, gestão dos cuidados, desenvolvimentos das aprendizagens profissionais.

As **competências específicas** decorrem por sua vez das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, evidenciadas através de um elevado grau de adequação dos cuidados, às necessidades de saúde das pessoas. As competências do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação são:

- Cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados;
- Capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e /ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania;
- Maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

De acordo com Ordem dos Enfermeiros (2011), ao enquadramento concetual existente³

³ ORDEM DOS ENFERMEIROS;- **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual, enunciados descritivos**. Conselho de enfermagem, Dezembro, 2002.

acresceu-se o enquadramento concetual de enfermagem de reabilitação⁴, que se constitui como uma base de trabalho, da qual surgiram os enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional:

- 1- A satisfação do cliente
- 2- A promoção da saúde
- 3- A prevenção de complicações
- 4- O bem-estar e o autocuidado
- 5- A readaptação funcional
- 6- A reeducação funcional
- 7- Contra o estigma e a exclusão social
- 8- A organização dos cuidados de enfermagem

No enunciado “O bem-estar e o autocuidado”, o enfermeiro de reabilitação maximiza o bem-estar dos clientes e suplementa/complementa as atividades de vida relativamente às quais o cliente é dependente. Na procura permanente da excelência no exercício profissional, são elementos importantes face ao bem-estar e ao auto-cuidado, todos os definidos para os cuidados gerais, assim como (Ordem dos Enfermeiros (2011, p.10):

“- A identificação, o mais rapidamente quanto possível, dos problemas reais ou potenciais do cliente relativamente aos quais o Enfermeiro de Reabilitação tem conhecimentos para prescrever, implementar e avaliar intervenções de enfermagem de reabilitação. Estas contribuem para aumentar o bem-estar e suplementar/complementar atividades de vida diária relativamente às quais o cliente é dependente;

- A análise com o cliente e pessoas significativas das alterações da funcionalidade, definindo com ela as estratégias a implementar, os resultados esperados e as metas atingir de forma a promover a autonomia e a qualidade de vida;

- A prescrição das intervenções para otimizar e/ou reeducar a função: motora, sensorial, cognitiva, cardio-respiratória, da alimentação, da eliminação e da sexualidade;

- A seleção e prescrição de produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação);

A seleção e prescrição de produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação);

- A conceção de planos e programas, seleção e prescrição de intervenções de enfermagem de reabilitação para redução do risco de alteração da funcionalidade;

- O ensino, instrução e treino do cliente e pessoas significativas sobre técnicas que promovam o auto-cuidado e continuidade de cuidados nos diferentes contextos;

⁴ - ORDEM DOS ENFERMEIROS – Proposta do Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação: Enquadramento Conceptual e Enunciados Descritivos. Assembleia Extraordinária do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. 30 de Setembro 2011.

- *O rigor técnico/científico na implementação das intervenções de enfermagem de reabilitação;*
- *A supervisão das atividades que concretizam as intervenções de enfermagem de reabilitação e que sejam suscetíveis de serem delegadas no enfermeiro de cuidados gerais ou outros, pelo Enfermeiro de Reabilitação”.*

Neste seguimento e, de acordo com Ordem dos Enfermeiros (2011) na orientação da prática de cuidados de enfermagem de reabilitação, os modelos de auto-cuidado e das transições, mostram-se estruturantes para a otimização da qualidade do exercício profissional.

Todos os enfermeiros podem contribuir de forma significativa na promoção do autocuidado, quer na qualidade dos processos de transição vividos pelas pessoas, através de medidas contínuas em que toda a equipa de saúde deve estar envolvida e, onde o enfermeiro de reabilitação pode constituir uma mais-valia. A transição para a dependência no autocuidado é um fator modificável através da melhoria do potencial de aprendizagem da pessoa, onde a enfermagem tem um papel decisivo.

2 – PROMOÇÃO DA SAÚDE

A educação para a saúde é promotora de bem-estar e de ganhos em saúde para a pessoa e comunidade.

Na carta de Ottawa, a promoção da saúde é vista como um processo que capacita as pessoas a aumentar o controlo de forma a melhorar a sua saúde. É entendido como algo que abrange a educação para a saúde, a prevenção e a reabilitação da doença. Fomenta o *empowerment* dos utentes e das famílias com a finalidade de promover a sua saúde física, mental, social e o bem-estar (Organização Mundial de Saúde, 1986).

Relembra ainda que a promoção da saúde pressupõe o desenvolvimento pessoal e social, através da melhoria da informação e da educação para a saúde, sendo fulcral habilitar as populações no sentido de controlarem a sua saúde. É indispensável capacitar a pessoa a uma aprendizagem ao longo da vida, preparando-a deste modo para as diferentes etapas, assim como para as doenças crónicas e incapacidades. Os serviços de saúde para além das suas responsabilidades na prestação dos cuidados clínicos deverão orientar-se cada vez mais para a promoção da saúde. Para as mudanças propostas se concretizarem, a investigação e a educação dos profissionais devem assumir relevante importância no contributo, no sentido da alteração das atitudes focar -se nas necessidades totais da pessoa, considerando a sua globalidade.

Os enfermeiros têm construído a sua história enquanto educadores para a saúde quer através da formação, quer através da prática dos cuidados, desde Florence Nightingale. Na segunda metade do século XIX, esta grande pioneira da enfermagem conferia grande importância à necessidade de aprender a observar. Foi através da observação e da colheita de dados junto dos feridos da Guerra da Crimeia, que Nightingale fundamentou a necessidade de promover a saúde e de prevenir a doença (Silva, 2007).

Os enunciados descritivos da Ordem dos enfermeiros aclaram o mandato social da profissão de Enfermagem, no que concerne a ação educativa na dimensão da promoção da saúde e da readaptação funcional.

*“Na procura permanente a excelência no exercício profissional, o enfermeiro ajuda os clientes a alcançarem o máximo potencial de saúde.
São elementos importantes, face à promoção da saúde, entre outros:*

- a identificação da situação de saúde da população e dos recursos do cliente/família e comunidade;
- a criação e o aproveitamento de oportunidades para promover estilos de vida saudáveis identificados;
- a promoção do potencial de saúde do cliente através da otimização do trabalho adaptativo aos processos de vida, crescimento e de desenvolvimento;
- o fornecimento de informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo cliente” (2002, p.12).

“Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro conjuntamente com o cliente desenvolve processos eficazes de adaptação aos problemas de saúde

São elementos importantes face à readaptação funcional, entre outros:

- a continuidade do processo de prestação de cuidados de enfermagem;
- o planeamento da alta dos clientes internados em instituições de saúde, de acordo com as necessidades dos clientes e os recursos da comunidade;
- o máximo aproveitamento dos diferentes recursos da comunidade;
- a otimização das capacidades do cliente e conviventes significativos para gerir o regime terapêutico prescrito;
- o ensino, a instrução e o treino do cliente sobre a adaptação individual requerida face à readaptação funcional” (2002, p.14).

A identificação das necessidades de promoção da saúde deve ser efetuada num primeiro contacto com o hospital e, ajustada consoante as alterações clínicas da pessoa ou de acordo com a sua solicitação. Atendendo ao número elevado de pessoas que abrange, o hospital é um lugar favorecido para efetuar educação para a saúde, prevenção da doença e readaptação (WHO, 2004). As pessoas que experimentam uma situação de doença podem ter um grau de prontidão elevado para aprender tornando o contexto hospitalar um local de privilegiado, para a educação para a saúde (Pender, 1987 in Silva, 2007).

A organização do hospital deve garantir que os profissionais de saúde em parceria com os utentes efetuem de forma sistemática atividades de promoção da saúde, tendo como objetivo promover saúde, prevenir a doença e a reabilitação (WHO, 2004).

De acordo com o Decreto-lei nº 161/96, de 4 de Setembro, com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei nº 104/98 de 21 de Abril, do Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro, capítulo II, artigo 4º:

“1 - Enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível”.

2.1 – A APRENDIZAGEM: CONTRIBUTOS DAS TEORIAS

Os enfermeiros promovem uma aprendizagem significativa favorecendo à pessoa competências para enfrentar a doença, mobilizar energia para se adaptar e efetuar o seu autocuidado.

A aprendizagem é considerada pela CIPE “um tipo de Autoconhecimento com as características específicas: processo de adquirir conhecimentos ou competências por meio de estudo sistemático, instrução, prática, treino ou experiência” (Conselho Internacional de Enfermeiras, 1999, p.46).

São várias as teorias que propõem explicar como se dá aquisição do conhecimento. A utilização de teorias de promoção da saúde facilita a compreensão dos determinantes dos problemas da saúde e a orientação das soluções que correspondem às necessidades das pessoas Também contribui para a promoção de conhecimento, reflexão e decisão nos atos de agir, levando à consecução dos objetivos propostos para a promoção da saúde (Silva e Santos, 2010).

As teorias de aprendizagem do século XX dividem-se em duas classes behaviorista e cognitiva, com a teoria cognitiva social de Bandura contendo elementos de ambas. Recentemente as teorias de construtivismo sugerem que os formandos sejam ajudados a construir o seu próprio significado, em ambientes reais (Redman, 2003).

Segundo Bennet e Murphy (1999), as teorias da aprendizagem deram o seu início com Pavlov em 1927, com a lei do condicionamento clássico, revelando que um estímulo incondicionado com frequência (por exemplo comida), quando associado a um estímulo condicionado (campainha) desencadeia-se uma resposta condicionada. O condicionamento tem lugar a nível visceral, não através de processos cognitivos, sendo que este tipo de aprendizagem é igual em todas as espécies e é onde assenta aprendizagem mais complexa. Baseados em Skinner, os autores acrescentam que quando um comportamento é recompensado, ou reforçado, ele persiste, sendo que quando punido ele diminui de frequência ou deixa de existir. Os processos de reforço são importantes na promoção da aprendizagem da saúde.

Na teoria cognitiva, Redman (2003), refere que a aprendizagem é promovida através do desenvolvimento de novos padrões cognitivos que proporcionam um guia potencial para o comportamento. Novos conhecimentos levam a uma organização da estrutura

cognitiva armazenada em imagens visuais. A aprendizagem torna possível a mudança de comportamento, é descrita como uma acumulação de nova informação na memória. A motivação para agir resulta da necessidade para resolver o problema. Existem diferentes níveis de aprendizagem de acordo com o conhecimento adquirido, assim como diferentes graus de perícia na resolução de problemas de acordo com o aperfeiçoar dos modelos mentais.

A teoria da aprendizagem social desenvolvida por Bandura apresenta o comportamento como o resultado de uma interação entre processos cognitivos e acontecimentos exteriores. Há três elementos nesta teoria que são relevantes na promoção da saúde, nomeadamente o papel das expectativas na determinação do comportamento, a aprendizagem vicariante, a influência motivadora de um bom estado de saúde como resultado comportamental (Bennet e Murphy, 1999).

Relvas (1986) acrescenta que o comportamento é influenciado principalmente pela aprendizagem que tem lugar determinado num contexto social, podendo as diferenças individuais ser fundamentalmente atribuíveis, às experiências de aprendizagem específicas, em relação a pessoas e situações. Incide nos comportamentos aprendidos através das interações com o meio social e cultural, valorizando antecedentes relevantes para a explicação de comportamentos em estudo.

Esta teoria não privilegia os aspetos cognitivos, nem a aprendizagem por experiência direta (como os behavioristas), dá antes relevo à aprendizagem por observação dos comportamentos dos outros e respetivas consequências, originando uma modelação pela própria pessoa (Petronilho, 2007). A capacidade para a pessoa reproduzir o que observa depende dos esquemas comportamentais e, da comparação do comportamento com a imagem que a pessoa tem do mesmo (Berbaum, 1993).

Baseado nesta teoria, Petronilho (2007) defende que o enfermeiro deverá devolver em forma de imagem, por demonstração, o que espera do comportamento da pessoa, conseguindo-se uma resposta correta através do treino. O saber fazer irá depender da observação do modelo e, de uma intenção de corrigir por erros e tentativas.

Para Berbaum (1993), ao analisar diferentes etapas de uma aprendizagem podem-se identificar causas de um insucesso, observando o modelo. Petronilho (2007) salienta a importância do enfermeiro demonstrar de forma clara e realizar o treino dos

comportamentos mais complicados de forma faseada. Também é importante o reforço dado ao aprendiz, durante as fases da execução e não só no final.

Nola Pender desenvolveu na década de 80, o Modelo de Promoção da Saúde, com base na Teoria da Aprendizagem Social, na perspectiva da enfermagem holística e da psicologia social (Sakraid, 2004). Começou a construir um alicerce para estudar como as pessoas tomam decisões, sobre a sua própria saúde. Desenvolveu a ideia que a promoção da saúde ultrapassa a prevenção da doença (Allgood e Tomey, 2004).

O Modelo de Promoção da Saúde de Pender tem por conceção a promoção da saúde, ou seja as atividades que mantêm ou intensificam o bem-estar da pessoa. Surge como uma proposta para integrar a enfermagem à ciência do comportamento. Integra fatores que influenciam comportamentos saudáveis e explora o processo biopsicossocial que motiva a pessoa para se autocuidar (Victor, Lopes e Ximenes, 2005).

Identifica fatores cognitivo-percetuais tais como a importância de comportamentos promotores de saúde, sendo estes fatores modificáveis por características demográficas e biológicas, influências interpessoais e fatores situacionais e comportamentais que ajudam a prever a participação no comportamento de promoção da saúde (Allgood e Tomey, 2004).

Sakraid (2004) acrescenta que este modelo apresenta uma estrutura simples e clara que possibilita aos enfermeiros um cuidar individual à pessoa, também permite planear, intervir e avaliar as ações. Expõe três componentes:

1 - Características e experiência individuais

- Comportamento anterior
- Fatores pessoais: biológicos (idade, género, índice de massa corporal, força, equilíbrio), psicológicos (autoestima, motivação, competência pessoal, estado de saúde percebido, definição de saúde), socioculturais (etnia, educação, estatuto socioeconómico)

2- Conhecimentos e sentimentos sobre o comportamento que se quer alcançar (Estas variáveis são modificáveis através das ações de enfermagem)

- Benefícios da ação (resultados positivos antecipados que decorrem do comportamento da saúde);
- Barreiras percebidas à ação (bloqueios antecipados imaginados ou reais, custos pessoais);

- Autoeficácia percebida (julgamento das capacidades pessoais de organizar e executar ações);
- Atividade relacionada com a apresentação (sentimentos positivos ou negativos que ocorrem antes, durante e a seguir ao comportamento);
- Influências interpessoais (conhecimentos relativos aos comportamentos ou atitudes de outros. Incluem normas, apoio social, modelagem, família, pares, prestadores de cuidados de saúde);
- Influências situacionais (o ambiente pode facilitar ou impedir comportamentos de saúde)

3- Resultado comportamental

- Compromisso com um plano de saúde (estratégias que possibilitam a manutenção de um comportamento de promoção da saúde);
- Exigências/preferências de competição imediatas (comportamentos sobre os quais a pessoa tem controlo reduzido por ocorrências ambientais/Comportamentos alternativos sobre os quais as pessoas têm grande controlo);
- Comportamento de promoção da saúde (resultado da ação, no sentido da obtenção de resultados de saúde).

A autora acrescenta que existem processos biopsicossociais que motivam as pessoas a ter comportamentos no sentido de melhorar a saúde. Os profissionais de enfermagem consideram este modelo importante porque se aplica ao longo do ciclo vital e, é útil em muitos contextos. Este modelo contribui com uma solução de enfermagem para a política de saúde, ao fornecer uma forma de compreender como as pessoas podem ser motivadas a atingir a saúde pessoal.

2.2 – PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO

O enfermeiro tem por objetivo maximizar o bem-estar e promover o autocuidado (Ordem dos enfermeiros, 2002). Propõe informação, oferece formas de ser, assim como novas perspetivas à pessoa, graças ao saber que decorre de uma boa prática de enfermagem (Benner, 2001).

“O ensino à pessoa não é uma livre escolha da enfermeira, mas antes uma obrigação profissional ligada à qualidade e à responsabilidade de cuidados” (Phaneuf, 2001, p.403).

Os cuidados de enfermagem têm por foco de atenção a pessoa e a família, com vista a estabelecer uma parceria, o que implica que o enfermeiro promova o autocuidado adequando os seus conhecimentos às capacidades e necessidades da pessoa. Esta parceria é efetuada através de um processo de interação, no qual o enfermeiro atua como fator facilitador (Silva, 2007).

2.2.1 – Promoção do autocuidado: processo ensino - aprendizagem

Segundo Redman (2003, p.17):

“aprender é mais eficaz quando os indivíduos estão prontos para aprender, isto é, quando desejam fazer algo. Algumas vezes a disposição de um utente para aprender vem com o tempo e o papel do prestador de cuidados é encorajar ao seu desenvolvimento”.

Do ponto de vista de Pires (2002), a utilização do conceito de aprendizagem, pressupõe uma visão do processo de desenvolvimento da pessoa, tanto ao nível da aquisição de conhecimentos, como de capacidades pessoais, sociais, profissionais, cívicas e éticas através de um processo de construção da pessoa que agrega dimensões cognitivas e comportamentais.

Dean –Baar (2000), Novak (2000) e Phaneuf (2005) por sua vez fazem referência a três domínios da aprendizagem, cognitivo, afetivo e psicomotor. Novak (2000) acrescenta que a aprendizagem está subjacente ao desenvolvimento da estrutura cognitiva que influencia fortemente a aprendizagem afetiva e psicomotora. No processo ensino-aprendizagem, a aprendizagem considera as estruturas cognitivas existentes e os conhecimentos anteriores a partir das quais estabelece a realização de novas experiências de aprendizagem.

A educação para a saúde é praticada segundo um processo, sendo que na fase de avaliação é determinada a natureza da necessidade, assim como a motivação para aprender, as metas a atingir, estabelecidas conjuntamente com a pessoa e ou família. O processo de ensino aprendizagem contempla várias etapas, sendo que a avaliação faz parte dum processo integral, com vista a determinar as capacidades das pessoas para a aprendizagem (Redman, 2003).

A entrevista de informação e de ensino é considerada por Phaneuf (2005), uma estratégia pedagógica para educar a pessoa cuidada, restituindo-lhe deste modo a autonomia. Tem por objetivo aumentar e aprofundar os conhecimentos da pessoa relativamente à sua saúde e ao tratamento. Deverá ser proporcionado um clima de

abertura, aceitação e respeito onde as pessoas são chamadas pelo nome. A partilha de ideias entre a pessoa e o educador servirá para clarificar mal entendidos, providenciar feedback e facilitar a resolução de problemas. A participação deve ser estimulada ao longo de todo o processo de aprendizagem (Rodrigues *et al.*, 2005).

Silva (2007) é da opinião que diversos fatores que influenciam a aprendizagem, entre os quais, os aspetos relacionados com o ambiente físico e psíquico assim como os aspetos relacionados com a pessoa doente.

Relativamente ao ambiente físico do hospital, os ruídos, a presença de pessoas e das visitas de outros utentes nas enfermarias condicionam a observação e a comunicação, assim como a falta de privacidade pela disposição de vários doentes no mesmo quarto, pela contínua interrupção por outros profissionais ou utentes (Phaneuf, 2005).

Silva (2007) salienta também os aspetos relacionados com a pessoa, nomeadamente a prontidão para aprender, a situação de doença aguda, a idade e as crenças. Phaneuf (2005) acrescenta a motivação, as capacidades intelectuais da pessoa, a memória, o nível de instrução e o grau de compreensão. Refere ainda outros fatores como o medo, a dor, a fadiga, o stress, o desgosto, a sonolência e a desconfiança relativamente ao sistema de cuidados, as emoções e a religião e acultura. Os aspectos culturais e religiosos devem ser também ser considerados na avaliação e no planeamento da aprendizagem, assim como o nível de educação.

A autora faz ainda referência aos aspetos relativos à enfermeira, entre os quais, a desatenção, os pensamentos paralelos, os hábitos de observação estereotipados, os valores, as crenças e os preconceitos, a vivência pessoal anterior, a persistência da primeira perceção, a atitude defensiva ou negativa da enfermeira, a abundância de estímulos.

Redman (2003) é da opinião que antes de iniciar o processo de aprendizagem, os educadores devem ativar a motivação, e ajudar a pessoa a mantê-la durante todo o processo. Os educadores também devem proporcionar feedback claro, ajudando quem aprende a sentir-se orgulhoso e satisfeito com o que alcançou.

Para Rodrigues *et al.* (2005, p.61) “as verdadeiras mudanças não são processos fáceis e implicam sempre autonomia, motivação e capacidade de decisão”.

Phaneuf (2001) enumera alguns princípios que devem ser tidos em conta, no processo de ensino:

- Incentivar a pessoa a colaborar no planeamento dos objetivos, nos horários a implementar. O momento do ensino deverá ser adequado à condição da pessoa. O ponto de partida para situar o ensino deverá ser do que a pessoa já conhece, para o que desconhece;
- Utilizar formas de efetuar o ensino através de: exemplos, comparações, esquemas desenhos e metáforas. Ir ao encontro do estilo de aprendizagem da pessoa;
- A linguagem a utilizar deve ser simples e adequada à pessoa;
- Dividir o ensino em parcelas para promover a aprendizagem.

A autora ainda refere que o plano de ensino é composto por diferentes partes, entre as quais: a identificação das necessidades de aprendizagem; a identificação dos fatores que influenciam a aprendizagem; a elaboração segundo as necessidades, de objetivos de ordem cognitiva, afectiva e psicomotora; a organização do conteúdo; a escolha das fórmulas pedagógicas; a preparação do material pedagógico; a escolha do momento; a aplicação do plano de ensino; a avaliação da aprendizagem da pessoa e a avaliação do ensino pela pessoa.

Para Silva (2007), o plano de ensino, com a finalidade de preparar o regresso a casa deve contemplar as capacidades da pessoa para retomar as suas atividades, o seu grau de autonomia, as suas necessidades na aquisição de conhecimentos para prevenir complicações e manter o tratamento de forma atingir a saúde.

2.2.2 – Estudos realizados sobre a promoção do autocuidado na pessoa em processo de transição

As previsões do desenvolvimento demográfico em Portugal, apontam para um aumento da incidência de doenças crónicas incapacitantes gerando situações de dependência de cuidados de saúde, o que impõe a necessidade de reorientar as respostas de saúde para uma maior participação da pessoa nos cuidados. A enfermagem como parte integrante do sistema de cuidados de saúde tem como foco de atenção a pessoa/família, pelo que é premente incorporar o auto-cuidado como uma estratégia explícita e permanente nos cuidados de enfermagem.

O estudo de Petronilho (2012) sugere que o autocuidado é um resultado sensível aos cuidados de enfermagem, com impacto positivo na promoção da saúde e do bem-estar, através do aumento do conhecimento e habilidades, onde os profissionais de saúde têm uma ação decisiva, com particular destaque para os enfermeiros. Os resultados do estudo revelam que perante os processos de saúde-doença (focado essencialmente para a doença crónica), existem fatores físicos, cognitivos, psicológicos, sociodemográficos, sociais, espirituais, culturais e económicos determinantes face à necessidade das pessoas incorporarem atividades promotoras do autocuidado (Anexo I).

Na sua investigação o autor ainda realça que 67,4% dos estudos abordam o fenómeno do autocuidado associado a processos patológicos, sendo a sua maioria referentes a doenças crónicas, com ênfase na insuficiência cardíaca, diabetes, Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), asma. Alguns artigos (32,6%) investigam o fenómeno do autocuidado numa perspetiva de resposta humana, sem focagem nas doenças, mas essencialmente relacionado com processos de transição de desenvolvimento nos idosos e, numa perspetiva de concetualização do conceito de autocuidado.

O autor apresenta conclusões de alguns estudos que focam a influência da patologia, no desempenho do autocuidado:

- Welmer *et al.* (2007) numa amostra de idosos com acidente vascular cerebral (AVC) evidenciaram que os participantes com avaliação da função somatosensorial normal após o evento, apresentam melhor desempenho do autocuidado, sendo que as alterações da perceção do autocuidado estão mais associadas à dificuldade e capacidade de desempenhar os movimentos necessários ao desempenho das tarefas, como vestir e comer.

- Whittle e Goodenberg (1996) estudaram a relação entre a condição de saúde e a capacidade de desempenho nas atividades instrumentais de vida diária (AIVD), em idosos. Os resultados revelaram no global, que uma diminuição da condição de saúde (capacidade física, limitações no papel atribuído, interação social, saúde mental/emocional, bem-estar, energia/fadiga, dor e perceção das mudanças na condição de saúde) corresponde a um aumento de dependência nas AIVD. No que concerne a relação entre a dependência nas AIVD e a doença crónica, as doenças crónicas mais comuns foram a atrite, hipertensão, a doença cardíaca e o AVC. Foram encontradas relações estatisticamente significativas entre o AVC e a dependência nas AIVD

(nomeadamente nos transportes, limpeza da casa) provavelmente devido a diminuição da capacidade funcional resultantes das sequelas do evento.

- O estudo de Zrinyi e Zékányne (2007) avaliou o contributo dos cuidados de enfermagem na melhoria da capacidade do autocuidado, de doentes internados em cinco unidades, entre o momento de admissão e o momento da alta, não havendo diferenças estatisticamente significativas. Este resultado foi justificado pela qualidade da intervenção dos enfermeiros, que na perspetiva dos doentes corresponde às suas expetativas, influenciando positivamente o desempenho no autocuidado.

Na perspetiva de Wang, Badley e Gignac (2004) uma das consequências negativas de ter um problema de saúde físico e crónico é a possibilidade de sofrer uma limitação da atividade física, a qual pode remeter para a dificuldade na execução das AVD. As pesquisas dos autores sugerem que a limitação da atividade é muitas vezes associada à perda da independência e crescente dependência dos outros. Por sua vez, o estudo de Rosa *et al.* (2003) sugere que a ocorrência de um AVC está associada a uma dependência funcional moderada grave.

O estudo de Murtagh e Hubert (2004) sugere que os idosos apresentam predominantemente patologias com alterações musculo-esqueléticas e neurodegenerativas, com maior incidência nas mulheres. Verificaram que estas doenças associadas ao grande uso de medicamentos explicavam elevados índices de incapacidade funcional e das limitações na mobilidade e realização de AVD.

Quanto à influência da idade no desempenho do autocuidado, Ramos (2003) refere que com o envelhecimento populacional ocorre um aumento da prevalência de doenças, contudo nem todos os idosos ficam incapacitados, muitos dos idosos com diversas doenças tem uma vida saudável, vivem de forma independente devido ao controlo das incapacidades.

Ao estudarem a relação entre a condição de saúde e a capacidade desempenho nas AIVD, em idosos, Whittle e Goldenberg (1996) citados por Petronilho (2012) encontraram uma associação estatisticamente significativa entre a idade e a dependência nas tarefas domésticas, sendo os mais velhos mais dependentes.

No que concerne ao género, Rosa *et al.* (2003), Sousa, Galante e Figueiredo (2003) e Parahyba e Simões (2006) confirmam que o sexo feminino apresenta uma forte associação à dependência funcional.

Rosa *et al.* (2003, p.40) investigaram ainda a influência de fatores socioeconómicos e demográficos relativos à saúde, bem como os fatores ligados às atividades sociais e à avaliação subjetiva da saúde, sobre a capacidade funcional dos idosos. Os fatores que se associaram com a dependência moderada/grave foram:

“analfabetismo, ser aposentado, ser pensionista, ser dona de casa, não ser proprietário da moradia, ter mais de 65 anos, ter composição familiar multigeracional, ter sido internado nos últimos 6 meses, ser "caso" no rastreamento de saúde mental, não visitar amigos, ter problemas de visão, ter história de derrame, não visitar parentes e ter avaliação pessimista da saúde ao se comparar com seus pares”.

Com a finalidade de descrever o comportamento e a capacidade de realização do autocuidado, em doentes com insuficiência cardíaca (IC) internados numa clínica, baseado nas conclusões de Holguín (2010), Petronilho (2012) refere que o apoio familiar, o desempenho de uma atividade profissional, o acesso ao sistema de saúde, o nível socio-económico e o acesso a melhores níveis de educação constituem fatores importantes na realização de ações promotoras do autocuidado.

Com o intuito de avaliar o perfil das pessoas relativamente às atitudes sobre o autocuidados, o Department of Health (2005) da Grã-Bretanha, realizou um estudo, sendo que surgiram as seguintes conclusões:

- Os profissionais de saúde desempenham um papel chave na promoção do autocuidado;
- Os mais idosos, os socio-economicamente mais carenciados e os grupos de minoria étnica podem necessitar de uma atenção especial para o autocuidado, são mais frágeis, menos ativos no autocuidado e menos confiantes no seu conhecimento e compreensão no autocuidado.
- As idades superiores a 84 anos são menos ativos.
- A informação e o conhecimento são o fator chave.

Apoiado em diversos autores, Petronilho (2012) apresenta o autocuidado como um fenómeno complexo, um processo de saúde e bem-estar da pessoa, inato e aprendido, na perspetiva da capacidade de tomar iniciativa, responsabilidade e desempenhar eficazmente o desenvolvimento do seu projeto de saúde (nomeadamente o desempenho das AVD). O autocuidado básico é referido como a resposta da pessoa aos requisitos do autocuidado, com ou sem ajuda dos profissionais de saúde. Considera-se também uma resposta aprendida face aos processos de saúde- doença da pessoa, integrando regimes terapêuticos ajustados com o profissional de saúde, promotores de uma gestão eficaz da doença, com enfoque nas doenças crónicas.

No que se refere à influência do ambiente hospitalar no desempenho do autocuidado, Silva (2007) constatou que o hospital é, para a pessoa doente, o confronto com uma nova realidade complicada, ignorada e até, por vezes, desordenada. O hospital e a doença surgem de uma forma insidiosa provocando alterações na qualidade de vida e no autocuidado.

Muito tem que ser feito pelos enfermeiros para encontrar novas estratégias que resultem em mais ou melhor aquisição de conhecimento e, que seja visível nas atividades de autocuidado, com reflexo no processo de transição saúde-doença. A pessoa assume papel central nesta preparação, pois é da sua perceção e da sua vivência que se desenvolve a ação (Paiva, Mendes e Bastos, 2010). A componente subjetiva ou seja a perceção do doente face aos acontecimentos, pode ser preditiva de uma transição com sucesso relativamente à componente objetiva (Jacob *et al.* in Paiva, Mendes e Bastos, 2010).

Para Meleis (2004) in Queirós (2010) os processos de transição implicam mudança de papéis (organizacionais, de estados de saúde, evolutivas no ciclo vital) podem necessitar da intervenção dos agentes de autocuidado terapêutico com o intuito de facilitar a superar os défices temporários ou permanentes, proporcionando o retorno ao autocuidado natural. Os agentes de autocuidado terapêutico disponibilizam ações de autocuidado, educação terapêutica e suprimem défices, com vista a autonomização e o retorno ao autocuidado.

Para Lopes in Magalhães (2009, p.27):

“O enfermeiro interage com o ser humano numa situação de saúde/doença, o qual é uma parte integrante do seu contexto sócio-cultural e o qual está numa espécie de transição ou antecipando essa mesma transição; a interação enfermeiro-cliente está organizada em volta de algum propósito- processo de enfermagem e os enfermeiros usam algumas acções- intervenções terapêuticas para aumentar ou facilitar a saúde e o bem-estar”.

PARTE II

APRESENTAÇÃO DO ESTUDO EMPÍRICO

1- METODOLOGIA

A investigação é uma das fontes do conhecimento em enfermagem e contribui significativamente para ampliar e fundamentar a prática profissional. Neste sentido e de acordo com Polit, Beck e Hungler (2004), os enfermeiros preocupam-se em documentar a relevância social e a eficácia da sua prática, ao pretenderem basear a sua prática em pesquisa, para fundamentar decisões. Reconhecem a importância de basear as suas ações em evidências que traduzam resultados da sua prática, com influência no atendimento de saúde. Assim, a pesquisa e o desenvolvimento do conhecimento em enfermagem é essencial para alterar práticas que favoreçam a melhoria do estado de saúde da pessoa. Na mesma perspectiva, Lobiondo-Wood e Haber (2001) salientam a importância da pesquisa em enfermagem, por esta oferecer uma base de conhecimento científico especializado que permite fortalecer a profissão, ao antecipar novas abordagens para lidar com problemas que influenciam o estado de saúde dos cidadãos.

A metodologia permite definir a abordagem mais adequada para o tratamento de diversos problemas. Não sendo a sua finalidade a obtenção de soluções, não deixa de ser, no entanto, um importante contributo neste sentido, uma vez que constitui um processo racional e sistemático que integra os conhecimentos das diferentes disciplinas científicas e filosóficas.

Assim, “A metodologia da investigação pressupõe ao mesmo tempo um processo racional e sistemático e um conjunto de técnicas ou de meios que permitem realizar a investigação” (Fortin, Côté e Fillion, 2009, p.19).~«

Com base no exposto, neste capítulo são descritas as etapas e procedimentos com vista à concretização da investigação empírica. Segundo Fortin, Côté e Fillion (2009), no decurso da fase metodológica a atenção do investigador é dirigida, sobretudo, para o desenho de investigação, a escolha da população e da amostra, dos métodos de medida e de colheita de dados. Desta forma, através de um plano metodológico é apresentado: a contextualização da investigação, os objetivos e as questões da investigação, as hipóteses, a constituição da amostra em estudo, as variáveis, o instrumento de colheita

de dados, procedimentos de recolha de dados, formais e éticos e as medidas estatísticas utilizadas.

1.1 - CONTEXTUALIZAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO, OBJETIVOS E QUESTÕES

Constata-se que com o aumento da esperança média de vida, o avanço tecnológico e o conhecimento na área da saúde, cada vez mais pessoas sobrevivem a lesões fatais, as pessoas com doença crónica vivem mais anos, com graus de dependência elevados, o que têm tradução no sistema financeiro e social e de saúde da sociedade. Neste sentido, as políticas de saúde procuram capacitar a pessoa para gerir com maior eficácia os processos saúde-doença, ao centralizarem a responsabilização da pessoa para se autocuidar, com a ajuda, de profissionais.

A transição para a dependência no autocuidado é um fator modificável através da melhoria do potencial de aprendizagem da pessoa, no qual os enfermeiros podem contribuir de forma significativa quer na promoção do autocuidado, quer na qualidade dos processos de transição vividos pelas pessoas, através de medidas contínuas em que toda a equipa de saúde deve estar envolvida e, onde o enfermeiro de reabilitação pode constituir uma mais-valia.

Na opinião de Petronilho (2012), existe um número reduzido de trabalhos centrados na capacidade da pessoa em realizar as atividades de vida, que designa por autocuidado básico (alimentar-se, vestir-se, higiene pessoal...) quando comparado com os estudos existentes sobre a capacidade para gerir a doença crónica.

O facto de existirem poucos estudos sobre a promoção do autocuidado, assim como a convicção fundamentada na literatura e na prática diária, de que a dependência da pessoa relacionada com doença crónica pode ser retardada ou minorada, sendo a transição para a dependência no autocuidado, um factor modificável através da melhoria do potencial de aprendizagem da pessoa levou à reflexão sobre a importância desta temática.

Acresce-se que o foco autocuidado consta do resumo mínimo de dados e do core de indicadores de enfermagem para o repositório central de dados da saúde, estando orientado para o enunciado descritivo dos padrões de qualidade de enfermagem definidos pela ordem dos enfermeiros “O bem-estar e o autocuidado”. Os requisitos de comparabilidade para o resumo mínimo de dados de enfermagem portugueses, definidos

pela Ordem dos Enfermeiros (2007 b) oferecem a possibilidade de viabilizar a produção automática dos indicadores de qualidade de enfermagem. Neste sentido, o estudo sobre “A Promoção do Autocuidado na Pessoa em Processo de Transição” suscitou especial interesse em ser desenvolvido.

Construiu-se o problema de investigação: explorar o fenómeno da promoção do autocuidado da pessoa em processo de transição durante a hospitalização, quer na perspectiva da evolução da pessoa face ao seu desempenho no autocuidado, quer na perspectiva dos conhecimentos adquiridos. Deste modo pretendem-se alcançar os seguintes objectivos:

- Caracterizar a amostra em estudo no que concerne às variáveis sociodemográficas (género, idade, estado civil, habilitações literárias) e de contexto clínico (patologia incapacitante, conhecimento e ensino) da pessoa em processo de transição, internada no serviço de Especialidades Médicas do CHMT;
- Caracterizar a evolução do conhecimento sobre o autocuidado adquirido pela pessoa em processo de transição, internada no serviço de Especialidades Médicas do CHMT;
- Identificar o nível de evolução de independência funcional da pessoa em processo de transição, internada no serviço de Especialidades Médicas do CHMT;
- Analisar a relação entre as variáveis sociodemográficas (género, idade, estado civil, habilitações literárias) e a evolução do desempenho do autocuidado (domínio motor da MIF), na pessoa em processo de transição, internada no serviço de Especialidades Médicas do CHMT;
- Analisar a relação entre as variáveis de contexto clínico (patologia incapacitante, conhecimento e ensino) e a evolução do desempenho do autocuidado (domínio motor da MIF), na pessoa em processo de transição, internada no serviço de Especialidades Médicas do CHMT.

O desenvolvimento do processo de investigação orientou-se essencialmente para encontrar respostas para as questões e hipóteses de investigação. Estas foram formuladas com base no quadro de referência e experiência do investigador.

Questões:

- Qual a evolução do conhecimento adquirido sobre o autocuidado pela pessoa em processo de transição, internada no serviço de Especialidades Médicas do CHMT?

- Qual a evolução do nível de independência funcional da pessoa em processo de transição, internada no serviço de Especialidades Médicas do CHMT?
- Qual a relação entre as variáveis sociodemográficas (género, idade, estado civil, habilitações literárias) e a evolução do desempenho do autocuidado (domínio motor da MIF), na pessoa em processo de transição, internada no serviço de Especialidades Médicas do CHMT?
- Qual a relação entre as variáveis de contexto clínico (patologia incapacitante, conhecimento e ensino) e a evolução do desempenho do autocuidado (domínio motor da MIF), na pessoa em processo de transição, internada no serviço de Especialidades Médicas do CHMT?

A principal questão de investigação orienta-se no sentido de dar resposta a:

- Qual a relação entre o conhecimento, o ensino e a evolução do desempenho do autocuidado (domínio motor da MIF), na pessoa em processo de transição, internada no serviço de Especialidades Médicas do CHMT?

Embora este estudo seja essencialmente descritivo, ou seja, pretende obter dados em relação às questões acima apontadas, formulam-se as seguintes hipóteses:

HIPÓTESE 1 (H₁) - Existe diferença na evolução do desempenho do autocuidado na pessoa em processo de transição, internada no serviço de Especialidades Médicas do CHMT, consoante o género;

HIPÓTESE 2 (H₂) - Existe relação entre a idade e a evolução no desempenho do autocuidado, na pessoa em processo de transição, internada no serviço de Especialidades Médicas do CHMT;

HIPÓTESE 3 (H₃) - Existe diferença na evolução no desempenho do autocuidado na pessoa em processo de transição, internada no serviço de Especialidades Médicas do CHMT, consoante o estado civil;

HIPÓTESE 4 (H₄) - Existe relação entre as habilitações literárias e a evolução do desempenho do autocuidado, na pessoa em processo de transição, internada, no serviço de Especialidades Médicas do CHMT;

HIPÓTESE 5 (H₅) - Existe relação entre o conhecimento e a evolução do desempenho do autocuidado, na pessoa em processo de transição, internada no serviço de Especialidades Médicas do CHMT;

HIPÓTESE 6 (H₆) - Existe relação entre o ensino e a evolução do desempenho do autocuidado, na pessoa em processo de transição, internada no serviço de Especialidades Médicas do CHMT;

HIPÓTESE 7 (H₇) - Existe diferença na evolução do desempenho do autocuidado na pessoa em processo de transição, internada no serviço de Especialidades Médicas, do CHMT, consoante a patologia incapacitante.

Tipo de Estudo

O tipo de estudo enquadra-se no descritivo-correlacional, uma vez que, segundo a explicação de Fortin, Côté e Fillion (2009), visa explorar relações entre variáveis e descrevê-las. Neste estudo pretende-se descrever relações entre variáveis sociodemográficas, de contexto clínico (patologia incapacitante, o conhecimento, o ensino) e o desempenho da pessoa no autocuidado. A investigação consiste em descrever como os conceitos interagem e podem estar associados entre si. São utilizadas análises estatísticas para determinar a existência de relações possíveis entre os conceitos.

1.2 – CONSTITUIÇÃO DA AMOSTRA

Segundo Fortin, Côté e Fillion (2009, p.311) “A população alvo é o conjunto das pessoas que satisfazem critérios de selecção definidos previamente e que permitem fazer generalizações”. Assim, para obter a população em estudo definem-se critérios de inclusão, ou seja, as características que se desejam encontrar na amostra e, os de exclusão que determinam os indivíduos que não fazem parte da amostra.

Tendo em consideração o estudo pretendido, optou-se por uma amostra não probabilística, accidental, no sentido de dar resposta aos critérios de selecção da mesma. A amostragem do tipo accidental ou de conveniência é constituída por indivíduos facilmente acessíveis e com critérios de inclusão definidos. Possibilita a escolha de indivíduos, no local certo e momento certo (Fortin, Côté e Fillion, 2009).

Deste modo constituiu-se uma amostra de 68 pessoas, internadas no serviço de Especialidades Médicas do CHMT, tendo como critérios de inclusão: a pessoa internada no serviço de Especialidades Médicas, do CHMT de 22 Novembro de 2011 a 16 Maio de 2012 e a participação voluntária da pessoa. Consideraram-se critérios de exclusão: a pessoa com internamento inferior a 7 dias e superior a 13 dias, a pessoa com indicação

de repouso absoluto e a pessoa cujo valor do domínio cognitivo da MIF (cognição social e comunicação) é inferior à média (<17.5).

A escolha do local deve-se à acessibilidade e interesse por parte do investigador em explorar o fenómeno da promoção do autocuidado naquele serviço, assim como da instituição, em que o foco autocuidado seja desenvolvido como indicador de qualidade. O critério de repouso absoluto foi selecionado pelo facto de limitar o desempenho da pessoa no autocuidado. A avaliação cognitiva prévia foi determinada, visto ser estimado o conhecimento da pessoa sobre o autocuidado e a realização de ensino. O tempo de internamento é justificado no sub-capítulo do procedimento de recolha de dados.

1.3 – IDENTIFICAÇÃO E OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS

Na perspetiva de Polit, Beck e Hungler, (2004), num estudo quantitativo os conceitos são denominados de variáveis e como o nome indica, é algo que varia. Para Fortin, Côté e Filion (2009) referem-se a qualidades, propriedades, características de objetos de situações passíveis de mudar ou variar no tempo, sendo que o enunciado do objetivo, as questões e as hipóteses devem apresentar as variáveis.

Após a fundamentação teórica, foram selecionadas as variáveis mais pertinentes, atendendo aos objetivos do estudo e às particularidades do instrumento de colheita de dados. Estudar a temática da promoção do autocuidado, na pessoa em processo de transição implica a abordagem de diversos fatores, que de acordo com a literatura consultada, se revelam pertinentes, por interferirem direta ou indiretamente na evolução do desempenho da pessoa no seu autocuidado.

Neste sentido, houve necessidade de classificar as variáveis selecionadas, em variáveis dependentes, independentes ou de atributo, segundo o papel que têm na investigação. A variável dependente corresponde neste estudo à Independência Funcional da pessoa em processo de transição, com realce do *domínio motor*, pois o estudo orienta-se para a promoção do autocuidado. É na perspetiva de Polit, Beck e Hungler (2004) o comportamento, a característica ou o resultado no qual o investigador está interessado em compreender e explicar.

Com base na fundamentação teórica e nas questões de investigação formuladas foram consideradas como variáveis independentes as de contexto clínico. As variáveis atributos também são apresentadas, sendo que Fortin, Côté e Filion (2009) as descrevem

como características pré-existentes nos participantes, geralmente constituídas por dados sociodemográficos.

1.3.1 – Operacionalização das Variáveis

Num estudo quantitativo, segundo Polit, Beck e Hungler (2004), o investigador deverá indicar como a variável será medida, ou seja, realizar a definição operacional.

Variável Dependente: Independência Funcional da pessoa em processo de transição.

Para medir esta variável propõe-se a utilização da MIF, com realce do *domínio motor*, pois o estudo orienta-se essencialmente na promoção do autocuidado. Trata-se de uma escala criada pela Research Foundation State University of New York Buffalo (1990), elaborada no âmbito de um programa conjunto da Academia Americana de Medicina Física e Reabilitação e pelo Congresso Americano de Medicina de Reabilitação, traduzida por Jorge Laíns, em 1991. A MIF tem por objetivo avaliar a incapacidade de forma uniforme e fiável. Reflete o tempo/energia que tem de ser fornecido para satisfazer as necessidades (dependências) da pessoa incapacitada, que lhe permitem a manutenção da qualidade de vida. É uma escala de incapacidade que mede o que a pessoa incapacitada realmente faz. Linacre *et al.* in Riberto *et al.* (2004) acrescentam que a MIF avalia o desempenho do indivíduo em 18 atividades, em dois domínios principais: **o domínio motor** e **o domínio cognitivo**.

A Research Foundation State University of New York at buffalo (1990), traduzida por Laíns (1991), é constituída por seis dimensões e respectivos indicadores (18) como a seguir se descreve:

1) Autocuidados

- Alimentação: utilização dos utensílios necessários para levar os alimentos à boca, mastigar e engolir com a refeição devidamente preparada.
- Higiene pessoal: higiene oral, pentear, lavar as mãos e face, e a barba ou maquilhagem.
- Banho: lavar o corpo, do pescoço aos pés (excluindo as costas), em banho de imersão, chuveiro ou bacia com esponja ou luva.
- Vestir-se metade superior: vestir da cintura para cima, retirar ou colocar uma prótese ou ortótese da parte superior, se for caso disso.

- Vestir-se metade inferior: vestir da cintura para baixo, bem como retirar ou colocar uma prótese ou ortótese da parte inferior, se for caso disso.

- Utilização da sanita: higiene perianal e o despir e vestir roupa antes e depois da utilização da sanita ou da arrastadeira.

2) Controle dos esfínteres

- Controle da bexiga: controle completo e intencional da bexiga e utilização dos meios necessários ao controle vesical.

- Controle das fezes: controle intencional e completo da defecação e utilização dos meios necessários à defecação.

3) Mobilidade- Transferências:

-Leito-cadeira: transferência de e para o leito, a cadeira, ou a cadeira de rodas, ou para a posição de pé se a marcha for o modo de locomoção habitual.

- Sanita: sentar-se e levantar-se da sanita.

- Chuveiro/banheira: entrar e sair de uma banheira ou chuveiro.

4) Locomoção

- Marcha/cadeira de rodas: andar de pé ou cadeira de rodas numa superfície plana.

- Escadas: subir e descer um lance de escadas 12 a 14 degraus.

5) Comunicação

- Compreensão: perceber uma comunicação verbal ou visual (escrita, sons e gestos).

- Expressão: Expressão clara da linguagem (verbal ou não), abrange fala ou a expressão através de um dispositivo de comunicação.

6) Cognição social

- Interação social: desempenho para fazer-se compreender e participar com os outros nas situações terapêuticas e sociais, capacidade da pessoa em lidar com as suas necessidades e as dos outros.

- Resolução de problemas: capacidade para resolver problemas da vida quotidiana, tomar decisões razoáveis, seguras e atempadas sobre assuntos financeiros, sociais e pessoais, iniciar atividades, obedecendo a uma sequência aplicando-se correções para solucionar problemas.

- Memória: compreende a capacidade da pessoa em reconhecer e lembrar-se, enquanto desenvolve atividades quotidianas: consiste na capacidade de guardar e recuperar informação, em particular a informação verbal e visual. A evidência da função da

memória, inclui o reconhecimento de pessoas próximas, a memorização das rotinas e a execução de tarefas, sem que alguém as recorde.

As dimensões da MIF agrupam várias atividades, que são avaliadas conforme o grau de dependência. Oliveira e Candeias (2000) referem que em cada item é registrado o nível que melhor corresponde à situação da pessoa, sendo que a pontuação pode variar entre o valor de 1 e 7. A soma das pontuações obtidas da escala pode distribuir-se num intervalo de 18 a 126 pontos. A research Foundation State University of New York (1990), traduzida por Laíns em 1991, acrescenta que não se prevê nenhum item não aplicável, todos os itens devem ser preenchidos.

De acordo com o mesmo autor, os níveis representativos da independência e da dependência são sete para cada atividade, sendo estes divididos em dois grupos: sem ajuda e com ajuda, como se pode observar no Quadro 1.

Sem ajuda, consiste no nível 6, independência modificada (com possibilidade de recurso a ajuda técnica) e o nível 7, independência completa.

Com ajuda, subdivide-se em dependência completa que inclui os níveis 1 e 2 e dependência modificada, nos níveis 3, 4 e 5.

No que concerne a dependência modificada, o nível 5 é atribuído quando a pessoa desenvolve atividades sob supervisão; o 4 quando a ajuda é mínima (a pessoa realiza 75% ou mais tarefas). O nível 3 é considerado quando a ajuda é moderada (a pessoa realiza 50% ou mais das tarefas). A dependência completa é classificada no nível 2 quando necessita de ajuda máxima (realizando no mínimo 25% das tarefas). O nível 1 é considerado quando a ajuda é total, ou seja, a pessoa não consegue realizar nenhuma atividade sem ajuda.

Quadro 1 – Pontuação e níveis de dependência da MIF

NÍVEIS	7 Independência completa (em segurança, em tempo normal) 6 Independência modificada (ajuda técnica)	SEM AJUDA
	Dependência modificada 5 Supervisão 4 Ajuda mínima (indivíduo >= 75%) 3 Ajuda moderada (indivíduo >= 50%) Dependência completa 2 Ajuda máxima (indivíduo >= 25%) 1 Ajuda total (indivíduo >= 0%)	AJUDA

Segundo Oliveira e Candeias (2000), são atribuídos níveis de função a partir da pontuação total obtida, tendo em atenção os valores atribuídos a cada atividade e os níveis considerados na MIF, sendo que os indivíduos atingem:

- Nível de *independência* com uma pontuação entre]108 e 126]
- Nível de *dependência modificada* com uma pontuação entre]54 e 108]
- Nível de *dependência completa* com valores compreendidos entre [18 e os 54]

Os indivíduos atingem o nível de independência quando não é necessário a ajuda de outra pessoa para o desempenho das atividades avaliadas, ou seja, sem ajuda.

Variáveis independentes: Variáveis de Contexto Clínico

São consideradas variáveis de contexto clínico: a patologia incapacitante, o conhecimento e o ensino.

Patologia Incapacitante: Para avaliar esta variável optou-se por uma questão aberta. A informação foi colhida do processo relativamente ao motivo de internamento, sendo posteriormente agrupadas por patologias do foro:

- Respiratório;
- Neurológico;
- Geniturinário;
- Cardíaco;
- Oncológico;
- Outros.

A forma como foram agrupadas as patologias permitiu sobretudo a simplificação no tratamento estatístico, análise e leitura do estudo, já que eram muito variadas, não existindo uma homogeneidade nas patologias incapacitantes, como se pode observar no Quadro 2.

Quadro 2 – Agrupamento de patologias incapacitantes

Agrupamento	Patologias Incapacitantes
Foro Respiratório	- DPOC - Pneumonia - Traqueobronquite - Derrame Pleural

	<ul style="list-style-type: none">- Dispneia- Broncopneumonia- Infecção Respiratória- Fibrose Pulmonar- Insuficiência respiratória global
Foro Neurológico	<ul style="list-style-type: none">- AVC
Foro Geniturinário	<ul style="list-style-type: none">- Infecção do trato urinário (ITU)
Foro Cardíaco	<ul style="list-style-type: none">- IC- Cardiopatia Isquémica
Foro Oncológico	<ul style="list-style-type: none">- Diagnóstico e Estadiamento da Neoplasia
Outros	<ul style="list-style-type: none">- Insuficiência Renal- Hiponatrémia- Anemia

Conhecimento: para a definição e operacionalização da variável *Conhecimento da pessoa em processo de transição sobre o autocuidado* elaboraram-se critérios de diagnóstico (quadro 3). Foram definidas dimensões e componentes, centrando-as num foco da prática de enfermagem, o conhecimento⁵, para o qual foram determinados indicadores que correspondem aos juízos diagnósticos, demonstrado⁶ e não demonstrado⁷. Como instrumento de informação utilizou-se a CIPE, Versão Beta 2

Mas em que se baseia o investigador para passar do conhecimento não demonstrado sobre o autocuidado higiene, para o conhecimento demonstrado sobre o autocuidado higiene? Em que critérios que se baseia?

Na perspetiva de Silva in Petronilho (2007), a natureza da disciplina e da profissão dos enfermeiros leva a que na relação de cuidados com os utentes, dois tipos de saberes tenham de ser mobilizados, o conhecimento formal que resulta da própria área de conceção de cuidados, produzido pela investigação, disponível na bibliografia da área do saber da enfermagem e, o saber prático, que vem da ação e é construído na prática, através da reflexão. Para Petronilho (2007), a disciplina de enfermagem ainda não

⁵ *Conhecimento é um tipo de Pensamento com as características específicas: conteúdo específico do pensamento com base em sabedoria adquirida ou em informação e competências adquiridas; domínio e reconhecimento da informação (Conselho Internacional de Enfermeiras, 1999).*

⁶ *Demonstrado é um fenómeno de enfermagem avaliado em relação a demonstração com as características específicas: afirmação de que um fenómeno de enfermagem é evidenciado como um comportamento publicamente observável (Conselho Internacional de Enfermeiras, 1999).*

⁷ *Não demonstrado é um fenómeno de enfermagem avaliado em relação a demonstração com as características específicas: negação de que um fenómeno de enfermagem seja evidenciado como um comportamento publicamente observável (Conselho Internacional de Enfermeiras, 1999).*

produziu satisfatoriamente este tipo de conhecimento formal para todos os diagnósticos de enfermagem, estando em desenvolvimento. Os diagnósticos de enfermagem que se formulam a partir dos focos da prática do domínio da função (processos corporais, não intencionais) são os mais desenvolvidos no momento da conceção, quando comparados com os diagnósticos de enfermagem no domínio da pessoa, processo intencional (ex: foco da prática: conhecimento).

Assim, foi com o maior esforço possível que se procurou estabelecer critérios de diagnóstico para os diferentes status de diagnóstico, que são apresentados no Quadro 3. Para isso utilizaram-se as seguintes estratégias:

- o conhecimento formal produzido pela disciplina de enfermagem e disponível na literatura (Classificação dos resultados de enfermagem de Jonhson *et al.*, 2004, CIPE Versão Beta 2 e Preparação do regresso a casa de Petronilho 2007),
- o conhecimento enquanto enfermeira.

Desta forma, foram elaborados critérios de diagnóstico para justificar a alteração do status, para os diferentes diagnósticos de enfermagem operacionalizados no estudo pelas dimensões, componentes e indicadores, utilizando como foco da prática o conhecimento.

Para avaliar a variável Conhecimento, foi colocada uma questão, à pessoa em processo de transição, ” O que faz em cada autocuidado?”, sendo que a modificação do status de diagnóstico (demonstrado/não demonstrado), teve por base os critérios de diagnóstico definidos no quadro abaixo.

Quadro 3 - Critérios de diagnóstico

Foco da prática (principal)	DIMENSÃO+ INDICADOR Conhecimento+juízo diagnóstico	COMPONENTES Critérios de diagnóstico
Autocuidado Higiene⁸	-Conhecimento demonstrado sobre o autocuidado higiene -Conhecimento não demonstrado sobre o autocuidado higiene	- Mantém um padrão contínuo de higiene - Lava regularmente as mãos - Lava o rosto - Lava o corpo - Lava as orelhas, nariz - Técnica de banho no chuveiro/WC - Utiliza estratégias adaptativas quando indicado - Utiliza equipamento adaptativo quando indicado

⁸ *Auto Cuidado: Higiene é um tipo de Auto cuidado com as características específicas: encarregar-se de manter um padrão contínuo de higiene, conservando o corpo limpo e bem arranjado, sem odor corporal, lavando regularmente as mãos, limpando as orelhas, nariz e zona perineal e mantendo a hidratação da pele, de acordo com os princípios de preservação e manutenção da higiene (Conselho internacional de enfermeiras,1999).*

“A Promoção do Autocuidado na Pessoa em Processo de Transição”

Autocuidado Comer⁹	-Conhecimento demonstrado sobre o autocuidado Comer -Conhecimento não demonstrado sobre o autocuidado Comer	- Corta e parte os alimentos em bocados manejáveis - Coloca os alimentos nos utensílios - Leva a comida à boca - Mete os alimentos na boca utilizando os lábios, músculos e língua e alimentando-se até ficar satisfeito - Conclui uma refeição - Utiliza estratégias adaptativas quando indicado - Utiliza equipamento adaptativo quando indicado
Autocuidado Vestuário¹⁰	-Conhecimento demonstrado sobre o autocuidado Vestuário -Conhecimento não demonstrado sobre o autocuidado Vestuário	- Escolhe roupas (pijama com calça ou calção/ camisa dormir) - Segura as roupas - Coloca as roupas na parte superior e na parte inferior do corpo - Abotoa a roupa - Calça os sapatos/chinelos - Despe as roupas - Utiliza estratégias adaptativas quando indicado - Utiliza equipamento adaptativo quando indicado
Autocuidado Ir ao Sanitário¹¹	-Conhecimento demonstrado sobre o autocuidado Ir ao sanitário -Conhecimento não demonstrado sobre o autocuidado Ir ao sanitário	- Reconhece e reage à bexiga cheia e, movimento intestinal - Ocupa o sanitário - Tira as roupas - Limpa -se depois de urinar e evacuar - Puxa o autoclismo - Mantém o ambiente limpo - Utiliza estratégias adaptativas quando indicado - Utiliza equipamento adaptativo quando indicado (ex: elevador de sanita)
Transferir-se¹²	-Conhecimento demonstrado sobre o autocuidado Transferir-se -Conhecimento não demonstrado sobre o autocuidado Transferir-se	- Roda o tronco no leito - Posiciona-se no leito - Ergue-se da posição de deitado para sentado - Move o corpo, com segurança deslocando-o entre: a cama e a cadeira - Utiliza estratégias adaptativas quando indicado - Utiliza equipamento adaptativo quando indicado
Deambular¹³	-Conhecimento demonstrado sobre o autocuidado Deambular -Conhecimento não demonstrado sobre o autocuidado Deambular	- Coloca-se na posição vertical - Move o corpo de um lugar para outro, com segurança, de pé ou de cadeira de rodas; - Suporta o peso do corpo; - Classifica o ritmo da marcha (lento, rápido, moderado eficaz) - Utiliza estratégias adaptativas quando indicado - Utiliza equipamento adaptativo quando indicado
Pôr-se de pé¹⁴	-Conhecimento demonstrado sobre o autocuidado Pôr-se de pé -Conhecimento não demonstrado sobre o autocuidado Pôr-se de pé	- Muda a posição do corpo, com segurança, posicionando-se em posição vertical. - Utiliza estratégias adaptativas quando indicado - Utiliza equipamento adaptativo quando indicado

⁹ Autocuidado: Comer é um tipo de Autocuidado com as características específicas: encarregar-se de organizar a ingestão de alimentos sob a forma de refeições saudáveis, cortar e partir os alimentos em bocados manejáveis, levar a comida à boca, metê-la na boca utilizando os lábios, músculos e língua e alimentando-se até ficar satisfeito (Conselho internacional de enfermeiras,1999).

¹⁰ Autocuidado: Vestuário é um tipo de autocuidado com as características específicas: encarregar-se de vestir e despir as roupas e sapatos de acordo com a situação e o clima tendo em conta as convenções e códigos normais do vestir, vestir e despir a roupa pela ordem adequada, apertá-la convenientemente (Conselho internacional de enfermeiras,1999).

¹¹ Autocuidado: Ir ao sanitário é um tipo de Autocuidado com as características específicas: levar a cabo as actividades de eliminação fazendo a sua própria higiene íntima, limpar-se depois de urinar e evacuar, deitar fora os produtos de eliminação, por exemplo puxar o autoclismo de maneira adequada, no sentido de manter o ambiente limpo e evitar a infecção (1999).

¹² Transferir-se é um tipo de autocuidado: Actividade Física com as características específicas: mover o corpo, deslocando-o entre a cama e a cadeira (Conselho internacional de enfermeiras,1999).

¹³ Deambular é um tipo de Autocuidado: Actividade Física com as características específicas: mudar-se e mover o corpo de um lugar para outro (Conselho internacional de enfermeiras,1999).

¹⁴ Pôr-se de Pé é um tipo de Auto-Cuidado Actividade Física com as seguintes características específicas: mover-se, mudando a posição do corpo e posicionando-se em posição vertical. (Conselho internacional de enfermeiras,1999).

Ensino:

No âmbito da variável *Ensino à pessoa em processo de transição sobre o autocuidado* foi questionado ao utente, se este foi alvo de ensino por parte dos enfermeiros, sobre os autocuidados higiene, autocuidado comer, autocuidado vestuário, autocuidado ir ao sanitário, transferir-se, deambular e pôr-se de pé, através de uma questão fechada: efetuado/não efetuado.

No que se refere a esta variável, o ensino foi realizado pela equipa de enfermagem do serviço de Especialidades Médicas.

Variáveis Atributo: *Variáveis Sociodemográficas*

Idade

Os dados relativos à idade foram recolhidos através de uma pergunta aberta, tendo sido posteriormente efetuado o agrupamento em classes estruturadas, de forma a obter grupos homogéneos.

Género

Avaliou-se esta variável através de uma pergunta fechada:

- Masculino e Feminino

Estado Civil

Nesta variável foram considerados os seguintes indicadores:

- Solteiro
- Casado
- Viúvo
- Separado
- Divorciado
- União de facto

Habilitações Literárias

Foram feitos seis agrupamentos compreendidos entre não sabe ler nem escrever e curso superior:

- Não sabe ler, nem escrever
- Sabe assinar o nome
- 1º ciclo escolar (4ª classe)
- 2º ciclo escolar (9º ano ou antigo 5 ano)

- 3º ciclo de estudos (12º ano ou antigo 7º ano)

- Curso superior

1.4 – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Para Fortin, Côté e Fillion (2009), os dados podem ser colhidos de diversas formas. O método a selecionar é determinado pela natureza do problema de investigação, pelas variáveis e pelas estratégias de análise estatística utilizadas. Dados os objetivos do estudo e a natureza dos fenómenos a investigar, optou-se por utilizar instrumentos de medida que avaliassem as variáveis a estudar, isto é a aplicação de um questionário constituído por duas partes e de uma escala.

O questionário tem por objectivo, para Fortin, Côté e Fillion (2009) colher dados factuais sobre acontecimentos, atitudes, conhecimento. Pode ser preenchido pelos participantes ou pelo assistente de investigação. Têm a vantagem de ser rápido de obtenção de dados, sendo que a natureza impessoal, a uniformidade da apresentação, assegura uma fidelidade do instrumento que possibilita comparações entre os respondentes. Para recolher os dados, os autores referem que o investigador pode utilizar um questionário existente ou ser concebido pelo próprio investigador, de forma a responder às questões de investigação formuladas. Assim, para este estudo elaborou-se o questionário de caracterização sociodemográfica e de contexto clínico.

A escala é, para Polit, Beck e Hungler (2004) um dispositivo destinado a atribuir um score numérico a indivíduos, para colocá-los numa sequência, em relação aos atributos medidos. Fortin, Côté e Fillion (2009) acrescentam que é composta de vários enunciados tendo uma relação lógica ou empírica, destinando-se a medir um conceito ou característica de uma pessoa, podendo ser uma variável fisiológica ou psicossocial. A escala utilizada neste trabalho, foi a MIF.

Sendo assim, o instrumento de colheita de dados encontra-se dividido em três partes (Apêndice I).

Questionário de caracterização sociodemográfica

Este questionário foi elaborado com o intuito de caracterização da amostra, em termos sociodemográficos. É constituído por quatro questões, através das quais são recolhidas informações acerca do género, idade, estado civil e habilitações literárias.

Questionário de contexto clínico

Nesta parte pretende-se caracterizar o contexto clínico. São recolhidos dados sobre a patologia incapacitante, sendo esta informação colhida no processo do utente; o conhecimento da pessoa em processo de transição sobre o autocuidado, tendo em conta os critérios definidos no quadro 3; a realização de ensino sobre o autocuidado por parte dos enfermeiros através de uma questão fechada colocada à pessoa - efetuado/não efetuado).

Escala de Medida de Independência Funcional

A MIF foi elaborada no âmbito de um programa conjunto da Academia Americana de Medicina Física e Reabilitação e pelo Congresso Americano de Medicina de Reabilitação. É uma escala de incapacidade que mede o que a pessoa incapacitada realmente faz, através da realização de um conjunto de tarefas motoras e cognitivas. A MIF mede a incapacidade em 18 categorias de desempenho: autocuidados (alimentação, higiene pessoal, banho, vestir metade superior, vestir metade inferior, utilização da sanita), controlo de esfínteres, mobilidade (transferências cama/cadeira/cadeira de rodas, sanita, banheira/duche) locomoção (marcha/cadeira de rodas, escadas) comunicação (compreensão, expressão) e cognição social (interacção social, resolução de problemas, memória). Foi criada para ser utilizada como uma escala a sete níveis representativos da independência e dependência. 1) assistência total; 2) assistência máxima; 3) assistência moderada; 4) assistência com contacto mínimo; 5) supervisão ou preparação; 6) independência modificada e 7) independência total (Research foundation state university of New York, 1990; Riberto *et al.*, 2001).

1.5- PROCEDIMENTO DE RECOLHA DE DADOS

O processo de colheita de dados consiste em colher de forma sistemática a informação junto dos participantes, com os instrumentos de medida selecionados (Fortin, Côté e Fillion, 2009). A recolha de dados à amostra em estudo foi concretizada pela autora do trabalho, de 22 de Novembro de 2011 a 16 de Maio de 2012.

Dada a natureza do estudo, houve a necessidade de aplicar o instrumento de colheita de dados em dois momentos, com uma parte em comum, permitindo deste modo a comparação dos dados, nos dois momentos de avaliação, nomeadamente: independência funcional, conhecimento e ensino. No que concerne à MIF, a Research Foundation State

University of New York (1990) refere que a informação deve ser codificada pelo menos duas vezes, (72 horas) após a admissão do doente e, nas 72 horas antes da alta. Com base nesta informação, foram definidos dois períodos distintos de avaliação do utente.

O primeiro momento, foi realizado nas primeiras 72 horas, (entre o 1º e 3º dia de internamento), estando o instrumento de colheita de dados orientado para recolher os: dados de caracterização sociodemográfica, de contexto clínico e de independência funcional.

O segundo momento de avaliação, foi considerado o momento de saída da pessoa do serviço. No que respeita à alta, nem sempre é prevista com exatidão de 72 horas de antecedência, sendo que esta pode ser variável consoante critério médico. Assim, tendo em conta o tempo médio de internamento (10 dias) no serviço de Especialidades Médicas, selecionou-se o segundo momento entre o 7º e 13º dia de internamento. A informação foi recolhida através da escala MIF e o questionário de contexto clínico (apenas o conhecimento da pessoa sobre o autocuidado e o ensino sobre o autocuidado).

A fim de não perturbar o desenvolvimento das atividades planeadas onde o estudo foi realizado, após consentimento da pessoa para realização do estudo, as questões acerca da caracterização sociodemográfica, conhecimento e ensino sobre o autocuidado, foram efetuadas em momento oportuno e planeado com a pessoa. A medida de independência funcional foi aplicada, no turno da manhã, aquando a realização das atividades descritas, no horário habitual da pessoa.

1.6 – PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

Para realizar a colheita de dados, são necessários determinados procedimentos, nomeadamente recorrer à obtenção de uma autorização para realizar o estudo em determinado estabelecimento e à aprovação da comissão de ética.

De forma dar cumprimento aos preceitos formais e éticos inerentes à realização deste estudo, formalizou-se por escrito um pedido de autorização para colheita de informação ao Presidente do Conselho de Administração, do CHMT, tendo este sido diferido (Anexo II). O pedido de autorização foi acompanhado do instrumento de colheita de dados e do consentimento informado, tendo este sido diferido, no sentido de ser possível a recolha de dados.

Foi também submetido parecer à Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde – Enfermagem, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, para realização deste estudo, tendo obtido parecer favorável (Anexo III).

Quanto aos direitos da pessoa, Fortin, Côté e Fillion (2009) referem que estes devem ser protegidos em qualquer estudo de investigação. Ao envolverem seres humanos, deve-se ter em atenção os direitos à autodeterminação, à intimidade, ao anonimato e confidencialidade, à proteção contra o desconforto e o prejuízo, bem como o direito a um tratamento justo e equitativo.

Para assegurar o preenchimento do instrumento, elaborou-se uma grelha de registo (Apêndice II), à qual se associou o nome do utente a um número, constando no instrumento de colheita de dados apenas o número, de modo a garantir a confidencialidade dos dados e a validade dos mesmos.

Para Fortin, Côté e Fillion (2009, p.193) “ O consentimento é a aquiescência dada por uma pessoa no estudo”. Foi entregue a cada participante uma folha com o consentimento informado, na qual se identificou o investigador, o estudo a realizar, os objetivos, o caráter voluntário da participação e a confidencialidade das respostas (Apêndice III). Aos participantes de baixa escolaridade ou iletrados, foi-lhes dada possibilidade de uma pessoa significativa ler o consentimento informado. Em relação à assinatura do documento, foi oferecido carimbo, quando necessário.

1.7 – TRATAMENTO ESTATÍSTICO

Os dados não responderão por si só às indagações da pesquisa, nem respondem às questões de investigação. Estes necessitarão de ser processados e analisados, de forma estatística, de modo que possam ser detetadas tendências e padrões de relações (Polit, Beck e Hungler, 2004).

O estudo estatístico das variáveis foi efetuado através da utilização do programa de estatística IBM.SPSS.19.

No tratamento de dados foram aplicadas técnicas e procedimentos de estatística descritiva analítica e inferencial.

Em relação à estatística descritiva foram calculadas frequências absolutas e percentuais, medidas de tendência central – média (M) e medidas de dispersão - desvio padrão (Dp).

Antes de se efetuar a análise estatística inferencial procedeu-se ao exame prévio dos dados, de forma a constatar a existência de desvios em relação à normalidade nas distribuições das variáveis em estudo, para depois passar à aplicação dos testes.

Para Polit, Beck e Hungler (2004), a utilização de testes paramétricos envolve três atributos: focam parâmetros da população, exigem medidas pelo menos numa escala de intervalo, envolvem outros pressupostos, entre os quais, o pressuposto de que as variáveis são normalmente distribuídas na população. São mais eficazes que os testes não paramétricos, sendo preferidos quando as variáveis são medidas em ao menos uma escala de intervalo.

Os testes não paramétricos na perspectiva de Polit, Beck e Hungler (2004) não são baseados na estimativa de parâmetros e envolvem menos pressupostos sobre a forma da distribuição das variáveis críticas. São aplicados quando os dados foram medidos numa escala nominal ou ordinal. São úteis quando a distribuição é anormal, os dados não podem ser construídos como medida de intervalo e ainda na opinião de Fortin, Côté e Filion (2009) quando a amostra é de pequeno tamanho.

Assim relativamente à estatística inferencial quando indicado foram utilizados os testes paramétricos (coeficiente de Pearson, teste de t de Student para amostras independentes e emparelhadas, a análise da variância) e quando necessário os seus correspondentes não paramétricos (correlação de Spearman, teste U de Mann-Whitney, teste T de Wilcoxon, teste de Kruskal-Wallis), sempre que as distribuições dos dados não asseguravam o pressuposto da normalidade (teste de Kolmogorov-Smirnov $p < 0.05$).

Os testes foram aplicados ao nível de significância 5% ($p \leq 0.05$).

2 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Descrita a metodologia adotada para a elaboração deste estudo, segue-se a apresentação dos dados e análise dos resultados. Após a colheita de dados é agora tempo de os tratar com a ajuda de técnicas de análise estatística “... a investigação tem por objectivo responder às questões de investigação ou verificar hipóteses” (Fortin, Côté e Filion (2009, p. 410).

Em primeiro lugar, irá se proceder à análise descritiva dos dados e posteriormente à análise inferencial para testar as hipóteses formuladas no estudo.

2.1 – ANÁLISE DESCRITIVA DOS DADOS

Com o intuito de caracterizar a amostra procedeu-se à análise descritiva das variáveis atributo (sociodemográficas: género idade; estado civil; habilitações literárias), variáveis independentes (contexto clínico: patologia incapacitante, conhecimento e ensino) e da variável dependente (independência funcional).

De acordo com Fortin, Côté e Filion (2009), na análise descritiva o investigador resume um conjunto de dados brutos com ajuda de testes estatísticos visando essencialmente descrever as características da amostra. Desta forma, a apresentação dos dados foi efetuada através de tabelas precedidas da respectiva análise.

2.1.1 – Caracterização sociodemográfica da amostra

A amostra recolhida é constituída por 68 pessoas, 51.5% homens (35) e 48.5% mulheres (33), internadas no serviço de Especialidades Médicas do CHMT. Os indivíduos têm idades compreendidas entre 44 e 98 anos, perfazendo uma idade média de cerca de 72 anos e um desvio padrão de 12.75. Apenas 30,9% das pessoas apresentam idades inferiores a 65 anos. A nível do estado civil, tendencialmente são casados (45.6%) ou viúvos (33.8%). No que se prende com as habilitações literárias, a situação mais comum consiste no nível do 1.º ciclo do Ensino Básico (54.4%), salienta-se que a maioria dos indivíduos tem níveis de habilitação literária iguais ou inferiores ao 1.º ciclo escolar. Com expressão mais baixa situam-se os indivíduos com 12º ano (13.3%) e com curso superior (apenas 4.4%).

Tabela 1 – Caraterização sociodemográfica da amostra

	nº	%
Género		
Masculino	35	51,5
Feminino	33	48,5
Total	68	100,0
Idade		
44-64 anos	21	30,9
65-74 anos	15	22,1
75-84 anos	16	23,5
mais de 84 anos	16	23,5
Total	68	100,0
Estado civil		
Solteiro	2	2,9
Casado	31	45,6
Viúvo	23	33,8
Separado	1	1,5
Divorciado	7	10,3
União de facto	4	5,9
Total	68	100,0
Habilitações literárias		
Não sabe ler nem escrever	11	16,2
1º ciclo escolar	37	54,4
2º ciclo escolar	8	11,7
3º ciclo escolar	9	13,3
Curso superior	3	4,4
Total	68	100,0

2.1.2 – Caraterização do contexto clínico

Patologia Incapacitante

No que diz respeito à patologia incapacitante, a grande maioria dos constituintes da amostra tem uma patologia do foro respiratório (39, 57.4%), seguem-se as patologias do foro neurológico (12, 17.6%). As restantes apresentam uma expressão mais baixa, nomeadamente patologias do foro oncológico (5, 7.4%), outras patologias (5, 7.4%), patologias do foro cardíaco (4, 5.8%) e do foro geniturinário (3, 4.4%).

Tabela 2 – Caraterização da patologia incapacitante

Tipo de patologia	nº	%
Cardíaco	4	5,8
Geniturinário	3	4,4
Neurológico	12	17,6
Oncológico	5	7,4
Respiratório	39	57,4
Outros	5	7,4
Total	68	100,0

Conhecimento

A tabela 3 carateriza o conhecimento demonstrado sobre sete atividades do autocuidado, pela amostra em estudo, no momento de entrada e de alta, do serviço de Especialidades Médicas.

No momento de entrada no serviço, verifica-se que a maioria das pessoas revela ter conhecimento acerca do autocuidado comer (78.8%), seguindo-se o autocuidado ir ao sanitário (47%) e transferir-se (42,4%). Constata-se que o conhecimento acerca do autocuidado vestuário (39,4%) e do autocuidado higiene (36,4%) é menos frequente. O conhecimento sobre o autocuidado deambular e pôr-se de pé acontece apenas em 21.2% e 28.8% dos casos, respetivamente.

No momento de alta, a maioria da amostra revela conhecimento acerca do autocuidado comer (97%) e transferir-se (75,8%) tal como acontece no primeiro momento, mas agora com número superior de elementos. Ao contrário do primeiro momento, o conhecimento acerca do autocuidado vestuário (77,3%) destaca-se face a outros autocuidados. Relativamente ao conhecimento sobre os autocuidados, pôr-se de pé (66,7%) e deambular (65,2%), autocuidado ir ao sanitário (65,2%) apresentam agora uma posição intermédia. Apesar de ter havido um aumento de 14 pessoas com demonstração de conhecimento acerca do autocuidado higiene no segundo momento de avaliação, acontecendo em 57,6% dos casos, é também considerado o menos frequente face aos outros autocuidados.

Tabela 3 – Caraterização do conhecimento demonstrado quanto ao autocuidado no momento de entrada e alta

Conhecimento demonstrado	Momento Entrada		Momento Alta	
	nº	%	nº	%
Autocuidado Higiene	24	36,4	38	57,6
Autocuidado Comer	52	78,8	64	97,0
Autocuidado Vestuário	26	39,4	51	77,3
Autocuidado ir ao Sanitário	31	47,0	43	65,2
Transferir-se	28	42,4	50	75,8
Deambular	14	21,2	43	65,2
Pôr-se de pé	19	28,8	44	66,7

Evolução do nível de conhecimento

Com o intuito de identificar a evolução do nível de conhecimento sobre o autocuidado adquirido pela pessoa em processo de transição, internada no serviço de Especialidades Médicas do CHMT, entre o momento de entrada e de saída do serviço, foi criada uma variável (conhecimento) resultante da soma do número de atividades relativas ao autocuidado que as pessoas demonstraram conhecer.

Uma vez que as distribuições da variável em estudo, no momento de entrada e no momento de saída, se distinguem significativamente de uma distribuição normal, optou-se pela aplicação do teste T de Wilcoxon para amostras emparelhadas.

Tal como indicado na tabela seguinte, a média de conhecimento demonstrado aumenta significativamente entre o momento de entrada e o momento de alta do serviço ($p < .05$). Em média, os utentes demonstram conhecimentos sobre cerca de 3 atividades de autocuidado no momento de entrada no serviço, e cerca de 5 no momento de alta.

Tabela 4 – Estudo da evolução do conhecimento sobre o autocuidado (Teste T de Wilcoxon)

Variável	Momento	Média	Desvio Padrão	Mediana	Significância do teste
Conhecimento	Entrada	2,85	2,43	2,50	,000
	Alta	4,89	2,49	6,00	

Ensino à pessoa em processo de transição

Segundo os utentes internados no serviço em estudo, verifica-se que a realização do ensino efetuado pelo enfermeiro, no momento de entrada no serviço, regista-se

principalmente no autocuidado comer (82.4% dos casos), ir ao sanitário e vestuário (66.2% e 63.2% dos casos, respetivamente). O ensino acerca dos autocuidados pôr-se de pé (30.9%) e deambular (27.9%) é efetuado com menor frequência.

No momento de alta do serviço, observa-se uma evolução positiva face ao primeiro momento de avaliação, regista-se um aumento de casos, em que foi efetuado o ensino, relativo a cada atividade de autocuidado. Pode-se ainda constatar que, de forma geral, o ensino realizado pelo enfermeiro, acerca dos autocuidados acontece em quase todos os casos, pois a atividade de menor representatividade, nomeadamente o autocuidado pôr-se de pé, acontece em grande parte da amostra (85.3%) e, o ensino acerca da atividade mais comum, o autocuidado comer acontece em 95,6% dos casos.

Tabela 5 – Caraterização do ensino efetuado no momento de entrada e alta

Ensino Efetuado	Momento Entrada		Momento Alta	
	nº	%	nº	%
Autocuidado Higiene	33	48,5	58	85,3
Autocuidado Comer	56	82,4	65	95,6
Autocuidado Vestuário	43	63,2	62	91,2
Autocuidado ir ao Sanitário	45	66,2	61	89,7
Transferir-se	31	45,6	63	92,6
Deambular	19	27,9	60	88,2
Pôr-se de pé	21	30,9	58	85,3

Frequência e percentagem de casos em que foi efetuado ensino relativo a cada atividade de autocuidado.

2.1.3 – Caraterização da Independência Funcional

Nível de função de independência funcional

Com base no resultado da escala MIF, é possível distinguir na tabela 6, diferentes níveis de independência funcional – independência, dependência modificada e dependência completa, tal como definidos por Oliveira e Candeias (2000). Assim, os resultados da amostra foram classificados em função da categorização proposta pelo autor supracitado. Analisando a tabela 6, é possível concluir que a amostra demonstra maioritariamente um nível de dependência modificada, tanto no momento de entrada, como no momento de alta do serviço de Especialidades Médicas (64.7% e 63.2%, respetivamente). Entre o primeiro e o segundo momento de avaliação, observa-se um aumento na percentagem de pessoas independentes (de 10.3% para 26.5%) e uma

diminuição da percentagem de pessoas com dependência modificada (de 64.7% para 63.2%) e completa (de 25% para 10.3%).

Tabela 6 – Caraterização do nível de função de independência funcional

Variáveis	Momento de entrada		Momento de alta	
	nº	%	nº	%
Independência	7	10,3	18	26,5
Dependência modificada	44	64,7	43	63,2
Dependência completa	17	25,0	7	10,3
Total	68	100,0	68	100,0

Evolução do Nível de Independência Funcional

A evolução do nível de independência funcional da amostra, foi analisada com base na comparação dos resultados globais da escala aplicada (MIF Total), dos resultados relativos ao domínio motor da escala (MIF Motora).

Para estudar a relevância destas alterações, na evolução do nível de independência funcional entre a entrada e a alta dos utentes constituintes da amostra, do serviço de Especialidades Médicas, consideraram-se os resultados da escala na sua forma contínua, comparando os resultados globais da escala e os relativos ao domínio motor da escala (Tabela 7). Considerando o nível das variáveis em análise e os objetivos da comparação optou-se por aplicar o teste T de Student para amostras emparelhadas, sempre que o pressuposto da normalidade é assegurado (Teste Kolmogorov-Smirnov, $p > .05$). Nos casos em que a distribuição das variáveis é significativamente distinta da distribuição normal aplicou-se a alternativa não paramétrica (Teste T de Wilcoxon).

Nas Tabela 7 é possível observar, no primeiro e segundo momento, o aumento das pontuações, nos resultados globais da escala aplicada (MIF Total) e dos resultados relativos ao domínio motor da escala aplicada (MIF Motora), ou seja, o nível de independência funcional é maior no momento de alta. O teste permite concluir que existem diferenças entre o momento de entrada e o momento de alta (a mediana das diferenças entre as variáveis é diferente de zero) sendo a diferença do nível funcional entre os dois momentos estatisticamente significativa em todas as variáveis analisadas ($p \leq .05$). Apesar de que tanto no momento de entrada como no momento de saída a pontuação média e a mediana da MIF total, da amostra corresponde ao nível de

dependência modificada (Oliveira e Candeias, 2000), a diferenças entre o resultado dos testes é estatisticamente significativa.

Tabela 7 – Evolução do nível de independência funcional

Variáveis	Momento	Média	Desvio	Mediana	P
			Padrão		
MIF Total	Entrada	73,25	24,82	70,00	,000 ^a
	Alta	89,03	22,39	92,00	
MIF Motora	Entrada	45,24	19,88	41,50	,000 ^b
	Alta	59,87	17,93	62,00	

Notas :^aTeste T de Student. ^bTesteT de Wilcoxon.

Nível de Independência Funcional por dimensão, atividade e domínio

A tabela 8 caracteriza o nível de independência funcional na pessoa em processo de transição, em relação a cada dimensão, atividade e domínio, face a amostra em estudo, no momento de entrada e de alta do serviço de Especialidades Médicas.

De salientar que a atividade escadas é a única que não foi testada, sendo pontuada sempre com o menor valor (1), consoante está previsto pela norma da escala MIF. Desta forma a sua análise não será relevante.

Ao observar as estatísticas relativas à independência funcional da amostra, pode-se constatar que todas as atividades apresentam médias superiores no segundo momento de avaliação.

Relativamente ao domínio motor, no momento de entrada no serviço, verifica-se que a maioria das pessoas revela ter maior independência funcional nas atividades autocuidado alimentação (M=4.38), controlo dos esfínteres (M=4.28/4.71), sendo as atividades do autocuidado banho (M=3.15), marcha/cadeira de rodas (M=2.99) e autocuidado vestir metade inferior (M=2.99), alvo de menor independência funcional.

No segundo momento destacam-se as mesmas atividades, agora com médias superiores. Assim, a maioria das pessoas revela ter maior independência funcional no autocuidado alimentação (M=5.72) e controlo dos esfínteres (M=5.29/5.54) e menor independência funcional nos autocuidados banho (M= 4.43), vestir metade inferior (M=4.38) e marcha/cadeira de rodas (M=4.34) tal como no primeiro momento.

Na investigação de Kawasaki (2004) o declínio funcional mais importante foi observado no domínio motor quando comparado ao domínio cognitivo, o que também acontece no

presente estudo. Como a amostra foi seleccionada com base no critério de exclusão: pessoa cujo valor do domínio da cognição seja inferior à média (< 17.5), a análise deste domínio não será relevante, centrando-se o trabalho essencialmente no domínio motor, estando a análise inferencial direccionada neste domínio motor, denominado como o desempenho do autocuidado.

Tabela 8 – Estatística relativa à MIF por itens e dimensões

MIF	Momento	Média	Desvio Padrão	Mediana	p	
Autocuidados						
M I F M O T O R A	A. Alimentação	Entrada	4,38	1,59	6,00	,000 ^b
		Alta	5,72	1,14	3,00	
	B. Higiene Pessoal	Entrada	3,88	1,60	5,00	,000 ^b
		Alta	5,07	1,42	3,00	
	C. Banho	Entrada	3,15	1,58	5,00	,000 ^b
		Alta	4,43	1,64	3,00	
	D. Vestir Metade Superior	Entrada	3,82	1,64	5,00	,000 ^b
		Alta	5,01	1,49	2,00	
	E. Vestir Metade Inferior	Entrada	2,99	1,74	4,50	,000 ^b
		Alta	4,38	1,71	3,00	
	F. Utilização Da Sanita	Entrada	3,72	1,83	5,00	,000 ^b
		Alta	4,75	1,70	4,00	
Controlo dos Esfínteres						
G. Controlo da Bexiga	Entrada	4,28	2,44	6,00	,000 ^b	
	Alta	5,29	1,92	5,00		
H. Controlo das fezes	Entrada	4,71	2,25	6,00	,000 ^b	
	Alta	5,54	1,71	5,00		
Mobilidade: Transferências						
I. Leito, Cadeira, Cadeira Rodas	Entrada	3,60	1,76	3,00	,000 ^b	
	Alta	4,85	1,51	5,00		
J. Transferência: Sanita	Entrada	3,37	1,87	3,00	,000 ^b	
	Alta	4,74	1,71	5,00		
K. Transferência: Banheira, Duche	Entrada	3,35	1,88	2,00	,000 ^b	
	Alta	4,74	1,73	5,00		

Locomoção							
M I F C O G N I T I V A	L. Marcha, Cadeira De Rodas	Entrada	2,99	1,74	1,00	,000 ^b	
		Alta	4,34	1,72	1,00		
	M. Escadas	Entrada	1,00	0,00	1,00	*	
		Alta	1,00	0,00	1,00		
	Comunicação						
	N. Compreensão	Entrada	5,90	1,135	6,00	,035 ^b	
		Alta	6,00	1,106	6,00		
	O. Expressão	Entrada	5,72	1,280	6,00	,002 ^b	
Alta		5,96	1,139	6,00			
Cognição Social							
P. Interação social	Entrada	5,40	1,437	5,00	,000 ^b		
	Alta	5,75	1,226	6,00			
Q. Resolução dos problemas	Entrada	5,09	1,523	5,00	,001 ^b		
	Alta	5,35	1,433	5,50			
R. Memória	Entrada	5,91	1,231	6,00	,003 ^b		
	Alta	6,10	1,108	6,50			

Notas : ^aTeste T de Student. ^bTeste T de Wilcoxon, * item não aplicado.

2.2– ANÁLISE INFERENCIAL

A análise inferencial tem como objetivo a extrapolação dos resultados à população de onde a amostra foi retirada. Deste modo, a estatística inferencial “permite destacar as características de uma população baseando-se nos dados de uma amostra” (Fortin, Côté e Fillion (2009, p. 440).

De seguida, são apresentados os resultados dos testes de hipóteses relacionando as variáveis atributo, independentes com a variável dependente.

2.2.1- Variáveis sociodemográficas e a evolução do desempenho do autocuidado

Procurou-se perceber a relação entre os aspetos sociodemográficos (género, estado civil, habilitações literárias) e o desempenho do autocuidado (traduzido pelo domínio motor da MIF), face a amostra em estudo, no momento de entrada e de alta do serviço de

Especialidades Médicas, estudada com base em testes de comparação dos resultados na escala MIF, entre grupos definidos pelas variáveis em estudo, e com base em testes de associação, caso as variáveis sociodemográficas apresentassem nível ordinal ou intervalar (idade, habilitações literárias). A normalidade das distribuições foi estudada com o Teste de Kolmogorov-Smirnov. Relativamente ao primeiro caso, dada a violação do pressuposto da normalidade das distribuições das variáveis de interesse, optou-se pela aplicação do teste não paramétrico (Teste U de Mann-Whitney para a comparação de 2 grupos).

Género e desempenho do autocuidado

Para testar a H_1 “ *Existe diferença na evolução do desempenho do autocuidado na pessoa em processo de transição, internada no serviço de Especialidades Médicas do CHMT, consoante o género*”, efetuou-se a comparação entre o desempenho do autocuidado entre homens e mulheres, mediante a aplicação do teste U de Mann-Whitney. Em ambos os momentos registam-se diferenças significativas entre as distribuições dos resultados dos homens e das mulheres. As mulheres associam-se a um menor nível do desempenho do autocuidado no momento de entrada e no momento de alta do serviço ($p < .05$).

Tabela 9 – Género e o desempenho no autocuidado (MIF Motora) (Teste U de Mann-Whitney)

Variáveis	Género	nº	Média	Desvio Padrão	Significância do teste
MIF Motora Entrada	Masculino	35	54,66	20,08	,000
	Feminino	33	35,24	14,12	
MIF Motora Alta	Masculino	35	68,00	14,27	,000
	Feminino	33	51,24	17,53	

Idade e desempenho no autocuidado

A H_2 “*Existe relação entre a idade e a evolução do desempenho do autocuidado, na pessoa em processo de transição, internada, no serviço de Especialidades Médicas do CHMT*” foi testada com base no teste de correlação de Pearson, usando a variável na sua forma contínua (e não na sua forma categórica, como foi apresentada na secção inicial). Em ambos os momentos (entrada e de alta), é identificada uma relação

moderada e negativa entre o desempenho do autocuidado e a idade, ou seja, quanto mais idade têm os utentes menor é o nível de independência funcional.

Tabela 10 – Coeficiente de correlação de Pearson entre idade e desempenho do autocuidado (MIF Motora)

Variáveis		Idade
MIF Motor Entrada	r	-,545**
	p	,000
	nº	68
MIF Motor Alta	r	-,516**
	p	,000
	nº	68

$p \leq .05$

Estado civil e desempenho do autocuidado

Para testar a H_3 “*Existe diferença na evolução do desempenho do autocuidado na pessoa em processo de transição, internada no serviço de Especialidades Médicas do CHMT, consoante o estado civil*”, a formulação inicial da variável estado civil teve de ser revista de forma a ser possível estudar a relação entre estado civil e o desempenho do autocuidado. A variável foi transformada numa variável dicotómica, que distingue os utentes casados, dos utentes com outro estado civil (solteiro, separado, divorciado, união de facto).

Os utentes casados demonstram maiores níveis de desempenho de autocuidado do que os utentes com outro estado civil, no momento de entrada ($p \leq .05$) e no momento de saída do serviço ($p \leq .05$).

Tabela 11 – Estado civil e desempenho do autocuidado (MIF Motora) (U de Mann-Whitney)

Variáveis	Estado Civil	nº	Média	Desvio Padrão	Significância do teste
MIF Motora Entrada	Casados	31	53,87	20,088	,001
	Outros	37	38,00	16,776	
MIF Motora Alta	Casados	31	67,45	16,215	,001
	Outros	37	53,51	16,968	

Habilitações literárias e desempenho do autocuidado

A **H₄** “*Existe relação entre as habilitações literárias e a evolução do desempenho do autocuidado, na pessoa em processo de transição, internada no serviço de Especialidades Médicas do CHMT*” foi testada através de um estudo de associação.

Considerando o nível ordinal da variável aplicou-se o teste Ró de Spearman. O teste permitiu identificar uma relação positiva, mas baixa, entre os níveis de habilitações e as pontuações da parte motora da escala MIF em ambos os momentos analisados ($ró=0.330$, $p\leq.05$ no momento de entrada; $ró=0.328$, $p\leq.05$, no momento de saída). Parece que quando maior o nível de habilitação literária dos utentes, maior a independência funcional relativa ao autocuidado, tanto no momento de entrada como no momento de saída do serviço. É de sublinhar, contudo, que a relação, apesar de significativa pode ser considerada de fraca.

Tabela 12 – Coeficiente de correlação de Spearman entre habilitações literárias e desempenho do autocuidado (MIF Motora)

Variáveis		Habilitação
MIF Motora Entrada	ró	,330**
	p	,006
	nº	68
MIF Motora Alta	ró	,328**
	p	,006
	nº	68

2.2.2 – Variáveis de contexto clínico e a evolução do desempenho do autocuidado

Considerando as características das variáveis conhecimento e ensino optou-se por estudar a relação entre estas variáveis e o desempenho do autocuidado com o recurso a testes de correlação. Para além de variáveis de nível intervalar, a aplicação do coeficiente de Pearson requer uma distribuição normal bivariada. O pressuposto não é assegurado em todas as distribuições, nesse sentido, utilizou-se uma alternativa não sensível a assimetria da distribuição (Ró Spearman).

Conhecimento e desempenho do autocuidado

Para estudar a **H₅** “*Existe relação entre o conhecimento e a evolução do desempenho do autocuidado, na pessoa em processo de transição, internada no serviço de Especialidades Médicas, do CHMT*” estudou-se a relação entre o número de atividades

de autocuidado, em que as pessoas demonstraram conhecimento e as pontuações da escala da MIF, relativas ao desempenho do autocuidado (MIF Motora), no momento de entrada e no momento de saída do serviço (Tabela 13).

No momento de entrada no serviço, o desempenho no autocuidado dos utentes (avaliado pela variável MIF Motora) encontra-se fortemente correlacionado com o conhecimento demonstrado ($r=0.861$ $p \leq 0.05$). Quanto maior o conhecimento demonstrado neste momento, maior o nível de desempenho no autocuidado no momento de entrada do utente.

No momento de alta, o desempenho no autocuidado dos utentes (avaliado pela variável MIF Motora) encontra-se também correlacionado com o conhecimento demonstrado nesse momento ($r=0.820$, $p \leq 0.05$). O conhecimento registado no momento de entrada relaciona-se igualmente com o desempenho no autocuidado no momento de alta ($r=0.740$, $p \leq 0.05$).

Tabela 13 – Coeficiente de correlação de Spearman entre conhecimento e desempenho do autocuidado (MIF Motor)

Variáveis		MIF Motora Entrada	MIF Motora Alta
Conhecimento Entrada	ró	,861**	,740**
	p	,000	,000
	nº	68	68
Conhecimento Alta	ró		,820**
	p		,000
	nº		68

Ensino e a evolução no desempenho do autocuidado

A H_6 “ *Existe relação entre o ensino e a evolução do desempenho do autocuidado, na pessoa em processo de transição, internada no serviço de Especialidades Médicas do CHMT*” foi testada através do estudo da relação entre o ensino efetuado à pessoa em processo de transição, acerca das atividades do autocuidado e a evolução do desempenho do autocuidado, (através das pontuações relativas à MIF Motora), no momento de entrada e no momento de alta do serviço de Especialidades Médicas (tabela 14).

No momento de entrada, é possível identificar uma relação positiva, significativa mas relativamente baixa entre o desempenho no autocuidado dos utentes e o ensino efetuado

($r=0.458$, $p \leq 0.05$). Tendencialmente, quanto maior o número de atividades de autocuidado ensinadas no momento de entrada no serviço, maior o nível desempenho no autocuidado, no momento de entrada do utente.

As pontuações da parte motora da MIF no momento de saída também estão correlacionadas com o ensino no momento de entrada ($r=0.353$, $p \leq 0.05$), e com o ensino no momento de saída ($r=0.262$, $p \leq 0.05$).

Tabela 14 – Coeficiente de Spearman entre Ensino e desempenho do autocuidado (MIF Motora)

Variáveis		MIF Motora Entrada	MIF Motora Alta
Ensino entrada	ró	,458**	,353**
	p	,012	,011
	nº	68	68
Ensino alta	ró		,262*
	p		,031
	nº		68

$p \leq 0.05$

Patologia Incapacitante e a evolução no desempenho do autocuidado

Para testar a H_7 “*Existe diferença na evolução do desempenho do autocuidado na pessoa em processo de transição, internada no serviço de Especialidades Médicas do CHMT, consoante a patologia incapacitante*” efetuou-se a comparação entre o resultado da evolução desempenho do autocuidado (MIF motora) mediante a patologia incapacitante, através das médias. Considerando o número insuficiente de casos, em alguns níveis da variável, aplicou-se um teste não paramétrico (Kruskal-Wallis).

Tal como se pode observar na tabela 15, existem diferenças relevantes entre o tipo de patologia no momento de entrada ($p \leq 0.05$), mas não no momento de saída dos utentes. No primeiro momento, utentes com patologias do tipo Geniturinário mostram os menores níveis de desempenho do autocuidado ($M=26.67$, $DP=4.62$), enquanto utentes com patologias do tipo oncológico são os que revelam pontuações mais elevadas ($M=65.20$, $DP=17.46$).

Tabela 15 – Tipo de patologia e desempenho do autocuidado (MIF Motora)

Variáveis	Patologia	Mediana	Média	Desvio padrão	Significância do teste
MIF Motora	Cardíaco	40.50	41.75	12.69	,040
Entrada	Geniturinário	24.00	26.67	4.62	
	Neurológico	34.50	38.92	21.53	
	Oncológico	72.00	65.20	17.46	
	Respiratório	43.00	47.54	20.02	
	Outros	39.00	36.40	8.14	
MIF Motora	Cardíaco	59.00	58.00	7.83	,395
Saída	Geniturinário	60.00	52.67	15.37	
	Neurológico	57.00	58.42	19.73	
	Oncológico	73.00	71.80	12.85	
	Respiratório	66.00	60.85	18.71	
	Outros	58.00	49.60	16.98	

3- DISCUSSÃO

Apresentados os resultados obtidos, importa realizar um esforço de interpretação dos mesmos, procedendo à sua discussão e apreciação crítica, comparando-os entre si e com o quadro teórico de referência, por forma a permitir uma melhor compreensão. A discussão dos resultados é efetuada tendo em consideração os objetivos do estudo e as hipóteses formuladas. São destacados os resultados mais relevantes procurando, sempre que possível, encontrar uma justificação, confrontando-a com o quadro de referência.

Pretende-se com o presente estudo explorar o fenómeno da promoção do autocuidado da pessoa, em processo de transição internada no serviço de Especialidades Médicas do CHMT, quer na perspetiva da evolução da pessoa no desempenho do autocuidado, quer na perspetiva dos conhecimentos adquiridos.

Considera-se pertinente abordar alguns aspetos relativos à caracterização da amostra a nível sociodemográfico, do contexto clínico e da independência funcional.

Em relação aos dados sociodemográficos, destaca-se a homogeneidade verificada na amostra, em que 51.5% pertencem ao sexo masculino e 48.5% ao sexo feminino.

No que concerne a idade, os indivíduos têm idades compreendidas entre os 44 e os 98 anos, perfazendo uma idade média de cerca de 72 anos. Apenas 30,8 % das pessoas apresentam idades inferiores a 65 anos, destacando-se, portanto a população idosa. Estes resultados vão de encontro aos dados dos Censos, do Instituto Nacional de Estatística (2011), que realçam o fenómeno do agravamento do envelhecimento demográfico, através da existência do duplo envelhecimento da população, caracterizado pelo aumento da população idosa e pela redução da população jovem. Entre 2001 e 2011 verificou-se uma redução da população jovem (0-14 anos de idade) e da população jovem em idade ativa (15-24 anos), respetivamente 5,1% e 22,5%. Aumentou a população idosa (com 65 anos ou mais), cerca de 19,4%, bem como o grupo da população situada entre os 25-64 anos, que cresceu 5,3%. Assim, e de acordo com o Ministério da Saúde, Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (2005), as estimativas para as próximas décadas são de que as necessidades de cuidados de saúde à pessoa idosa aumentem, já que é

igualmente previsível o aumento da prevalência de doenças de evolução prolongada com graus de dependência elevados.

Ao nível do estado civil destacam-se os indivíduos casados (45.6%) ou viúvos (33.8%). No que se prende com as habilitações literárias, a situação mais comum consiste no nível do 1.º ciclo do Ensino Básico (54.4%) e a menos frequente os indivíduos com curso superior (4.4%).

Contexto clínico

No que diz respeito à patologia incapacitante, a grande maioria dos constituintes da amostra tem uma patologia do foro respiratório (39, 57.4%). As restantes patologias apresentam uma expressão mais baixa, nomeadamente patologias do foro neurológico (12, 17.6% da amostra), oncológico (5, 7.4%), outras patologias (5, 7.4%), cardíaco (4, 5.8%) e geniturinário (3, 4.4%). Estes dados estão de acordo com alguns dos autores consultados, entre eles, Petronilho (2012) que realça 67,4% dos estudos refletem o fenómeno do autocuidado associado a processos patológicos, sendo a sua maioria referentes a doenças crónicas, com ênfase na insuficiência cardíaca, na diabetes, na DPOC e na asma. Kawasaki (2004), ao avaliar a capacidade funcional de idosos hospitalizados através da MIF, no momento de internamento, no momento de alta e um mês após a alta, destaca as patologias do foro respiratório, como as mais frequentes seguidas das doenças do foro cardiovascular.

Caraterizou-se o conhecimento demonstrado pela amostra em estudo sobre sete atividades do autocuidado, no momento de entrada e de alta do serviço de especialidades, sendo que em média os utentes demonstram conhecimento acerca de 3 atividades de autocuidado no momento de entrada, e cerca de 5 no momento de alta do serviço.

No momento de entrada no serviço, verifica-se que a maioria das pessoas revela ter conhecimento acerca do autocuidado comer (78.8%), seguindo-se o autocuidado ir ao sanitário (47%) e transferir-se (42,4%). Constata-se que o conhecimento acerca do autocuidado vestuário (39,4%) e do autocuidado higiene (36,4%) é menos frequente. O conhecimento sobre o autocuidado deambular e pôr-se de pé acontece apenas em 21.2% e 28.8% dos casos, respetivamente.

No momento de alta, a maioria da amostra revela conhecimento acerca do autocuidado comer (97%) e transferir-se (75,8%) tal como acontece no primeiro momento, mas

agora com número superior de elementos. Ao contrário do primeiro momento, o conhecimento acerca do autocuidado vestuário (77,3%) destaca-se face a outros autocuidados. Relativamente ao conhecimento sobre os autocuidados, pôr-se de pé (66,7%) e deambular (65,2%), autocuidado ir ao sanitário (65,2%) apresentam agora uma posição intermédia. Apesar de ter havido um aumento de 14 pessoas com demonstração de conhecimento acerca do autocuidado higiene no segundo momento de avaliação, acontecendo em 57,6% dos casos, é também considerado o menos frequente face aos outros autocuidados.

Assim, é de sublinhar entre o primeiro e o segundo momento de avaliação uma evolução positiva na aquisição de conhecimento, ou seja, regista-se um aumento de sujeitos com demonstração de conhecimento em todos os autocuidados. Neste sentido, corroborando com o estudo de Petronilho (2012), o autocuidado é um resultado sensível aos cuidados de enfermagem, com tradução positiva na promoção da saúde e no bem-estar através do aumento de conhecimentos da pessoa e habilidades onde os profissionais de saúde, principalmente os enfermeiros têm um papel decisivo.

Petronilho (2007) explorou o fenómeno de regresso a casa do utente dependente no autocuidado após a hospitalização, face à evolução da condição de saúde do utente e desempenho no autocuidado, na perspetiva dos conhecimentos e capacidades do membro da família prestador de cuidados. Globalmente, a avaliação entre o momento de regresso a casa e um mês após no domicílio não traduz uma evolução positiva nos conhecimentos e capacidades dos cuidadores. No hospital verificou resultados satisfatórios relativamente aos conhecimentos acerca de pesquisa de glicémia capilar e administração de insulina. No domicílio os resultados são semelhantes aos hospitalares, nas dimensões dos processos dos sistemas músculo-esquelético, tegumentar e respiratório, apresentam resultados baixos. No contexto familiar, as dimensões relativas aos conhecimentos dos cuidadores face às necessidades dos utentes no autocuidado transferir-se e posicionar-se apresentam baixos resultados.

Assim e de acordo com Orem (2001), a enfermagem é exigida quando a pessoa necessita de incorporar medidas de autocuidado recentemente prescritas e complexas ao sistema de autocuidado, cuja realização necessita de conhecimentos e habilidades especializadas, adquiridas pelo treino e experiência, ou quando a pessoa recupera da doença ou da lesão para enfrentar os efeitos.

Em relação ao ensino efetuado pelo enfermeiro, no momento de entrada no serviço de Especialidades Médicas, segundo os constituintes da amostra registra-se principalmente no autocuidado comer (82.4%), ir ao sanitário (66.2%) e vestuário (63.2%). O ensino acerca dos autocuidados pôr-se de pé (30.9%) e deambular (27,9%) é menos efetuado. No momento de alta do serviço, observa-se uma evolução positiva face ao primeiro momento de avaliação, registando-se um aumento de casos, em que foi efetuado o ensino, relativo a cada atividade de autocuidado. Pode-se ainda constatar que, de forma geral, no segundo momento, o ensino realizado pelo enfermeiro, acerca dos autocuidados acontece em quase todos os casos, pois a atividade de menor representatividade, nomeadamente o autocuidado pôr-se de pé, acontece em grande parte da amostra (58, 85.3%) e, o ensino acerca da atividade mais comum, o autocuidado comer acontece em 95,6% dos casos.

Phaneuf (2005) faz referência à entrevista de informação e de ensino como uma estratégia pedagógica para educar a pessoa cuidada, restituindo-lhe deste modo a autonomia, tendo por objetivo aumentar e aprofundar os conhecimentos da pessoa relativamente à sua saúde e tratamento. Rodrigues *et al.* (2005) acrescentam que deverá ser proporcionado um clima de abertura, aceitação e respeito onde as pessoas são chamadas pelo nome. A partilha de ideias entre a pessoa e o educador servirá para clarificar mal entendidos, providenciar feedback e facilitar a resolução de problemas. A participação deve ser estimulada ao longo de todo o processo de aprendizagem.

Relativamente ao sistema de apoio-educação apresentado por Orem, a pessoa é capaz de desempenhar o seu autocuidado, necessitando de apoio, orientação e instrução. Assim, o papel do enfermeiro é o de promover a pessoa como um agente de autocuidado, fomentando a tomada de decisão, o controlo do comportamento e a aquisição de conhecimento e habilidades (Foster e Janssens, 1993). Sousa, Linha e Alves (2010) partilham da opinião que neste sistema o enfermeiro tem uma intervenção de vários tipos que se complementa a nível do apoio, da orientação e da promoção de um ambiente seguro, favorável ao ensino e às atividades requeridas.

Independência funcional

A enfermagem de reabilitação, considerada pela Ordem dos Enfermeiros (2011) uma área de intervenção da enfermagem de excelência e referência, que previne, recupera e habilita de novo as pessoas vítimas de doença súbita ou descompensação de processo

crônico, que provoquem déficit funcional, também promove a maximização das capacidades funcionais da pessoa potenciando o seu rendimento e desenvolvimento. Os objetivos são na perspectiva de melhorar a função, promover a independência, assim como uma qualidade de vida aceitável, sendo que na base da sua consecução está uma avaliação que inclui a definição da incapacidade, a avaliação do desempenho e o refinamento de medições funcionais e objetivas. A medida de independência funcional é considerada segundo Kelly-Hayes (2000) um instrumento de avaliação da capacidade funcional que apresenta medidas uniformes para descrever o nível de incapacidade, assim como critérios de admissão, alta e ganhos.

Nível de função da medida de independência funcional

Com base na categorização de Oliveira e Candeias (2000), os autores distinguem diferentes níveis de independência funcional – independência, dependência modificada e dependência completa. Transpondo estes conceitos para o estudo, é possível concluir que tanto no momento de entrada, como no momento de alta do serviço, a amostra demonstra majoritariamente um nível de dependência modificada (64,7% e 63,2% respetivamente). Constata-se ainda entre o primeiro e o segundo momento de avaliação, um aumento na percentagem de pessoas independentes (de 10,3% para 26,5%) e uma diminuição da percentagem de pessoas com dependência modificada (de 64,7% para 63,2%) e completa (de 25% para 10,3%).

A interpretação destes resultados leva a considerar a importância da avaliação funcional através de instrumentos de medidas válidos, assim como a promoção do autocuidado. À luz do estudo de Ueda & Shimada in Petronilho (2012), há uma associação significativa entre as limitações na participação do autocuidado e maior risco de morbilidades, destacando o poder terapêutico de participar no autocuidado. Para idosos institucionalizados a oportunidade de participar em atividades como a higiene, o vestir-se, o ir ao sanitário, o alimentar-se afigura-se como mais poder, pois é uma ocasião para decidir, exercer comando e realizar algo pelos seus próprios meios.

Neste seguimento e com base nos enunciados descritivos da Ordem dos Enfermeiros (2002), que relembram o mandato profissional da enfermagem no que se refere ao bem-estar e ao autocuidado, destaca-se o papel do enfermeiro na promoção das diversas atividades do autocuidado. Este tem um papel decisivo, numa população cada vez mais

envelhecida, em que a promoção das atividades do autocuidado pode constituir-se como terapêutica e representativa de maior autonomia para a pessoa.

Evolução do Nível de Independência Funcional

Ao avaliar a independência funcional dos utentes constituintes da amostra, no momento de entrada e de alta, no serviço de Especialidades Médicas, constata-se no primeiro e no segundo momentos de avaliação, o aumento das pontuações nos resultados da escala MIF aplicada na sua globalidade (MIF Total M=73,25 para 89,03) e dos resultados relativos ao domínio motor da escala aplicada (MIF Motora M= 45,24 para 59,87), sendo que a diferença do nível de independência funcional entre os dois momentos é estatisticamente significativa. Estes dados refletem ganhos em capacidade funcional durante o internamento. Os resultados obtidos divergem da investigação realizada por Kawasaki (2004), ao avaliar a capacidade funcional de idosos hospitalizados através da MIF, no momento de internamento, no momento de alta e um mês após a alta (média de internamento de 13, 7 dias), o autor observou uma diminuição da MIF Total durante o internamento (M=109,2 para M= 97,8), com melhoria dos resultados, apenas após o retorno ao domicílio (M= 111,4).

No presente estudo foi possível observar ganhos em capacidade funcional, tendo a amostra incluído indivíduos com idades compreendidas entre os 44 e 94 anos, o que poderá possivelmente explicar a diferença dos resultados obtidos face ao estudo realizado por Kawasaki (2004). Por outro lado, não foi avaliada a independência funcional antes do internamento e no retorno ao domicílio, o que poderia trazer resultados possivelmente diferentes aos do internamento.

Nível de Independência Funcional por dimensão, atividade e domínio

Quanto à caracterização do nível de independência funcional no primeiro e segundo momento de avaliação, em relação a cada dimensão, atividade e domínio, da pessoa internada no serviço de especialidades médicas, as estatísticas revelam que os elementos constituintes da amostra apresentam médias superiores no segundo momento em todas as atividades da MIF.

Relativamente ao domínio motor, no momento de entrada no serviço, verifica-se que a maioria das pessoas revela tem maior independência funcional nas atividades autocuidado alimentação (M=4.38), controlo dos esfínteres (M=4.28/4.71), sendo as

atividades do autocuidado banho (M=3.15), marcha/cadeira de rodas (M=2.99) e autocuidado vestir metade inferior (M=2.99), alvo de menor independência funcional.

No segundo momento destacam-se as mesmas atividades, agora com médias superiores. Assim a maioria das pessoas revela ter maior independência funcional no autocuidado alimentação (M=5.72) e controlo dos esfínteres (M=5.29/5.54) e menor independência funcional nos autocuidados banho (M= 4.43), vestir metade inferior (M=4.38) e marcha/cadeira de rodas (M=4.34) tal como no primeiro momento.

Os dados obtidos não estão de acordo, mais uma vez, com o estudo de Kawasaki (2004) em que houve perda de capacidade em realizar todas as atividades do autocuidado da MIF, durante o internamento, tendo sido mais significativo o comprometimento das atividades do autocuidado banho e vestir. O autor acrescenta que no que se refere à atividade controlo dos esfínteres, a variação foi pequena ao longo do internamento, com melhoria do nível de independência funcional no retorno ao domicílio; na tarefa de mobilidade, a variação dos valores da MIF foi uniforme durante o internamento, com melhora após o retorno ao domicílio; a tarefa de marcha revelou declínio com retomada após o retorno ao domicílio.

No presente estudo apesar de não ter havido declínio da capacidade funcional nas atividades da MIF, verifica-se que a atividade do autocuidado banho apresenta uma evolução menor em relação às outras atividades, sendo esta atividade do autocuidado também alvo de maior declínio no estudo de Kawasaki (2004). O autor associa este valor ao possível protecionismo da equipa que executa esta atividade como forma de expressar cuidado e dedicação ao utente.

Segundo Riberto *et al.* (2001), os itens das dimensões da MIF são organizados de acordo com seu nível de complexidade, iniciando-se com atividades mais elementares, sendo na dimensão de autocuidados, o autocuidado alimentação a atividade menos complexa. Por ser a mais elementar, é esperado que um indivíduo com uma baixa pontuação nesta atividade também tenha uma reduzida pontuação total na MIF, tendo sido confirmada no estudo de Machado (2010). No presente estudo constata-se que atividade autocuidado alimentação é aquela que apresenta melhor pontuação na escala MIF, nos dois momentos de avaliação, ou seja é a atividade em que a maioria das pessoas revela maior independência funcional, sendo que no segundo momento houve

evolução nas restantes atividades, podendo estar de acordo, com os autores supracitados.

A atividade escadas, não foi testada, tendo sido pontuada como o menor valor (1), o que também sucedeu no estudo de Kawasaki (2004).

Na investigação de Kawasaki (2004) o declínio funcional mais importante foi observado no domínio motor quando comparado ao domínio cognitivo, o que também acontece no presente estudo. Os resultados mais elevados da MIF cognitiva poderão estar relacionados com a seleção da amostra, que teve por base critérios cognitivos (pessoa cujo valor do domínio da cognição seja inferior à média <17.5), pelo que a análise deste domínio não será relevante, centrando-se o trabalho essencialmente no domínio motor.

Abordados os aspetos relativos à caracterização da amostra a nível sociodemográfico, do contexto clínico e da independência funcional, segue-se a discussão de acordo com as hipóteses formuladas.

A evolução do desempenho do autocuidado e as variáveis sociodemográficas

H₁ “ *Existe diferença na evolução do desempenho do autocuidado na pessoa em processo de transição, internada no serviço de Especialidades Médicas do CHMT, consoante o género*”. É de salientar que esta diferença revelou-se significativa, na medida em que, em ambos momentos registam-se diferenças significativas entre as distribuições dos resultados dos homens e das mulheres. As mulheres associam-se a um menor nível do desempenho do autocuidado, no momento de entrada e no momento de alta do serviço.

Vários autores confirmam que o sexo feminino tem uma forte associação à dependência funcional, dos quais se destacam Sousa, Galante e Figueiredo (2003), Rosa *et al.* (2003) e Parahyba e Simões (2006) embora o estudo de Kawasaki (2004) aponte para um declínio motor maior dos homens durante o internamento, quando comparado com as mulheres. Particularizando cada autor, refere-se que Sousa, Galante e Figueiredo (2003) analisaram a qualidade de vida e bem-estar de um grupo de idosos, tendo verificado que se podia distinguir também alguma diferença ou tendência em termos do género, idade e forma como vivem. Em relação ao género verificaram que no grupo dos autónomos havia menos mulheres e mais homens, relativamente ao esperado, podendo indicar uma tendência para as mulheres idosas apresentarem um índice superior de limitações, sendo

este comprovado pelo facto de no grupo dos quase dependentes se encontrarem mais mulheres e menos homens, em relação ao esperado. O estudo levado a cabo por Rosa *et al.* (2003) acerca dos fatores determinantes da capacidade funcional entre os idosos vai de encontro a este resultado ao referir que o género está fortemente associado à ocorrência de dependência, sendo a probabilidade de ocorrer dependência nos sujeitos femininos duas vezes superior à do sexo masculino. Parahyba e Simões (2006) analisaram a prevalência da incapacidade funcional segundo alguns indicadores sociodemográficos. Relativamente ao género, o estudo salienta que as mulheres têm incapacidade funcional em maior proporção, que os homens.

Também os dados do INE (2000) indicam que apesar das mulheres viverem mais anos, os homens podem esperar viver, em termos relativos, mais tempo sem incapacidade física de longa duração, sendo que a única exceção parece verificar-se na incapacidade para a comunicação em que a percentagem da esperança de vida passada sem aquele tipo de incapacidade é semelhante em ambos os sexos.

H₂ *“Existe relação entre a idade e a evolução do desempenho do autocuidado, na pessoa em processo de transição, internada, no serviço de Especialidades Médicas”*. Verifica-se uma relação entre a idade e o desempenho do autocuidado. Em ambos os momentos de avaliação é identificada uma relação moderada e negativa entre o desempenho do autocuidado e a idade, isto é, quanto mais idade têm os utentes menor é o nível de desempenho do autocuidado.

Os resultados obtidos são igualmente apoiados pelos estudos realizados por Whittle e Goldenberg (1996) citado por Petronilho (2012), INE (2000) e Rosa *et al.* (2003), ao mencionarem o carácter progressivo da incapacidade funcional face à idade, o que é também vinculado por Parahyba e Simões (2006), embora os autores salientem que este não é inevitável para todos. Ramos (2003) reforça a ideia de que muitos idosos portadores de várias doenças têm uma vida saudável, vivendo de forma independente devido ao controlo das incapacidades.

H₃ *“Existe diferença na evolução do desempenho do autocuidado na pessoa em processo de transição, internada no serviço de Especialidades Médicas do CHMT, consoante o estado civil”*. A variável foi transformada numa variável dicotómica, que distingue os utentes casados dos utentes com outro estado civil (solteiro, separado, divorciado, união de facto). Verifica-se que os indivíduos casados, no momento de

entrada e no momento de alta do serviço demonstram maiores níveis de desempenho de autocuidado, do que os utentes com outro estado civil.

Também nesta perspetiva o estudo realizado por Rosa *et al.* (2003) concluiu que a viuvez está associada a um maior risco de dependência, em relação a outro estado civil.

H₄ “*Existe relação entre as habilitações literárias e a evolução do desempenho do autocuidado, na pessoa em processo de transição, internada, no serviço de Especialidades Médicas do CHMT*”. Verifica-se uma relação positiva, mas baixa, entre os níveis de habilitações e as pontuações do domínio motor da escala MIF em ambos os momentos analisados. Parece que quanto maior o nível de habilitação literária dos utentes, maior o nível de desempenho no autocuidado, tanto no momento de entrada, como no momento de alta do serviço.

Os resultados obtidos são igualmente apoiados pelo estudo realizado por Rosa *et al.* (2003), em que os idosos com nível mais baixo de escolaridade apresentam maior probabilidade de ter dependência moderada/grave. Também o estudo realizado por Rodrigues *et al.* (2007) realça a falta de escolaridade como fator de risco de ocorrência de incapacidade funcional.

A evolução do desempenho do autocuidado e as variáveis de contexto clínico

As hipóteses 5 e 6 dão resposta à questão principal deste estudo:

- Qual a relação entre o conhecimento, o ensino e a evolução do desempenho do autocuidado (domínio motor da MIF), na pessoa em processo de transição, internada no serviço de Especialidades Médicas do CHMT?

H₅ “*Existe relação entre o conhecimento e a evolução do desempenho do autocuidado, na pessoa em processo de transição, internada no serviço de Especialidades Médicas do CHMT*”. Verifica-se que no momento de entrada, o desempenho no autocuidado dos utentes (avaliado pela variável MIF Motora) encontra-se fortemente correlacionado com o conhecimento demonstrado. Assim, quanto maior o conhecimento demonstrado neste momento, maior o nível de desempenho no autocuidado, no momento de entrada da pessoa no serviço. No momento de alta, o desempenho do autocuidado encontra-se também correlacionado com o conhecimento demonstrado no momento de entrada, assim como o conhecimento demonstrado no momento de alta do serviço.

Este resultado vai de encontro à opinião de Petronilho (2012), que refere a transição para a dependência no autocuidado como sendo um fator modificável através da melhoria do potencial de aprendizagem da pessoa. O autocuidado tem sido reconhecido como um recurso para a promoção da saúde e gestão dos processos saúde-doença. Acrescenta ainda baseado em Meleis, que o autocuidado representa uma base teórica para as intervenções educacionais, educativas, cognitivas e comportamentais, envolvendo o planeamento atividades de aprendizagem que aumentem os conhecimentos da pessoa no momento de tomar decisões, decorrente das transições, ao logo do ciclo vital.

Na mesma perspetiva, Lauder (2001) baseada em Orem, propõe que a ação de autocuidado é influenciada pelo funcionamento cognitivo, o conhecimento e a educação. Os indivíduos com capacidades debilitadas como a demência, o défice de conhecimento têm baixos níveis de ação de autocuidado e, apresentam um menor capacidade para produzir ações de autocuidado.

Os profissionais de saúde desempenham um papel chave na promoção do autocuidado, sendo a informação e o conhecimento o fator chave, refere o estudo realizado pelo Department of Health (2005). Estes resultados traduzem a importância do papel do enfermeiro na aquisição deste conhecimento e são consistentes com a opinião de Paiva, Mendes e Bastos (2010), ao mencionarem que muito tem que ser feito pelos enfermeiros para encontrarem estratégias que resultem em mais ou melhor aquisição de conhecimento e, para que este seja visível nas atividades de autocuidado com reflexo no seu processo de transição saúde-doença, sendo que a pessoa assume papel central nesta preparação, pois é da sua perceção e da sua vivência que se desenvolve a acção.

H₆ “ *Existe relação entre o ensino e a evolução do desempenho do autocuidado, na pessoa em processo de transição, internada no serviço de Especialidades Médicas do CHMT*”. É possível identificar no momento de entrada e saída do serviço uma relação positiva, significativa mas relativamente baixa entre o desempenho no autocuidado dos utentes constituintes da amostra e o ensino efetuado. Tendencialmente, quanto maior o número de atividades de autocuidado ensinadas no momento de entrada, maior o nível desempenho no autocuidado no momento de entrada do utente. No momento de alta, o desempenho do autocuidado também está correlacionado com o ensino realizado no momento de entrada e com o ensino efetuado no momento de saída, ou seja, quanto

maior o número de atividades de autocuidado ensinadas em cada momento, maior o nível desempenho no autocuidado no momento de alta do utente do serviço. Estes resultados revelam desta forma a importância do papel do enfermeiro no ensino, tendo este sido apontado como realizado, em diversas atividades, pela amostra em estudo.

Silva (2007) constatou que o hospital é, para a pessoa doente, o confronto com uma nova realidade complicada, ignorada e até, por vezes, desordenada. O hospital e a doença surgem de uma forma insidiosa provocando alterações na qualidade de vida e no autocuidado. Paralelamente, baseada em Pender, Silva (2007) refere que as pessoas que experienciam uma situação de doença poderão ter um grande grau de prontidão para aprender, o que torna o hospital um local privilegiado para a educação para a saúde. Da mesma forma, Phaneuf (2001) refere que um problema de saúde pode também ser uma ocasião para aprender, a pessoa pode então compreender o valor da vida, do amor e a necessidade de mudar os seus comportamentos e hábitos. WHO (2004) acrescenta que o hospital é considerado um local privilegiado para realizar a promoção para a saúde, prevenção da doença e readaptação atendendo ao número de população que abrange.

H₇ *“Existe diferença na evolução do desempenho do autocuidado na pessoa em processo de transição, internada no serviço de Especialidades Médicas do CHMT, consoante a patologia incapacitante”*. Verificam-se diferenças relevantes entre o tipo de patologia e o desempenho do autocuidado, no momento de entrada dos utentes no serviço. Assim, no primeiro momento do estudo, constata-se que os utentes com patologias do tipo geniturinário mostram os menores níveis de desempenho do autocuidado, enquanto os utentes com patologias do tipo oncológico são os que revelam pontuações mais elevadas, isto é, melhores níveis de desempenho do autocuidado.

Os estudos de Whittle e Goodenberg citados por Petronilho (2012), a investigação de Wang, Badley e Gignac (2004) e de Alves *et al.* (2007) apoiam a influência das patologias no desempenho do autocuidado. Particularizando cada autor, Whittle e Goodenberg (1996) citados por Petronilho (2012) investigaram que, uma diminuição da condição de saúde correspondia a um aumento de dependência nas AIVD, havendo uma relação entre a dependência nas AIVD e a doença crónica. As doenças crónicas mais comuns foram a artrite, hipertensão, a doença cardíaca e o AVC, tendo sido encontradas relações estatisticamente significativas entre o AVC e a dependência nas AIVD. Na perspetiva de Wang, Badley e Gignac (2004) uma das consequências negativas de ter um problema de saúde físico e crónico é a possibilidade de sofrer uma limitação da

atividade física, a qual pode remeter para as dificuldades de uma pessoa ter na execução das AVD. As pesquisas dos autores sugerem que a limitação da atividade é muitas vezes associada com a perda da independência e crescente dependência dos outros. Os dados da investigação de Alves *et al.* (2007) constataram que as doenças crónicas exercem uma influência significativa na capacidade funcional do idoso, sendo que a doença cardíaca aumenta em 82% a probabilidade do idoso ser dependente nas AIVD, e a doença pulmonar aumenta em 50%, esta probabilidade. No que respeita à dependência nas AVD e AIVD, a probabilidade de cada uma das doenças referidas surgir, duplica. No que diz respeito à doença oncológica a investigação dos autores não está em consonância com o presente estudo, pois a doença oncológica não ocasionou impacto estatisticamente significativo na dependência funcional.

Face aos dados obtidos, em relação à amostra em estudo é possível inferir o autocuidado como um resultado sensível aos cuidados de enfermagem conseguido através do ensino efetuado pelos enfermeiros e pelo conhecimento adquirido pelos utentes, assim como através da evolução do nível no desempenho do autocuidado ocorrida entre o momento de entrada e de alta, da pessoa internada no serviço de Especialidades Médicas. Dando resposta à questão principal desta investigação refere-se que quanto maior o conhecimento e, quanto maior o número de atividades ensinadas sobre o autocuidado, maior o nível desempenho do autocuidado, dos elementos da amostra.

Estes resultados estão de acordo com o estudo de Petronilho (2012) que demonstrou que o autocuidado é um resultado sensível aos cuidados de enfermagem, com impacto positivo na promoção da saúde e do bem-estar, através do aumento do conhecimento e habilidades, onde os profissionais de saúde têm uma ação decisiva, com particular destaque para os enfermeiros.

Em relação ao presente estudo, é ainda possível inferir relativamente aos elementos constituintes da amostra, que as variáveis sociodemográficas e a patologia incapacitante estão associadas ao desempenho do autocuidado no serviço em estudo.

Limitações do estudo

A realização do presente estudo pressupõe algumas considerações acerca da metodologia utilizada. Uma das limitações tem a ver com a validade externa, salientando o cuidado que se deve ter na comparação dos resultados devido

essencialmente à não aleatoriedade da amostra, o que pressupõe não ser possível generalizar os dados a populações similares.

Outro aspeto a considerar diz respeito ao tamanho da amostra, o trabalho ficaria enriquecido se a amostra fosse maior. No entanto, importa referir que os critérios de seleção da amostra, assim como a aplicação do estudo em dois momentos não permitiu abranger mais utentes. Não obstante consideram-se os resultados relevantes.

Realça-se a existência de poucos estudos comparativos face ao conhecimento adquirido pelos utentes acerca de cada autocuidado, em situação de internamento ou ao ensino efetuado pelos enfermeiros acerca de cada autocuidado. A maioria dos estudos consultados direcionam-se essencialmente na capacidade funcional da pessoa com idades superiores a 65 anos, preferencialmente num momento de avaliação, cruzando essencialmente variáveis sociodemográficas. O papel do enfermeiro enquanto promotor de ganhos em conhecimento sobre cada autocuidado (questões baseadas em critérios), em ensino (segundo o doente), ou em capacidade funcional é pouco discutido, não tendo sido possível efetuar comparações neste sentido.

A amostra selecionada teve por base a pessoa (com critérios cognitivos), durante o internamento, pretendendo-se avaliar conhecimentos, desempenho no autocuidado e realização de ensino, no período em que a pessoa está no internamento, apenas com o enfermeiro. Não se querendo com isto excluir a importância do membro da família prestador de cuidados, este papel por si representaria já base de outro trabalho, com enfoque nos conhecimentos do membro da família prestador de cuidados, podendo representar uma proposta para estudos futuros.

CONCLUSÃO E SUGESTÕES

Concluir um trabalho, pode gerar nos seus autores uma dualidade de sentimentos. Por um lado, surge certamente a agradável compensação de se ver concretizado algo que durante algum tempo pareceu tão distante e difícil de concretizar, e por outro, começa a emergir alguma inquietação provocada pela constatação de que ainda há muito para esclarecer na temática em estudo.

Atendendo aos resultados obtidos e à sua discussão, podem-se retirar algumas conclusões e deixar algumas sugestões, as quais se julgam pertinentes, tendo em vista a promoção do autocuidado dos utentes internados.

Apesar dos condicionamentos já referidos, tendo presente a relatividade dos resultados, é importante ter-se a noção de que estes são válidos para a população em estudo, mas não podem ser extrapolados para outras populações.

Desta reflexão de índole prática identificam-se as seguintes conclusões:

Caraterização sociodemográfica da amostra:

- Destaca-se a homogeneidade verificada na amostra em que 51.5% pertencem ao sexo masculino e 48.5% ao sexo feminino;
- Os indivíduos têm idades compreendidas entre os 44 e os 98 anos, perfazendo uma idade média de cerca de 72 anos;
- Ao nível do estado civil destacam-se os indivíduos casados (45.6%) ou viúvos (33.8%);
- No que se prende com as habilitações literárias, a situação mais comum consiste no nível do 1.º ciclo do ensino básico (54.4%) e a menos frequente, os indivíduos com curso superior (apenas 4.4%).

Situação do contexto clínico:

- A grande maioria dos elementos da amostra tem patologia do foro respiratório (39, 57.4%), as restantes patologias apresentam uma expressão mais baixa, nomeadamente

patologias do foro neurológico (12, 17.6% da amostra), oncológico (5, 7.4%), outras patologias (5, 7.4%), cardíaco (4, 5.8%) e geniturinário (3, 4.4%).

- Ao caracterizar-se o conhecimento demonstrado pela amostra em estudo, sobre sete atividades do autocuidado, verifica-se que no momento de entrada e de alta do serviço, a maioria das pessoas revela ter conhecimento demonstrado sobre o autocuidado comer (78.8% e 97% respetivamente). O conhecimento sobre o autocuidados deambular (21.2%) e pôr-se de pé (28.8%) é o que acontece com menor frequência no primeiro momento de avaliação, sendo no segundo momento, o conhecimento menos comum, acerca do autocuidado higiene (57,6%). Não obstante é de sublinhar uma evolução positiva na aquisição de conhecimento, ou seja, regista-se um aumento de sujeitos com demonstração de conhecimento em todos os autocuidados.

- Verifica-se que a realização do ensino efetuado pelo enfermeiro, no momento de alta do serviço, apresenta uma evolução positiva face ao primeiro momento de avaliação, registando-se um aumento de casos, em que foi efetuado o ensino, relativo a cada atividade de autocuidado.

Evolução do nível de independência funcional:

- É possível concluir que tanto no momento de entrada, como no momento de alta do serviço, a amostra demonstra maioritariamente um nível de dependência modificada (64,7% e 63,2% respetivamente). Verifica-se ainda entre o primeiro e o segundo momento de avaliação, um aumento na percentagem de pessoas independentes (de 10.3% para 26.5%) e uma diminuição da percentagem de pessoas com dependência modificada (de 64.7% para 63.2%) e completa (de 25% para 10.3%).

- Ao avaliar a independência funcional dos utentes constituintes da amostra, no momento de entrada, e de alta do serviço de Especialidades Médicas, constata-se que a diferença do nível de independência funcional entre os dois momentos é estatisticamente significativa. Assim, no segundo momento de avaliação verifica-se o aumento das pontuações, nos resultados da escala MIF aplicada na sua globalidade (MIF Total M=73,25 para 89,03) e dos resultados relativos ao domínio motor da escala aplicada (MIF Motora: M= 45,24 para 59,87), ou seja no momento de alta, o nível de independência funcional é maior.

- Quanto à caracterização da medida de independência funcional no primeiro e segundo momentos de avaliação, em relação a cada dimensão, atividade e domínio, da pessoa em processo de transição, as médias são superiores no segundo momento, em todas as atividades da MIF. Relativamente ao domínio motor, no momento de entrada no serviço, verifica-se que a maioria das pessoas revela ter maior independência funcional nas atividades autocuidado alimentação (M=4.38), controlo dos esfínteres (M=4.28/4.71), sendo as atividades do autocuidado banho (M=3.15), marcha/cadeira de rodas (M=2.99) e autocuidado vestir metade inferior (M=2.99), alvo de menor independência funcional. No segundo momento destacam-se as mesmas atividades, agora com médias superiores. Assim a maioria das pessoas revela ter maior independência funcional no autocuidado alimentação (M=5.72) e controlo dos esfínteres (M=5.29/5.54) e menor independência funcional nos autocuidados banho (M= 4.43), vestir metade inferior (M=4.38) e marcha/cadeira de rodas (M=4.34) tal como no primeiro momento. O domínio cognitivo apresenta pontuações superiores ao domínio motor, provavelmente porque a amostra foi selecionada tendo por base o seguinte critério de exclusão: pessoa cujo valor do domínio da cognição seja inferior à média (< 17.5).

Cruzando as variáveis sociodemográficas e a evolução do desempenho do autocuidado:

- Na comparação entre o desempenho do autocuidado entre homens e mulheres registam-se diferenças significativas entre nas distribuições dos resultados. Tanto no momento de entrada como no momento de alta do serviço, as mulheres associam-se a um menor nível do desempenho do autocuidado.

-Verifica-se uma relação moderada e negativa entre o desempenho do autocuidado e a idade, em ambos os momentos de avaliação. Quanto mais idade têm os utentes menor é o nível de desempenho do autocuidado.

- Constata-se que os indivíduos casados demonstram maiores níveis de desempenho de autocuidado do que os utentes com outro estado civil, no momento de entrada e no momento de saída do serviço.

- Verifica-se uma relação positiva, mas baixa, entre os níveis de habilitações e as pontuações da parte motora da escala MIF. Em ambos momentos analisados, parece que

quanto maior o nível de habilitação literária dos utentes, maior o nível de desempenho no autocuidado.

Cruzando as variáveis de contexto clínico e a evolução do desempenho do autocuidado:

- Verifica-se que no momento de entrada no serviço em estudo, o desempenho do autocuidado dos utentes encontra-se fortemente correlacionado com o conhecimento demonstrado. Assim, quanto maior o conhecimento demonstrado neste momento, maior o nível de desempenho no autocuidado no momento de entrada da pessoa. No momento de alta, o desempenho no autocuidado encontra-se também correlacionado com o conhecimento demonstrado nesse momento.

- No primeiro momento, identifica-se uma relação positiva, significativa mas relativamente baixa entre o desempenho no autocuidado dos utentes e o ensino efetuado no momento de entrada. Tendencialmente, quanto maior o número de atividades de autocuidado ensinadas no momento de entrada, maior o nível de desempenho no autocuidado no momento de entrada do utente. As pontuações relativas ao desempenho do autocuidado no momento de alta também estão correlacionadas com o ensino no momento de entrada, e com o ensino no momento de alta.

- Verificam-se diferenças relevantes entre o tipo de patologia e o desempenho do autocuidado no momento de entrada dos utentes no serviço. Deste modo, no primeiro momento do estudo constata-se que os utentes com patologias do tipo geniturinário mostram os menores níveis de desempenho do autocuidado, enquanto os utentes com patologias do tipo oncológico são os que revelam pontuações mais elevadas, isto é melhores níveis de desempenho do autocuidado.

Apesar de todas as limitações inerentes à metodologia acredita-se que os resultados poderão fornecer subsídios importantes relativamente à importância da promoção do autocuidado, no que respeita o ensino efetuado pelos enfermeiros, o conhecimento adquirido pelos utentes face às atividades do autocuidado, assim como a evolução do nível no desempenho do autocuidado.

As reflexões efetuadas ao longo do trabalho permitem concluir que ainda existe um longo caminho a percorrer na promoção do autocuidado, o que reforça a necessidade de se continuar a investigar sobre o autocuidado como um resultado sensível aos cuidados de enfermagem, com impacto positivo na promoção da saúde e do bem-estar, através do

aumento do conhecimento e habilidades, onde os profissionais de saúde têm uma ação decisiva, com particular destaque para os enfermeiros.

Tem-se a convicção que os resultados desta pesquisa apresentam qualidade suficiente, para que a sua interpretação permita aprofundar conhecimentos em futuras investigações.

Depois de refletir sobre os resultados obtidos e, numa tentativa de encontrar formas de explorar o fenómeno da promoção do autocuidado, considera-se que seria enriquecedor num próximo estudo:

- Realizar um estudo de abordagem qualitativa analisando as vivências das pessoas durante o internamento, no desempenho do seu autocuidado;
- Explorar o fenómeno do desempenho do autocuidado e da evolução da condição de saúde do utente do utente dependente, com a perspetiva dos conhecimentos do membro da família prestador de cuidados;
- Efetuar um estudo de abordagem quantitativa em que se pudesse estudar a independência funcional em duas populações distintas, que necessitassem de cuidados de enfermagem de reabilitação, sendo que uma das populações não tivesse acesso a esses cuidados, em comparação com outra, que fosse submetida a cuidados de reabilitação;
- Testar a influência de uma intervenção de enfermagem de reabilitação, numa determinada atividade da MIF.

BIBLIOGRAFIA

- ABREU, Wilson Correia – **Transições e contextos multiculturais: Contributos para a anamnese e recurso aos cuidadores informais**. Coimbra: Formasau, 2008. 126 p. ISBN 978-972-8485-96-2.
- ALVES, Luciana Correia [et al.] – A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. ISSN 0102-311-X. Vol. 23, n.º8 (Agosto, 2007), p. 1924-1930.
- BENNER, Perito - **De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica em enfermagem**. Coimbra: Quarteto, 2001. 294 p. ISBN 972-853-597-X.
- BENNET, Paul; MURPHY, Simon – **Psicologia e promoção da saúde**. 1ª ed. Lisboa: Climepsi, 1999. 208 p. ISBN 972-8449-48-8.
- BERBAUM, Jean – **Aprendizagem e formação**. Porto: Porto Editora, 1993. 127 p. ISBN 972-0341-05- X.
- CABRITA, Maria José – O idoso a autonomia e a acessibilidade. **Servir**. Lisboa. ISSN 0871-2370. Vol. 52, nº 5 (2004), p.212-220.
- CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIRAS – **Classificação internacional para a prática de enfermagem**. Versão Beta 2. 3ª ed. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiras, 1999. 227 p. ISBN 972-981-49-.5-3.
- DEAN –BAAR, Susan – Ensino e aprendizagem orientados para resultados. In HOEMAN, Sirley P. – Enfermagem de reabilitação: aplicação e processo. 2ª ed. Lisboa: Lusociência, 2000. ISBN 972-8383-13-4. p.145-159.
- DECRETO-LEI n.º 161/96, de 4 de Setembro, com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei n.º 104/98 de 21 de Abril. Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro.
- DEPARTMENTE OF HEALTH – Self care - a real choice: Self care support - a practical option. [em linha].12 January 2005. [Consultado a 24-05- 2012]. Disponível em WWW:<URL:http/ www.dh.gov.uk/SelfCare>.

- DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE – **Rede de referência hospitalar de medicina física e de reabilitação**. Lisboa: Direcção de Serviços de Planeamento, 2003. 68 p. ISBN 972-675-093-8.
- FERREIRA, Tânia P. – Actividade física e qualidade de vida: nos idosos em comunidade. **Revista Portuguesa de Enfermagem**. Amadora. ISSN 0873-1586. Nº 9 (2007), p. 37-42.
- FORTIN, Marie-Fabienne; CÔTÉ, José; FILION, Françoise – **Fundamentos e etapas do processo de investigação**. Loures: Lusodidacta, 2009. 595 p. ISBN 978-989-8075-18-5.
- FOSTER Peggy C., JANSSENS Nancy P. – Dorothea E.Orem. In: GEORGE, Júlia, B. - Teorias de enfermagem:os fundamentos para a prática profissional. Porto Alegre: Artes médicas, 1993. Cap 7.
- HESBEEN; Walter – **A Reabilitação: criar novos caminhos**. Loures: Lusociencia, 2003. ISBN 972-8383-43-6.
- HOEMAN, Sirley P. – **Enfermagem de reabilitação: aplicação e processo**. 2ª ed. Lisboa: Lusociência, 2000.787 p. ISBN 972-8383-13-4.
- IMAGINÁRIO, Cristina – **O idoso dependente em contexto familiar**. Coimbra: Formasau, 2004. 242 p. ISBN: 972-8485-38-7.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – Esperanças de vida sem incapacidades físicas de longa duração. Destaque do INE [em linha]. 22 de Setembro de 2000. [Consultado a 24-05- 2011]. Disponível em WWW:URL:[http// www.ine.pt](http://www.ine.pt)>.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – Censos 2011: resultados provisórios [em linha].Lisboa, 2011. [Consultado a 24-05- 2011]. Disponível em WWW:URL:[http// www.ine.pt](http://www.ine.pt) >. ISSN 2182-4215.
- JOHNSON, Marion [et al.] – **Classificação dos resultados de enfermagem (NOC)**. 2ª edição. Porto Alegre : Artes médicas, 2004.639 p. ISBN 857-3078-20-0.
- JUNIOR, Carlos Montes Paixão; REICHENHEIM, Michael E. – Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. ISSN 0102-311X. Vol 21, nº1 (Jan/Fev, 2005), p.7-19.

- KAWASAKI, Kozue – **Impacto da hospitalização na capacidade funcional do idoso**. Dissertação de Mestrado, em Enfermagem. Universidade Estadual de Campinas. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, 2004.
- KELLY-HAYES, Margaret – Avaliação Funcional In - HOEMAN, Sirley P. – Enfermagem de reabilitação: aplicação e processo. 2ª ed. Lisboa: Lusociência, 2000. ISBN 972-8383-13-4. p.161-172.
- KÉROUAC, Suzanne [et al.] – **La pensée infirmière**. Paris: Maloine, 1994. 162 p. ISBN 222-4022-840.
- LAGE, Isabel – Saúde do Idoso: Aproximação ao seu estado de saúde. **Nursing**. Lisboa. ISSN 0871-6196. Ano 16, nº 195 (2005), p. 6-12.
- LAUDER, William – The utility of self-care theory as a theoretical basic for self-neglect. **Journal of advanced Nursing**. Volume 34, issue 4 (2001),p. 545–551.
- LE BOTERF, Gui. – **De la compétence: Essai sur un attracteur étrange**.4ª ed. Paris, Les Éditions d’organisation, 1994. ISBN 2-7081-1753-X.
- LOBIONDO- WOOD, Geri; HARBER, Judith – **Pesquisa em Enfermagem : Métodos, Avaliação Crítica e Utilização**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. 330 p. ISBN 852-7706-59-8.
- LOPES, Lídia – Necessidades e estratégias na dependência: uma visão da família. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. ISSN 0870-9025. Vol. 25, nº 1 (2007), p. 39-46.
- MACHADO, Flávia – **Capacidade e desempenho para a realização das atividades básicas de vida diária: um estudo com idosos dependentes**. Dissertação de Mestrado em Enfermagem. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2010.
- MAGALHÃES, Maria Manuela Alemandra – O processo de cuidados de enfermagem á pessoa com deficiência ventilatória crónica- DPOC: da evidência científica à mudança das práticas. **Revista Investigação em Enfermagem**. ISSN 0874-7695. Nº20 (Agosto, 2009), p. 26-39.
- MELEIS, Afaf [et al.] - Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. **Advances in Nursing Science**. ISSN 0161-9268. Vol. 23, nº 1, (September, 2000) p. 12-28.

- MENDES, Luís Miguel; RIBEIRO, Susana Isabel – A reabilitação no processo de cuidados de enfermagem. **Nursing**. ISSN 0871-6196. Ano 17, nº 217 (2007), p. 36-39.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE; MINISTÉRIO DO TRABALHO E DA SOLIDARIEDADE SOCIAL - Cuidados de Saúde e Cuidados de Longa Duração. [em linha]. (2005). [Consultado a 24-05- 2011]. Disponível em WWW:<URL: http://cuidadoscontinuados.no.sapo.pt/conteudos/relatorio_preliminar.pdf>.
- MISSONO, Jéssica Sponton Moura [et al.] - Validação, no Brasil, do Índice de Barthel em idosos atendidos em ambulatórios. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo. ISSN 0103-2100. Vol. 23, nº 2 (2010), p. 218-223.
- MURTAGH, Kristen Naumann; HUBERT, Helen B. - Gender differences in physical disability among an elderly cohort. **American Journal of Public Health**. ISSN: 0090-0036. Vol 94, nº 8 (Aug, 2004), p. 1406-1411.
- NOVAK, Joseph D.- **Aprender, criar e utilizar o conhecimento**. Lisboa: Plátano edições técnicas, 2000. ISBN: 978-972-707-279-8.
- OLIVEIRA, Carlos; CANDEIAS, Maria Lisete – A independência funcional dos doentes com acidente vascular cerebral: estudo de alguns factores que a influenciam. **Revista de investigação em Enfermagem**. Coimbra. ISSN 0874-7695. Nº2 (Agosto 2000), p. 11-21.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde. 1ª Conferência internacional sobre promoção da saúde, Ottawa. [em linha]. Canadá, Novembro de 1986. [Consultado a 24-05- 2011]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.ptacs.pt/Document/Carta%20de%20Ottawa.pdf>>.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual, enunciados descritivos**. Conselho de Enfermagem, Dezembro, 2002.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS a) – **Proposta de modelo de desenvolvimento profissional: especialização em enfermagem**. Assembleia geral de 17 de março de 2007.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS b)– **Sistema de informação de enfermagem resumo mínimo de dados e core de indicadores de enfermagem para o repositório central de dados da saúde**. Outubro de 2007.

- ORDEM DOS ENFERMEIROS- **Modelo de Desenvolvimento Profissional: Sistema de individuação das especialidades clínicas em enfermagem.** Conselho de Enfermagem, Dezembro de 2009.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Proposta do Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação: Enquadramento Conceptual e Enunciados Descritivos.** Assembleia Extraordinária do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Setembro 2011.
- OREM, Dorothea - **Nursing: concepts of practice.** St. Louis: Mosby, 2001. 032300864X.
- PAIVA, Abel – “Enfermagem Avançada”: Um Sentido para o Desenvolvimento da Profissão e da Disciplina. **Servir.** Lisboa. ISSN 0871-2370. Vol. 55, nº 1-2 (2007), p. 11-20.
- PAIVA, Abel; MENDES, Anabela; BASTOS, Fernanda – A Pessoa com Insuficiência Cardíaca: Factores que facilitam/dificultam a transição saúde/doença. **Revista de Enfermagem Referência.** Coimbra. ISSN 0874-0283. Vol.3, nº.2, (Dezembro, 2010), p.7-16.
- PARAHYBA, Maria Isabel; SIMÕES, Celso Cardoso da Silva – A prevalência de incapacidade funcional em idosos no Brasil. **Ciência e Saúde Colectiva.** Rio de Janeiro. ISSN 1413-8123. Vol 11, nº4 (2006), p.967-974.
- PARAHYBA, Maria Isabel; VERAS, Renato; MELTZER, David – Incapacidade Funcional entre as mulheres idosas no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública.** Rio de Janeiro. ISSN 0102-311X. Vol 39, nº3 (2005) p. 383-391.
- PEREIRA, Teresa Branco; SANTOS, Rui Jorge Dias - Ser enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. **Enformação.** ISSN 1646-9607. Nº10 (2008), p. 6-9.
- PETRONILHO, Fernando Alberto Soares – **Preparação do regresso a casa.** Coimbra: Formasau, 2007. 216 p. ISBN 978-972-8485-91-7.
- PETRONILHO, Fernando Alberto Soares – Produção de Indicadores de Qualidade: A Enfermagem que queremos evidenciar. **Sinais Vitais.** Coimbra. ISSN 0872-8844. Nº52 (Janeiro de 2009), p.35-43.
- PETRONILHO, Fernando [et al.] – Caracterização do Doente após Evento Crítico. **Sinais Vitais.** Coimbra. ISSN 0872-8844. Nº88 (Janeiro 2010) p.41-47.

- PETRONILHO, Fernando Alberto Soares – **Autocuidado: Conceito Central da Enfermagem**. 1ª edição. Coimbra: Formasau, 2012. 105 p. ISBN 978-989- 8269-17-1.
- PHANEUF, Margot – **Planificação de Cuidados: Um sistema integrado e personalizado**. Coimbra: Quarteto, 2001. 428 p. ISBN 972-853-578-3
- PHANEUF, Margot – **Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação**. Loures: Lusociência, 2005. 633 p. ISBN 972-838-384-3.
- PIRES, A. L. O – **Educação e formação ao longo da vida: Análise crítica dos sistemas e dispositivos de reconhecimento e validação de aprendizagens e de competências**. Tese de Doutoramento em Ciências da Educação e Desenvolvimento. Universidade Nova de Lisboa. Lisboa: Faculdades de Ciências e Tecnologia, 2002.
- POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl Tatano; HUNGLER; Bernardette P. – **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem : Métodos, Avaliação e Utilização**. 5ª ed. Porto Alegre : Artmed, 2004. 487 p. ISBN – 85-7307-984-3.
- QUEIRÓS, Paulo – Editorial: Autocuidado, transições e bem-estar. **Revista Investigação em Enfermagem**. ISSN 0874-7695. Nº21 (Fevereiro 2010). p. 5-7.
- QUEIRÓS, Paulo Joaquim Pina – Enfermagem, Ciência Humana Prática. **Sinais Vitais**. Coimbra. ISSN 0872-8844. Nº97 (Julho2011) p.13-16.
- RAMOS, Luiz Roberto – Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. ISSN 0102-311X. Vol 19, nº3 (mai-jun, 2003) p. 793-798.
- REDMAN, Barbara Klug – **A prática da educação para a saúde**. 9ª ed. Loures: Lusociência, 2003. 304 p. ISBN 9728383398.
- RELVAS, João – Teorias de Aprendizagem Social In SERRA, A Vaz [et al.] – **Motivação e Aprendizagem**. Porto : Autores e Contraponto, cop. 1986.
- RESEARCH FOUNDATION STATE UNIVERSITY OF NEW YORK- **Guia para o uso do sistema uniformizado de dados para reabilitação médica**. Versão 3.0. Março, 1990.
- RIBERTO, M. [et al.] Reprodutibilidade da versão brasileira da Medida de Independência Funcional. **Acta Fisiátrica**. São Paulo. ISSN 0104-7795. Vol. 8, nº1 (2001), p. 45-52.

- RIBERTO, M. [et al.]. Validação da Versão Brasileira da Medida de Independência Funcional. **Acta Fisiátrica**. São Paulo. ISSN 0104-7795. Vol.11, nº2 (2004), p. 72-76.
- RODRIGUES, Manuel [et al.] – **Educação para a saúde: formação pedagógica de educadores de saúde**. Coimbra: Formasau, 2005. 155p. ISBN 972-848-552-2
- RODRIGUES, R. A. P. [et al.] – Política nacional de atenção ao idoso e a contribuição da enfermagem. **Texto & contexto enfermagem**. Florianópolis. ISSN 0104-0707. Vol. 16, nº3 (2007), p. 536-45.
- RODRIGUEZ, Bibiana Escuredo – Cuidar a los ancianos dependientes o apostar por su independencia? **Rol de Enfermería**. Barcelona. ISSN 0210-5020. Ano 31, nº9 (2008), p. 35-38.
- ROSA, Joaquim Coelho, BASTO, Marta Lima – Necessidade e Necessidades: Revisitando o seu Uso em Enfermagem. **Pensar Enfermagem**. Lisboa. ISSN: 0873-8904. Vol. 13, nº 1 (1º Semestre de 2009), p.13-23.
- ROSA, Tereza Etsuko da Costa [et al.] – Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo. ISSN 0034-8910. Vol. 37, nº1 (2003), p.40-48.
- SAKRAID, Teresa – Modelo de Promoção da Saúde. In ALLIGOOD, Martha R.; TOMEY, Ann M. – Teóricas de enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem.5ª ed. Lisboa: Lusociência, 2004. ISBN 9728383746.
- SECÇÃO DE MEDICINA FÍSICA E DE REABILITAÇÃO DA UNION EUROPÉENNE DES MÉDECINS SPÉCIALISTES (UEMS) e ACADÉMIE EUROPÉENNE DE MÉDECINE DE RÉADAPTATION – **Livro Branco de Medicina Física e de Reabilitação na Europa**. Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação: Março de 2009.
- SILVA, ACS; SANTOS I – Promoção do Autocuidado de Idosos para o Envelhecer Saudável: Aplicação da Teoria de Nola Pender. **Texto & Contexto Enfermagem**. Florianópolis. ISSN 0104-0707. Vol. 19, nº4 (Out-Dez 2010), p.745-753.
- SILVA, Maria Dulce de Sousa Ornelas – **Educar Para o Autocuidado num Serviço Hospitalar**. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Universidade do Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2007.

- SIMMONS, Susan (1990) – The Health- Promoting Self-Care System Model: Directions for Nursing Research and Practice. **Journal of Advanced Nursing**. Volume 15, Issue 10 (1990), p. 1162–1166.
- SÖDERHAMN, Olle - Self-care Activity as a Structure: A Phenomenological Approach. **Scandinavian Journal of Occupational Therapy**. ISSN 1103-8128. Vol.7, (2000) p. 183 -189.
- SOUSA, Liliana; GALANTE, Helena; FIGUEIREDO Daniela – Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo. ISSN 0034-8910. Vol 37, nº3 (2003), p.364-371.
- SOUSA, LINHA E ALVES – Mobilidade da Pessoa Insuficiente Renal Crónica: suas implicações no autocuidado In COSTA, Maria Arminda; GOMES, Bárbara Pereira; MARTINS, Maria Manuela – Enfermagem de Reabilitação. Coimbra: Formasau, 2010. ISBN 978-989-8269-12-6. p.193-232.
- TAYLOR, Susan – Teoria do défice de autocuidado de enfermagem. In ALLIGOOD, Martha R.; TOMEY, Ann M. – Teóricas de enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem.5ª ed. Lisboa: Lusociência, 2004. ISBN 9728383746.p.211-236.
- THEUERKAUF, Anaise – Autocuidado e actividades da vida diária In Hoeman, Shirley, P. – Enfermagem de Reabilitação: aplicação e processo. 2ª ed. Lisboa: Lusociência, 2000. ISBN 972-8383-13-4. p.173-207
- ALLIGOOD, Martha R.; TOMEY, Ann M. – **Teóricas de enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem**. 5ª ed. Lisboa: Lusociência, 2004. p.15-35. ISBN 9728383746.
- VICTOR, Janaína Fonseca; LOPES, Marcos Venícios de Oliveira; XIMENES, Lorena Barbosa. Análise do Diagrama do modelo de Promoção da Saúde de Nola J.Pender. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo. ISSN 0103-2100. Vol.18, n.3 (2005), p. 235-240.
- WANG, P. Peter; BADLEY Elisabeth M.; GIGNAC Monique – Activity limitation, coping and self-perceived physical Independence in people with disability. **Disability and Rehabilitation: An International, Multidisciplinary Journal**. ISSN 0963-8288. Vol 26, nº13, (Jul, 2004), p.785-793.
- WHO – **Standards for Health Promotion in Hospitals**. Europe, 2004.

APÊNDICES

APÊNDICE I

Instrumento de Colheita de Dados

Nº _____

Eu, Mónica do Rosário Pereira, Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação, a frequentar o I Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, encontro-me a realizar uma dissertação sobre “*A Promoção do Autocuidado na Pessoa em Processo de Transição*” sob orientação da Sr^a Professora Doutora Águeda Marques. Para a sua concretização, necessito da sua colaboração no preenchimento deste questionário e os dados por si fornecidos serão confidenciais e apenas utilizados para fins de investigação científica.

Desde já agradeço a sua disponibilidade para o preenchimento deste questionário imprescindível para a consecução deste trabalho.

Obrigada pela sua colaboração

Mónica Rosário Pereira

Questionário de Caracterização Sociodemográfica do Utente

1. Idade: _____ anos

2. Sexo : Masculino

Feminino

3. Estado Civil: Solteiro

Casado

Viúvo

Separado

Divorciado

União de facto

4. Habilitações Literárias:

Não sabe ler nem escrever

Sabe assinar o nome

1º ciclo escolar

2º ciclo escolar

3º ciclo escolar

Curso Superior

Medida de Independência Funcional (MIF)

NIVEIS	7 Independência completa (em segurança, em tempo normal) 6 Independência modificada (ajuda técnica)	SEM AJUDA
	Dependência modificada 5 Supervisão 4 Ajuda mínima (indivíduo > = 75%) 3 Ajuda moderada (indivíduo > = 50%) Dependência completa 2 Ajuda máxima (indivíduo > = 25%) 1 Ajuda total (indivíduo > = 0%)	AJUDA

	ADMISS.	ALTA
<u>Auto-Cuidados</u>		
A. Alimentação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Higiene pessoal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Banho (Lavar Corpo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Vestir metade superior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. Vestir metade inferior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. Utilização da sanita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Controlo dos Esfincteres</u>		
G. Bexiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. Intestino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Mobilidade</u>		
Transferências:		
I. Leito, Cadeira, Cadeira de Rodas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J. Sanita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K. Banheira, Duche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Locomoção</u>		
L. Marcha/ Cadeira de Rodas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M. Escadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Comunicação</u>		
N. Compreensão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O. Expressão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Cognição Social</u>		
P. Interação social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q. Resolução dos problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
R. Memória	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TOTAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NOTA: Não deixe nenhum item em branco; se não testável marque 1

Questionário de Contexto Clínico

Patologia Incapacitante _____

	Conhecimento			
	Demonstrado		Não Demonstrado	
	1º Momento	2º Momento	1º Momento	2º Momento
Autocuidado Higiene				
Autocuidado Comer				
Autocuidado Vestuário				
Autocuidado Ir ao Sanitário				
Transferir-se				
Deambular				
Pôr-se de pé				

	Ensino			
	Efetuado		Não Efetuado	
	1º Momento	2º Momento	1º Momento	2º Momento
Autocuidado Higiene				
Autocuidado Comer				
Autocuidado Vestuário				
Autocuidado Ir ao Sanitário				
Transferir-se				
Deambular				
Pôr-se de pé				

APÊNDICE II

Grelha de Registo

APÊNDICE III

Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO

Exmo Utente

Eu, Mónica do Rosário Pereira, Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação, a frequentar o I Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, encontro-me a realizar uma dissertação sobre “*Promoção do Autocuidado na Pessoa em Processo de Transição*” sob orientação da Sr^a Professora Doutora Águeda Marques. Para o efeito, necessito de colher informação junto dos utentes.

Este estudo tem por objectivo explorar o fenómeno da promoção do autocuidado da pessoa em processo de transição. Pretende-se verificar relações entre a evolução da pessoa em processo de transição no desempenho do autocuidado e o conhecimento, com o sentido de estabelecer planos de cuidados e intervenções capazes de responderem aos problemas, incapacidades e necessidades da pessoa.

Saliento que todas as informações prestadas apenas serão utilizadas para este estudo de investigação. A privacidade dos participantes será garantida, pois a sua identidade será do conhecimento exclusivo das pessoas directamente implicadas no estudo e na divulgação dos resultados será mantido o anonimato. A sua participação é voluntária, salvaguardando-se o direito de recusar em qualquer altura sem que daí advenha para si qualquer repercussão. Se tiver alguma pergunta a fazer antes de decidir participar, sintase à vontade para a realizar.

Agradeço desde já a sua colaboração para participar neste estudo.

Mónica Rosário Pereira

TERMO DE CONSENTIMENTO

Declaro que, relativamente à investigação a desenvolver por Mónica do Rosário Pereira, com o título “*Promoção do Autocuidado na Pessoa em Processo de Transição*”, fui informado(a) sobre o âmbito, finalidade, objectivos, garantia de confidencialidade e carácter voluntário da minha participação e concordo participar no estudo.

Torres Novas, __/__/____ _____

ANEXOS

ANEXO I

Fatores determinantes do autocuidado

FACTORES DETERMINANTES DO AUTOCUIDADO	
DIMENSÃO	COMPONENTES
FÍSICA	Capacidade funcional/robustez e vigor Tolerância à atividade/ fadiga Dor Ambiente físico
COGNITIVA	Conhecimento sobre estilos de vida saudáveis Conhecimento sobre a doença e processo terapêutico Capacidade de procurar informação Mestria/empowerment Capacidade de tomar decisões
PSICOLÓGICA	Força de vontade/motivação/proatividade/iniciativa/responsabilidade Controlo percebido/locus de controlo Experiências anteriores de saúde-doença/expectativas em relação ao futuro Aceitação do estado de saúde/incerteza quanto à evolução da condição de saúde Perceção de autoeficácia Consciencialização sobre a condição de saúde/perceção do estado de saúde Atitude face à vida e à doença/pensamento positivo ou negativo Significado atribuído à condição de saúde/envolvimento no processo terapêutico Capacidade de resiliência Satisfação com a vida Autoconceito Capacidade de adaptação Ambiente terapêutico Estado emocional /estado mental (ex. autoestima, confiança, tristeza, humor, ansiedade, depressão, stress, solidão, incerteza, isolamento social)
SÓCIO-DEMOGRÁFICA	Idade Sexo Raça Estado civil Tipo de família (monoparental, nuclear, alargada) Situação laboral (emprego/desemprego) Grau de instrução/educação (ex. escolaridade)
SOCIAL/SAÚDE	Rede de suporte percecionada e utilizada: - Informal (processos familiares, amigos, vizinhos) - Formal (profissionais de saúde: enfermeiros, médicos, assistentes sociais, psicólogos)
ESPIRITUAL/CULTURAL	Fé/esperança/crenças religiosas/crenças culturais Crescimento espiritual
ECONÓMICA	Condição económica e financeira

Fonte: Síntese dos fatores determinantes do autocuidado (Petronilho,2012, p.90).

ANEXO II

Pedido de autorização para colheita de informação

M. Silva Torres
17.10.2011
António Silva Torres (Dr.)
Vogal Executivo

Exmo. Senhor
Presidente do Conselho de Administração
do Centro Hospitalar do Médio Tejo

Assunto: Pedido de autorização para a realização de um estudo de investigação académico.

Mónica Rosário Pereira, Enfermeira nesta instituição, a desempenhar funções no serviço de Especialidades Médicas, especialista em enfermagem de reabilitação vem por este meio solicitar a Vossa Ex.^{ta}, autorização para a realização de um questionário aos utentes internados no referido serviço, para elaboração de uma dissertação no âmbito do 1 Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, sob a orientação da Sr^a Professora Doutora Águeda Marques.

Este estudo tem por finalidade explorar o fenómeno da promoção do autocuidado da pessoa em processo de transição, durante a hospitalização, com o objectivo de estabelecer planos de cuidados e intervenções capazes de responderem aos problemas, incapacidades e necessidades da pessoa. Pretende-se contribuir para a melhoria do exercício profissional dos enfermeiros, através da produção de indicadores de qualidade de modo a darem visibilidade aos cuidados de enfermagem. É um estudo de natureza quantitativa, exploratório-descritivo. Para a recolha de informação será aplicado um questionário de caracterização sócio-demográfica e de contexto clínico e ainda de Medida de Independência Funcional, que anexo. Prevê-se que a colheita de dados se realize entre os meses de Novembro de 2011 e Maio de 2012. A participação dos utentes é facultativa e só acontecerá após darem o seu consentimento. Salienta-se que serão respeitados os princípios éticos relativos ao anonimato, à confidencialidade e à privacidade dos entrevistados.

Compromete-se a entregar, no final, uma cópia da dissertação e, caso seja do interesse da instituição, a divulgar os resultados obtidos.

Espera deferimento,

Torres Novas, 7 de Outubro de 2011

A estudante

Mónica Rosário Pereira

A Orientadora

Águeda A. Marques

(Prof. Doutora Águeda Marques)

	
CENTRO HOSPITALAR MÉDIO TEJO, E.P.E.	
EXPEDIENTE GERAL	
Mónica Rosário Pereira	
ENTRADA	N.º: 1723
ASS: _____	DATA: 17/10/11
DISTRIB.:	
CÓPIA:	
ASS: _____	DATA: ____/____/____

Ana Isa Ribeiro Valentim

De: Lurdes Toscano
Enviado: segunda-feira, 21 de Novembro de 2011 12:11
Para: Ana Isa Ribeiro Valentim
Assunto: RE: Pedido de autorização para a realização de um estudo de investigação académico

Bom Dia Dra Ana Isa
Por mim está autorizado a realização do estudo proposto.

Cumprimentos



Lurdes Toscano
Enf. Directora
Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE
Telf: 249 810 100 Fax: 249 810 106
E-mail: lurdes.toscano@chmt.min-saude.pt

 Antes de imprimir este e-mail pense bem se tem mesmo que o fazer.
Há cada vez menos árvores no planeta.

De: Ana Isa Ribeiro Valentim
Enviada: segunda-feira, 21 de Novembro de 2011 12:02
Para: Lurdes Toscano
Assunto: FW: Pedido de autorização para a realização de um estudo de investigação académico

De: Ana Isa Ribeiro Valentim
Enviada: terça-feira, 18 de Outubro de 2011 10:32
Para: Lurdes Toscano; Edgar Pereira
Assunto: Pedido de autorização para a realização de um estudo de investigação académico

Sr.ª Enfermeira Directora, Dr. Edgar,

Agradeço o vosso parecer relativamente ao pedido em anexo.

Atentamente,

Ana Isa
Recursos Humanos

De: Paula Cardoso
Enviada: segunda-feira, 17 de Outubro de 2011 19:35
Para: Ana Isa Ribeiro Valentim
Assunto: Pedido de autorização para a realização de um estudo de investigação académico

Paula Cardoso
Secretária do Presidente do Conselho de Administração
do Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE

Ana Isa Ribeiro Valentim

De: Edgar Pereira
Enviado: segunda-feira, 21 de Novembro de 2011 10:38
Para: Ana Isa Ribeiro Valentim
Assunto: RE: Pedido de autorização para a realização de um estudo de investigação académico

Dr.ª Ana Iza

A Direcção Clínica nada tem a por desde que respeite a legislação em vigor
Cumprimentos
Edgar

De: Ana Isa Ribeiro Valentim
Enviada: terça-feira, 18 de Outubro de 2011 10:32
Para: Lurdes Toscano; Edgar Pereira
Assunto: Pedido de autorização para a realização de um estudo de investigação académico

Sr.ª Enfermeira Directora, Dr. Edgar,

Agradeço o vosso parecer relativamente ao pedido em anexo.

Atentamente,

Ana Isa
Recursos Humanos

De: Paula Cardoso
Enviada: segunda-feira, 17 de Outubro de 2011 19:35
Para: Ana Isa Ribeiro Valentim
Assunto: Pedido de autorização para a realização de um estudo de investigação académico

Paula Cardoso

Secretária do Presidente do Conselho de Administração
do Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE

E-mail: paula_cardoso@chmt.min-saude.pt

Tel: 249 810 172

Fax: 249 810 106

ANEXO III

Parecer da Comissão de ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde –
Enfermagem, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

COMISSÃO DE ÉTICA
da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde - Enfermagem (UICISA-E)**
da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnC)**

Parecer Nº 64-01/2012

Título do Projecto: Promoção do autocuidado na pessoa em processo de transição.

Identificação do Proponente

Nome(s): Mónica do Rosário Pereira

Filiação Institucional: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Relator: Rogério Manuel Clemente Rodrigues

Parecer

A investigadora propõe-se, no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da ESEnC, realizar estudo com recurso a metodologia quantitativa, exploratório/descritivo, tendo como participantes doentes internados em serviço de especialidades médicas.

O estudo tem como objectivo estudar a promoção do autocuidado na pessoa em processo de transição.

Foi obtida autorização dos responsáveis da instituição.

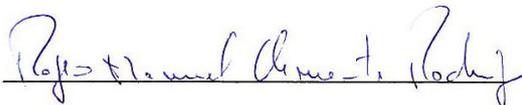
Estão definidos os critérios de exclusão, não sendo solicitada a participação a pessoas com avaliação prévia de alguma limitação cognitiva.

Os instrumentos de colheita de dados serão aplicados pela proponente, garantindo-se a participação livre e informada, a confidencialidade dos dados e o anonimato dos participantes.

Não são previstos danos ou custos económicos para os participantes.

Face ao exposto o parecer da Comissão de Ética da UICISA-E é **favorável** ao estudo tal como apresentado.

O relator:



Data: 22 / 02 / 2012

O Presidente da Comissão de Ética:





UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO
EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
UICISA-E



escola superior de
enfermagem
de coimbra

FCT Fundação para a Ciência e a Tecnologia
MINISTÉRIO DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA E ENSINO SUPERIOR Portugal