escola superior de enfermagem de coimbra

**MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**

# NECESSIDADES DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO, NO PROCESSO RESPIRATÓRIO, DAS PESSOAS DEPENDENTES NO AUTOCUIDADO E SEUS CUIDADORES EM CONTEXTO DOMICILIÁRIO.

Alexandre Filipe Ferreira Vaz

**Coimbra, Junho de 2022**

escola superior de enfermagem de coimbra

# MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

## NECESSIDADES DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO, NO PROCESSO RESPIRATÓRIO, DAS PESSOAS DEPENDENTES NO AUTOCUIDADO E SEUS CUIDADORES EM CONTEXTO DOMICILIÁRIO.

Alexandre Filipe Ferreira Vaz

Orientador: Manuel Augusto Duarte Mariz, professor adjunto da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Coorientador: António Fernando Salgueiro Amaral, Professor Coordenador 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, junho

## ABREVIATURAS E SIGLAS

**ACES –** Agrupamento de Centros de Saúde

**ACSS –** Administração Central do Sistema de Saúde

**AVD** – Atividades de Vida Diária

**CEO –** Cuidados de Enfermagem Omissos

**CR** – Cinesiterapia Respiratória

**DGS –** Direção Geral da Saúde

**DPOC** – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

**ECCI –** Equipa de Cuidados Continuados Integrados

**EEER** – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

**FEV1** – Volume Expiratório Máximo no 1.º segundo

**ICN –** International Council of Nurses

**INE –** Instituto Nacional de Estatística

**IPSS –** Instituição Particular de Solidariedade Social

**l** - litros

**l/m** – litros por minuto

**MS –** Ministério da Saúde

**Nº** - número

**OCDE –** Organização para a Cooperação Desenvolvimento Económico

**OE** – Ordem dos Enfermeiros

**ONDR** – Observatório Nacional das Doenças Respiratórias

**OPSS –** Observatório Português dos Sistemas de Saúde

**PFE –** Pico de Fluxo Expiratório

**RFR** – Reeducação Funcional Respiratória

**RNCCI –** Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

**SAPE –** Serviço de Apoio à Prática de Enfermagem

**SpO2** – Saturação Periférica de Oxigénio

**UCC** – Unidade de Cuidados na Comunidade

**UICISA:E** - Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem

**WHO –** World Health Organization

**AGRADECIMENTOS**

Esta dissertação é o culminar de um longo percurso, por vezes com algumas dificuldades, pelo que manifesto a minha gratidão a todos os que colaboraram para que tudo se tornasse mais fácil.

Ao meu orientador Professor Manuel Augusto Duarte Mariz, o meu agradecimento pela disponibilidade, sabedoria, rigor científico e momentos de reflexão e de aprendizagem proporcionados que foram essenciais para o desenvolvimento desta dissertação.

Ao Professor Doutor Fernando António Salgueiro Amaral, pela disponibilidade, conselhos e inestimável apoio na análise estatística.

À Professora Doutora Maria Conceição Costa Bento, pela forma com transmitiu entusiasmo, apoio e incentivo ao longo deste percurso.

À Enfermeira Gestora Gracinda Maria Rodrigues Manso, pelo incentivo e encorajamento constante e pela forma como me ajudou a ultrapassar os obstáculos que permitiram conciliar a vida profissional com a de estudante de mestrado.

Aos Enfermeiros e Enfermeiras das Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), pela sua colaboração e apoio que foi determinante para a concretização deste estudo.

Aos colegas estudantes de mestrado Luís Miguel Rodrigues e Vânia Gomes pelo apoio mútuo e partilha constante de conhecimentos durante todas as fases deste trabalho.

Aos amigos e colegas que estiveram presentes nos principais momentos.

Deixo também um agradecimento especial às pessoas dependentes e seus cuidadores que aceitaram participar no estudo e nos receberam nas suas casas para a recolha de informação desejando que tenham força suficiente para ultrapassar as dificuldades.

Aos meus pais, por tudo o que me ensinaram e pela educação que me proporcionaram

Por último, gostaria de deixar um agradecimento especial á Paula pela sua paciência e apoio e à Iara que alegra a minha vida e me dá força para avançar.

**RESUMO**

O envelhecimento e as doenças crónicas provocam alterações nos processos corporais, como o respiratório, levando ao aumento de situações de dependência no autocuidado e à necessidade de cuidados de terceiros. Mesmo assim, as pessoas preferem continuar nas suas casas pelo que é necessário compreender e garantir a satisfação das suas necessidades na globalidade.

O estudo tem como objetivos caraterizar as pessoas dependentes no autocuidado no domicílio e seus cuidadores, identificar as necessidades de cuidados de enfermagem de reabilitação das pessoas dependentes a nível do processo respiratório e identificar as necessidades satisfeitas e não satisfeitas e quem as satisfaz.

O estudo é observacional, quantitativo, descritivo-correlacional e transversal, numa amostra de 130 pessoas dependentes no autocuidado assistidas nas ECCI do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) do Baixo Mondego, utilizando um formulário.

Os principais resultados evidenciam que as pessoas dependentes assistidas em ECCI são maioritariamente homens, com idade média 77,3 anos, reformados, baixa escolaridade, dependência originada principalmente por doença crónica e pelo envelhecimento em média há 2,5 anos. Os cuidadores são maioritariamente mulheres em média com 67,2 anos. A maioria das pessoas dependentes (64,6%) apresentavam ventilação comprometida e 23,8% limpeza da via aérea comprometida. A proporção de implementação das intervenções face ao esperado foi de 49,1% a nível do processo respiratório, 63,1% a nível da ventilação comprometida e 43,5 a nível da limpeza da via aérea comprometida. Na maioria do tipo de intervenções apenas houve intervenção dos enfermeiros da ECCI, e em média 54,4% das intervenções executadas foram da sua responsabilidade, mas em 21,9% dos casos havia alguma intervenção que não era executada.

Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre o tempo de dependência e posicionar para otimizar a ventilação (p=0,032), limpeza da via aérea comprometida (p=0,006), aspirar via aérea (p=0,018), executar cinesiterapia respiratória (p=0,014) e treinar técnica respiratória (p=0,024). Há também diferença estatisticamente significativa entre limpeza da via aérea comprometida e FEV1 (p=0,011) e PFE

(p=0,002) e ventilação comprometida e SpO2 (p=0,000), FEV1 (p=0,003) e PFE (P=,000).
Os resultados evidenciam que não é garantida a satisfação da totalidade das necessidades identificadas pelos EEER.

**Palavras-Chave**: cuidados domiciliários, autocuidado, pessoas dependentes, familiar cuidador, processo respiratório

**ABSTRACT**

Ageing and chronic diseases cause changes in body processes, such as respiratory process, leading to an increase in situations of dependence in self-care and the need for care from other people. Even so, people prefer to remain at home, so it is necessary to understand and ensure that their needs are fully met.

The study aims to characterize dependent people in self-care at home and their caregivers, identify the needs for rehabilitation nursing care of dependent people in terms of the respiratory process and identify satisfied and unmet needs and who satisfies them.

The study is observational, quantitative, descriptive-correlational and cross-sectional, in a sample of 130 self-care dependent people assisted in the ECCI of the Baixo Mondego ACES, using a form.

The main results show that the dependent people assisted in ECCI are mostly male, with an average age of 77.3 years, retired, with low education, dependence mainly caused by chronic diseases and by aging with an average of 2.5 years. The caregivers are mostly female, with an average age of 67.2 years. Most of the dependent people (64.6%) had impaired ventilation and 23.8% had impaired airway clearance. The proportion of implementation of interventions compared to expectations was 49.1% regarding the respiratory process, 63,1% regarding impaired ventilation and 43.5% regarding impaired airway clearance. In most of the type of interventions there was only intervention by the ECCI nurses, and on average 54.4% of the interventions performed were their responsibility, but in 21.9% of the cases there was some intervention that was not performed.

There were statistically significant differences between dependency time and positioning to optimize ventilation (p=0.032), impaired airway clearance (p=0.006), suctioning the airway (p=0.018), performing chest therapy (p=0.014) and training respiratory technique (p=0.024). There is also statistically significant difference between impaired airway clearance and FEV1 (p=0.011) and PEF (p=0.002) and impaired ventilation and SpO2 (p=0.000), FEV1 (p=0.003) and PEF (P=.000).

The results show, that the satisfaction of all the needs identified by the EEER is not guaranteed.

**Key words**: home care, self-care, dependent persons, family caregiver, respiratory process

**LISTA DE QUADROS**

**Quadro 1** - Operacionalização das variáveis frequência

**Quadro 2** - Operacionalização das variáveis de caraterização da pessoa dependente

**Quadro 3** - Operacionalização das variáveis de caraterização do familiar cuidador/cuidador principal

**Quadro 4** - Operacionalização das variáveis: processo respiratório

**Quadro 5 -** Operacionalização da variável: atitude terapêutica

**Quadro 6** - Operacionalização das variáveis: parâmetros respiratórios

**Quadro 7** - Quem implementa os cuidados necessários

**Quadro 8** - Caraterização da pessoa dependente segundo a idade

**Quadro 9** - Distribuição das pessoas dependentes por sexo

**Quadro 10** – Caraterização das pessoas dependente de acordo com estado civil

**Quadro 11** – Distribuição das pessoas dependentes por nacionalidade

**Quadro 12** - Distribuição das pessoas dependentes por profissão

**Quadro 13** - Distribuição das pessoas dependentes por nível de escolaridade

**Quadro 14** - Distribuição por situação que originou a dependência

**Quadro 15** - Caracterização da dependência quanto ao modo de instalação da dependência e duração em meses

**Quadro 16** – Tipologia de referenciação de cuidados

**Quadro 17** - Distribuição por consumo de medicamentos

**Quadro 18** - Caraterização da pessoa dependente quanto ao estado de saúde

**Quadro 19** - Caraterização do cuidador segundo o sexo e idade

**Quadro 20** - Distribuição do cuidador por grau de parentesco

**Quadro 21** - Distribuição do cuidador por estado civil

**Quadro 22** - Distribuição do cuidador por profissão

**Quadro 23** - Distribuição do cuidador por nível de escolaridade

**Quadro 24** - Constituição da família

**Quadro 25** - Ventilação comprometida

**Quadro 26** - Posicionar para otimizar a ventilação

**Quadro 27** - Proporção implementação face ao esperado da intervenção posicionar para otimizar ventilação

**Quadro 28** - Posicionar para otimizar a ventilação: frequência esperada e frequência implementada

**Quadro 29** - Posicionar para otimizar a ventilação: quem implementa

**Quadro 30** - Iniciar oxigenoterapia

**Quadro 31** - Executar técnica respiratória

**Quadro 32** - Proporção implementação face ao esperado da intervenção executar técnica respiratória

**Quadro 33** - Executar técnica respiratória: frequência esperada e frequência implementada

**Quadro 34** - Executar técnica respiratória: quem executa

**Quadro 35** - Limpeza da via aérea comprometida

**Quadro 36** - Aspirar via aérea

**Quadro 37** - Proporção implementação face ao esperado da intervenção aspirar via aérea

**Quadro 38** - Aspirar via aérea: frequência esperada e frequência implementada

**Quadro 39** - Aspirar via aérea: quem implementa

**Quadro 40** - Executar inaloterapia

**Quadro 41**- Proporção implementação face ao esperado da intervenção executar inaloterapia

**Quadro 42** - Executar inaloterapia: frequência esperada e frequência implementada

**Quadro 43** - Executar inaloterapia: quem implementa

**Quadro 44** - Executar cinesiterapia respiratória

**Quadro 45** - Proporção de implementação face ao esperado da intervenção executar cinesiterapia respiratória

**Quadro 46** - Executar cinesiterapia respiratória: frequência esperada e frequência implementada

**Quadro 47** - Executar cinesiterapia respiratória: quem implementa

**Quadro 48** - Treinar técnica respiratória: beneficiário

**Quadro 49** - Proporção implementação face ao esperado da intervenção treinar técnica respiratória

**Quadro 50** - Treinar técnica respiratória: frequência esperada e frequência implementada

**Quadro 51** - Treinar técnica respiratória: quem implementa

**Quadro 52** - Treinar a executar inaloterapia

**Quadro 53** - Proporção implementação face ao esperado da intervenção treinar a executar inaloterapia

**Quadro 54** - Treinar a executar inaloterapia: frequência esperada e frequência implementada

**Quadro 55** - Treinar a executar inaloterapia: quem implementa

**Quadro 56** - Oxigenoterapia

**Quadro 57** - Ensinar sobre oxigenoterapia

**Quadro 58** - Resultado de SpO2, FEV1 e PEF

**Quadro 59** - Resultados do teste Qui-quadrado entre envelhecimento/doença crónica e limpeza da via aérea comprometia e ventilação comprometida

**Quadro 60** - Resultados do teste Qui-quadrado entre instalação da dependência súbita/gradual e limpeza da via aérea comprometia e ventilação comprometida

**Quadro 61** - Resultados de teste Mann-Whitney entre tempo de dependência e limpeza da via aérea comprometia e ventilação comprometida

**Quadro 62** - Resultados do teste Qui-quadrado entre tipologia de referenciação: cuidados de reabilitação e limpeza da via aérea comprometia e ventilação comprometida

**Quadro 63** - Resultados do teste t-Student para amostras independentes entre limpeza da via aérea e SpO2, FEV1 e PFE

**Quadro 64** - Resultados do teste t-Student para amostras independentes entre ventilação comprometida e SpO2, FEV1 e PFE

**SUMÁRIO**

**INTRODUÇÃO** ..... 17
**PARTE 1 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO** ..... 21
**1 – A EQUIPA DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS** ..... 23
**2 – TEORIA DO AUTOCUIDADO** ..... 29
2.1 – DEPENDENCIA NO AUTOCUIDADO ..... 33
2.2- CUIDAR NO DOMICILIO ..... 35
**2.2.1 – Cuidadores informais** ..... 38
**2.2.2 – O Enfermeiro e os cuidados domiciliários** ..... 40
**3 – A PESSOA COM ALTERAÇÕES RESPIRATÓRIAS** ..... 45
3.1 - INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO A NÍVEL RESPIRATÓRIO ..... 50
**PARTE 2 – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO** ..... 63
**1 – METODOLOGIA** ..... 65
1.1 - TIPO DE ESTUDO ..... 65
1.2 - OBJETIVOS ..... 65
1.3 - INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS ..... 65
1.4 - IDENTIFICAÇÃO DAS VARIÁVEIS EM ESTUDO ..... 67
1.5. - HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO ..... 76
1.6 - POPULAÇÃO/AMOSTRA ..... 76
1.7 - PROCEDIMENTO DE RECOLHA DE DADOS ..... 77
1.8 - TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS ..... 78
1.9 - CONSIDERAÇÕES ÉTICAS ..... 79
**PARTE 3 - RESULTADOS** ..... 81
**1 – ANÁLISE DESCRITIVA DOS DADOS** ..... 83
1.1 - PESSOA DEPENDENTE ..... 83
1.2 – CUIDADOR PRINCIPAL ..... 87
1.3 - PROCESSO RESPIRATÓRIO: COMPROMISSOS E INTERVENÇÕES NECESSÀRIA/IMPLEMENTADAS ..... 90
**2 - ANÁLISE INFERENCIAL DOS DADOS** ..... 105
**3 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS** ..... 109
**CONCLUSÃO** ..... 133
**BIBLIOGRAFIA** ..... 139

**ANEXOS**

**ANEXO I -** Formulário

**ANEXOII** - Fluxograma para aplicação do formulário

**ANEXOIII** - Guia orientador para a aplicação do formulário

**ANEXO IV** - Consentimento informado

**ANEXO V** - Pedido autorização para a realização do estudo

**ANEXO VI** - Pareceres das Comissões de ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA:E) e Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde (ARS) do Centro

**ANEXO VII** - Estatística Inferencial

## INTRODUÇÃO

O fenómeno da dependência no autocuidado é foco central de atenção e ação dos enfermeiros tanto no contexto da disciplina como no da profissão de enfermagem (Denyes, Orem & Bekel,2000).

A Administração Central do Sistema de Saúde (ASSS) (2016) afirma que as alterações nos processos corporais e psicológicos, resultantes de doenças crónicas e do desenvolvimento do ciclo vital (envelhecimento), têm o potencial de conduzir ao aumento progressivo de incapacidades que tendencialmente progridem no sentido da dependência no autocuidado.

Deste modo, num futuro próximo, mais pessoas ficarão dependentes no autocuidado e de cuidados de terceiros (Maresova et al., 2019), sendo o que gera a necessidade de ajuda de outros e que constitui o verdadeiro problema, tanto do ponto de vista individual como social (ACSS, 2016).

Por sua vez, as doenças respiratórias também apresentam impacto na realização das atividades de vida (OE, 2018), tendo a doença respiratória crónica e a sua evolução, uma grande repercussão no dia-a-dia da pessoa e na perceção da qualidade de vida (Spruit et al.,2013; Welsh, 2015).

Estes problemas causam um elevado impacto na morbilidade e mortalidade na população portuguesa, pelo que a gestão do processo de saúde nas pessoas com doenças respiratórias se torna premente (OE, 2018), uma vez que uma deficiência na função respiratória pode ter uma considerável repercussão a nível físico, psicossocial e financeiro no doente, a família e a sociedade (Larson, Johnson & Angst, 2000).

É sabido que os idosos são a faixa etária mais suscetível a problemas respiratórios, podendo desenvolver mais facilmente situações de insuficiência respiratória, atelectasias, retenção de secreções e infeções respiratórias (ONDR, 2017), podendo a permeabilidade das vias aéreas sofrer diversas alterações, afetando todo o quotidiano das pessoas (Martins, 2013).

Este estudo enquadra-se na temática do autocuidado, concretamente no fenómeno das necessidades de cuidados de enfermagem de reabilitação das pessoas dependentes no autocuidado em contexto domiciliário, a nível do processo respiratório.

É uma temática de interesse pessoal e profissional, e além disso a dependência no autocuidado em contexto domiciliário e as intervenções autónomas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) na função respiratória são áreas de investigação consideradas muito prioritárias pelo colégio de especialidade da enfermagem de reabilitação (OE, 2015a).

O estudo também surgiu pela escassez de investigações sobre as necessidades de cuidados de enfermagem de reabilitação das pessoas dependentes no autocuidado em contexto domiciliário, a nível do processo respiratório. Deste modo pretende-se caraterizar as pessoas dependentes no autocuidado no domicílio e seus cuidadores, identificar as necessidades de cuidados de enfermagem de reabilitação das pessoas dependentes a nível do processo respiratório e identificar as necessidades satisfeitas e não satisfeitas e quem as satisfaz.

Dada a temática, o estudo foi efetuado a nível das ECCI, uma vez que as pessoas assistidas sofreram um evento gerador de dependência no autocuidado e estão sob assistência profissional de enfermeiros no domicílio.

É um estudo observacional (não experimental) de carater descritivo-correlacional, incluído no paradigma quantitativo e transversal.

A amostra foi não probabilística sequencial, sendo que as unidades de análise integraram o estudo à medida que foram admitidas para cuidados em ECCI. É constituída por 130 pessoas dependentes no autocuidado a viver no domicílio e seus cuidadores, admitidas para cuidados domiciliários prestados pelas ECCI do ACES Baixo Mondego entre julho de 2019 e fevereiro 2020.

No processo de recolha de dados utilizou-se o “Formulário de avaliação das necessidades de cuidados de saúde e sociais das pessoas dependentes no autocuidado a viver no domicílio e dos seus cuidadores no contexto das ECCI’s”.

Os procedimentos éticos e legais foram assegurados e teve-se em consideração o consentimento informado e a garantia de anonimização da informação.

O trabalho encontra-se estruturado em três partes. A primeira refere-se ao enquadramento teórico, onde é abordada a temática da ECCI, a teoria do autocuidado, a dependência no autocuidado, o cuidar no domicílio, os cuidadores informais e a intervenção dos enfermeiros em contexto domiciliário. É ainda abordado a temática da pessoa com alterações respiratórias e as intervenções do EEER nesse âmbito.

Na segunda parte encontram-se descritas as opções metodológicas relativas ao desenvolvimento do estudo. É feita referência ao tipo e objetivos do estudo, instrumento

de recolha de dados, variáveis, hipóteses de investigação, população e amostra, procedimento de recolha de dados, tratamento estatístico dos dados e procedimentos éticos considerados ao longo da investigação. Por último, na terceira parte, realiza-se a análise descritiva e inferencial dos dados, a discussão dos resultados e apresentam-se as conclusões mais relevantes.

# PARTE 1 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

## 1 – A EQUIPA DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

Em Portugal a prestação de cuidados continuados tem sido considerada escassa (OCDE, 2019), e até há pouco tempo os cuidados às pessoas dependentes eram assegurados principalmente pela família (Simões, Augusto, Fronteira, & Hernández-Quevedo, 2017). Os cuidados formais eram raros e prestados por instituições particulares de solidariedade social, instituições religiosas como as misericórdias, instituições sem fins lucrativos e de caridade (Lopes, Mateus & Rosati, 2018).

Com base nesta realidade e em consequência das necessidades de cuidados existentes em Portugal, resultantes do aumento da prevalência de pessoas com doenças crónicas e incapacitantes, em 2006, através do Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de junho, foi criada a Rede Nacional de Cuidados Continuados (RNCCI) que atualmente é o principal organismo responsável pela prestação de cuidados formais de longa duração. Tem como destinatários pessoas que apesar da idade, se encontrem numa situação de dependência, ou seja, pessoas que:

> por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não conseguem, por si só, realizar as atividades da vida diária (Decreto-lei nº 101/2006 de 6 de junho, 2006).

Louro (2009) acrescenta que a área de atuação dos cuidados continuados se relaciona com o envelhecimento demográfico, alterações no padrão de doenças e na estrutura social e familiar verificados em Portugal nos últimos anos, que determinaram novas necessidades de saúde e sociais e exigem novas e diversificadas respostas, para um número cada vez maior de pessoas idosas com dependência funcional, e pessoas com doenças incuráveis em estado avançado ou em fase terminal de vida.

Estes cuidados são garantidos por unidades de internamento; unidades de ambulatório; equipas hospitalares e equipas domiciliárias. São prestados por um conjunto de unidades e equipas de cuidados continuados de saúde e/ou apoio social, de cuidados e ações paliativas, com origem nos serviços comunitários de proximidade, incluindo instituições privadas de solidariedade social, instituições públicas pertencentes ao Serviço Nacional de Saúde assim como instituições com fins lucrativos. Este género de cuidados são compreendidos como o conjunto de intervenções de saúde e/ou apoio

social, que resultando de avaliação conjunta, têm como objetivo a recuperação global, a promoção da autonomia e melhorar ou manter o funcionamento da pessoa que se encontra em situação de dependência. Desenvolvem-se como um processo de apoio terapêutico e social, ativo e contínuo durante um período além do tratamento da fase aguda da doença ou da intervenção preventiva, incluindo a reabilitação, readaptação e reintegração na vida familiar e social, a provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida, até mesmo em situações irrecuperáveis (Decreto-lei nº 101/2006 de 6 de junho, 2006).

Deste modo parece que a RNCCI está concebida dentro de parâmetros que parecem capazes de dar resposta às diferentes necessidades e exigências que se colocam ao doente dependente e família (Louro, 2009), e no contexto do envelhecimento detém um relevo particular pois representam a resposta de curto prazo à incapacidade funcional que atinge uma grande proporção dos idosos (OPSS, 2018). Em países como Portugal, a RNCCI foi uma resposta distinta nas vertentes de saúde e apoio social. onde as transformações nos modelos familiares, nas relações de vizinhança, no mercado laboral, e principalmente no papel da mulher, deixaram de permitir apoiar os cuidados às famílias através de mecanismos baseados nas redes informais de solidariedade (Filipe, 2015).

Com a implementação da RNCCI foram também constituídas ECCI (ACSS, 2007), que são:

> Uma equipa multidisciplinar da responsabilidade dos cuidados de saúde primários e das entidades de apoio social para a prestação de serviços domiciliários, decorrentes da avaliação integral, de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social, ou outros, a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento mas que não podem deslocar-se de forma autónoma (Decreto-lei 101/2006, p.3862).

As ECCI são constituídas nas Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) dependendo delas hierárquica e funcionalmente, sendo a partir destas unidades que os ACES se articulam com a RNCCI (Despacho nº 10143/2009, de 20 de Março).

Estas equipas devem existir obrigatoriamente em todos os Centros de Saúde, como forma de aumentar a capacidade de resposta às necessidades dos utentes e essencialmente, apoiar a RNCCI com uma estrutura de apoio domiciliário. A sua organização depende das características geodemográficas onde está inserida, supõe que seja adaptada a cada realidade ou contexto local, em termos de dimensão da

população, assim como, dimensão e diversidade de competências da equipa (ACSS, 2007). Propõem-se a promover a manutenção das pessoas idosas no seu meio habitual de vida e melhorar a qualidade do acesso a cuidados de qualidade, flexíveis, transitórios ou de longa duração, garantindo a continuidade dos cuidados (DGS, 2006).

É suposto que as ECCI funcionem de acordo com um modelo centrado na pessoa, tendo como finalidade prestar cuidados individualizados que garantam: a reabilitação, a manutenção, o conforto e o apoio psicossocial adequado a cada da pessoa; o apoio no desempenho das atividades básicas e instrumentais de vida diária; a promoção de um ambiente seguro, confortável, humanizado e promotor de autonomia; a promoção do envolvimento dos familiares ou cuidadores informais, garantindo o ensino e o treino adequados a capacitá-los para o desempenho desse papel (Portaria nº 50/2017). De acordo com a ACSS (2017), prestam cuidados todos os dias do ano, no horário de funcionamento das 8 às 20 horas em dias úteis e, consoante as necessidades, aos fins-de-semana e feriados, pelo menos das 9 às 17 horas. Conforme as orientações para a constituição destas unidades, o acesso também deve ser garantido através de contacto telefónico, quer como forma de acompanhamento, quer para supervisão e aconselhamento da pessoa dependente no autocuidado e familiar cuidador num horário alargado.

As pessoas com critérios de referenciação específicos para cuidados em ECCI, são aquelas que estão em:

> Situação de dependência funcional transitória ou prolongada, que não se podem deslocar de forma autónoma, cujo critério de referenciação assenta na fragilidade, limitação funcional grave condicionada por fatores ambientais, com doença severa, em fase avançada ou terminal, ao longo do ciclo de vida, que reúnam condições no domicílio que permitam a prestação dos cuidados continuados integrados que requeiram:
>
> a) Frequência de prestação de cuidados de saúde superior a 1 vez por dia, ou prestação de cuidados de saúde superior a 1 hora e 30 minutos por dia, no mínimo de 3 dias por semana;
>
> b) Cuidados fora do horário normal de funcionamento da equipa de saúde familiar, incluindo ao fim de semana e feriado;
>
> c) Complexidade de cuidados que exija um grau de diferenciação ao nível da reabilitação;

d) Necessidades de suporte e capacitação ao cuidador informal (Portaria 50/2017, de 2 de fevereiro, p.610).

O ACES do Baixo Mondego, da ARS do Centro engloba 13 UCC às quais estão alocadas as 13 ECCI, atualmente em funcionamento: Bairradina (Mealhada); ECCI Cantanhede; ECCI Celas; ECCI Coimbra Saúde (CS Eiras; CS Fernão Magalhães; CS Santa Clara); Condeixa (Condeixa-a-Nova); ECCI Farol do Mondego (Figueira da Foz); ECCI Montemor (Montemor -o-Velho); ECCI Mortágua; ECCI Norton de Matos; ECCI Novos Rumos para a Saúde (Mira); ECCI Penacova; ECCI São Martinho; ECCI Soure.

É cada vez mais consensual que os cuidados continuados devem priorizar e privilegiar os cuidados domiciliários e de base comunitária (ACSS, 2016), mantendo as pessoas dependentes no autocuidado, ou em risco de transição para a dependência, nas suas casas, sempre que mediante apoio domiciliário, se possam garantir os cuidados de saúde e o apoio social essenciais à manutenção do bem-estar e da melhor qualidade de vida possível (United Nation Department of Economic and Social Affairs, 2019; World Health Organization, 2017).

As ECCI são sem dúvida a resposta que corresponde ao desejo de assistência no domicílio da maior parte das pessoas (ACSS, 2007), visto que com este apoio pode-se prevenir a institucionalização desnecessária, em situações agudas ou crónicas, mantendo as pessoas nas suas casas e na comunidade o maior tempo possível (Rocha, 2015) Além disso há estudos que mostram outra vantagem nas pessoas que são assistidas nas ECCI constatando-se uma evolução positiva em relação aos compromissos nos processos corporais diagnosticados (Petronilho et al., 2017).

Com as políticas de cuidados em contexto domiciliário pretende-se não apenas uma maior qualidade de vida das pessoas com necessidades de cuidados continuados, mas também contribuir para a eficiência dos gastos na saúde, encontrando soluções menos dispendiosas que as praticadas atualmente, com soluções mais eficientes diminuindo o tempo de internamento através de altas cada vez mais precoces das instituições hospitalares, contrariando assim o aumento natural das despesas em saúde decorrentes do envelhecimento populacional (Filipe, 2015).

Perante isto é colocada responsabilização dos cuidados continuados a nível das ECCI e assim nas pessoas e famílias, para em articulação com a equipa de saúde gerirem o seu processo de saúde-doença, através das atividades de vida diária e na procura de comportamentos de saúde que promovam o autocuidado (Filipe, 2015) uma vez que as ECCI surgiram para fornecer cuidados de saúde de âmbito domiciliário, abrangentes e

continuados a pessoas afetadas por um evento causador de dependência no autocuidado (Pereira, Sá & Jorge, 2006).

## 2 – TEORIA DO AUTOCUIDADO

O autocuidado é central para a enfermagem sendo orientador da intervenção clínica dos enfermeiros, procurando a manutenção da saúde, do bem-estar e do desenvolvimento do potencial para a saúde das pessoas, assim como traduz um resultado dos cuidados de enfermagem (Orem, 2001).

Alem disso a autora acrescenta que o autocuidado é:

> uma função humana reguladora. Difere de outras funções reguladoras como, por exemplo, a regulação neuro-endócrina. O autocuidado é uma ação deliberadamente realizada pelas pessoas para regularem o seu próprio funcionamento e desenvolvimento ou dos seus dependentes. São ações realizadas para garantir o fornecimento de requisitos necessários para continuar a vida (ar, água, alimentos) para o crescimento e desenvolvimento, e para a manutenção da integridade humana. Também são ações realizadas ou direcionadas para manter as condições internas ou externas necessárias para manter e promover a saúde, bem como, o desenvolvimento e crescimento. Também são ações com o foco na prevenção, alívio, cura ou controlo de condições humanas indesejáveis que afetam ou podem vir afetar a vida, a saúde ou o bem-estar. Isto inclui, quando indicado, procurar e participar na assistência clínica nas várias modalidades, como a enfermagem e outras formas de cuidados de saúde (Orem, 2001, p.45).

Por seu lado, o International Council of Nurses (ICN) (2019) define o autocuidado como uma “Atividade executada pelo próprio: tratar do que é necessário para se manter; manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades da vida diária”.

Este conceito também assume centralidade disciplinar pela sua capacidade de clarificar um propósito para a enfermagem (promover ou restituir a capacidade de autocuidado das pessoas) e pela capacidade explicativa de uma ação (aquisição de competências para a autonomia e autodeterminação) (Queirós, 2014).

O autocuidado é o cuidado pessoal exigido diariamente para regular o próprio funcionamento e desenvolvimento, sendo uma atividade que o indivíduo faz em benefício próprio para manter a vida, a saúde e o bem-estar (Tomey & Alligood, 2007). Quando o próprio não é capaz de o realizar e tem necessidade da ajuda de outros para

concretizar as atividades do autocuidado, considera-se que está com dependência. O autocuidado e o cuidado de familiares a cargo são aprendidos pela experiência, educação, cultura e conhecimento científico ao longo do crescimento e desenvolvimento, e são executados deliberadamente e continuamente conforme as necessidades das pessoas. Quando efetivamente realizado contribui para a integridade estrutural, o funcionamento, o desenvolvimento e a saúde, compreendida esta como a capacidade que a pessoa tem para funcionar de maneira independente mantendo as suas necessidades satisfeitas (Orem, 2001).

O autocuidado compreende as atividades que satisfazem as necessidades diárias, reconhecidas como atividades de vida diária e que são aprendidas ao longo da vida e pode ser diferente em cada pessoa. No entanto é fundamental que cada um o realize adequadamente e se responsabilize por ele, de acordo com as suas capacidades cognitivas, comunicacionais e de mobilidade (Rocha, 2015).

A produção do autocuidado é um processo que se refere ao conjunto e à sequência das ações deliberadas e auto iniciadas pelo indivíduo (agente de autocuidado) com a intenção de conhecer e satisfazer os requisitos de autocuidado, planear, organizar e realizar tudo o que é necessário para a garantia do seu próprio cuidado (Orem, 2001; Kollak, 2006).

Petronilho (2012) afirma que entre os conceitos, que tomam por foco a centralidade dos cuidados de enfermagem sobretudo em contexto domiciliário, a teoria do défice no autocuidado desenvolvida por Dorothea Orem é sem dúvida aquela que melhor reflete a intervenção dos enfermeiros. Esta teoria é uma síntese do conhecimento sobre o autocuidado, das atividades de autocuidado, das necessidades de autocuidado terapêutico, do défice de autocuidado e da ação de enfermagem (Orem, 2001*).*

Orem considera a Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem uma teoria geral composta por três teorias interligadas, que são:

1) Teoria do Autocuidado, que descreve o porquê e a forma como as pessoas cuidam de si próprias;
2) Teoria do Défice de Autocuidado, que relata e elucida a razão pela qual as pessoas podem ser ajudadas pela enfermagem;
3) Teoria dos Sistemas de Enfermagem, que descreve e esclarece as relações que têm de ser produzidas e preservadas para que se dê origem a enfermagem (Tomey & Alligood, 2002).

A Teoria do Autocuidado é apoiada no pressuposto que a pessoa tem capacidade para cuidar de si própria e que desempenha atividades e comportamentos para se manter saudável e para o desenvolvimento pessoal e de bem-estar (Rocha, 2015). Esta teoria abrange o autocuidado, a atividade de autocuidado e a exigência terapêutica de autocuidado (Tomey & Alligood, 2002).

O autocuidado é um sistema de ação e a elaboração dos conceitos de autocuidado, a necessidade de autocuidado e a atividade de autocuidado constituem a base para compreender as condições e as limitações da ação das pessoas que podem beneficiar da enfermagem, sendo fundamental existir um ponto de equilíbrio entre o excesso e a carência de cuidado para que o individuo tenha capacidade de se autocuidar. Acerca deste conceito o autor adianta ainda que é uma função pode ser desempenhada intencionalmente pelas pessoas, ou por alguém que o faça por elas para preservar a vida, a saúde, o desenvolvimento e o bem-estar e quando efetuada de forma consciente, controlada, intencional e efetiva, atingindo a verdadeira autonomia, é designada como atividade de autocuidado (Tomey & Alligood, 2002).

A ação do autocuidado desenvolve-se no dia-a-dia através do processo espontâneo da aprendizagem e o seu desenvolvimento é facilitado pela curiosidade intelectual, pela instrução e supervisão de outros e também por experiências na realização de medidas de autocuidado (Orem, 2001).

Petronilho (2012) também refere que a atividade do autocuidado abrange os domínios cognitivo (habilidades cognitivas para ação do autocuidado); físico (capacidade física); emocional ou psicossocial (valores, motivação, perceção de competências) e do comportamento (habilidades para efetuar os comportamentos de autocuidado).

A capacidade para a pessoa se autocuidar pode estar limitada por fatores condicionantes básicos como a idade, sexo, estádio de desenvolvimento, condição de saúde, aspetos relacionados com o sistema de cuidados de saúde, estado sociocultural, padrão de vida, aspetos relativos à família, fatores ambientais, disponibilidade e adequação de recursos (Orem, 2001).

A exigência terapêutica de autocuidado consiste na totalidade de ações de autocuidado a serem concretizadas durante algum tempo, para satisfação de requisitos de autocuidado, através do uso de métodos válidos e conjuntos relacionados de operações. São considerados requisitos de autocuidado as ações relacionadas com a provisão do autocuidado (Foster & Bennett, 2000) e Orem (como referido por Taylor, 2004) enumera três categorias de requisitos de autocuidado, dos quais: universais (comuns a todos os seres humanos, durante o ciclo vital), desenvolvimentais (promovem processos de vida

e maturação prevenindo condições nefastas) e de desvio de saúde (exigido em situação de doença ou lesão e que também pode ser consequência de atos médicos de diagnóstico e de tratamento).

Relativamente à teoria do défice do autocuidado Foster e Bennett (2000) afirmam que é a essência da teoria geral de enfermagem. Esta teoria especifica quando há necessidade de intervenção de enfermagem no cumprimento do autocuidado devido às exigências de autocuidado serem superiores à capacidade da pessoa para desenvolver esse mesmo autocuidado (Tomey & Alligood, 2002). Orem ao desenvolver a teoria do défice no autocuidado, vem afirmar que as pessoas têm a capacidade de tomar conta de si e que quando tal não acontece surge a intervenção do enfermeiro. Neste sentido Coito (2018) também refere que a enfermagem passa a ser um requisito primordial quando uma pessoa está limitada ou incapacitada para providenciar o autocuidado.

A teoria dos sistemas de enfermagem é a teoria unificadora que envolve todos os elementos essenciais e sugere que a enfermagem é ação humana, visto que estes são sistemas de ação concebidos e produzidos por enfermeiros através do exercício da sua prática com pessoas com limitações de autocuidado (Tomey & Alligood, 2002).

Orem (2001), identificou três classificações de sistemas de enfermagem com o objetivo de darem resposta aos requisitos de autocuidado dos indivíduos e que definem o âmbito da responsabilidade dos enfermeiros no seu exercício profissional:

1) Sistema Totalmente Compensatório: representa as situações em que o indivíduo é incapaz de se envolver nas ações de autocuidado, tornando-se socialmente dependente de outros para a sua sobrevivência e bem-estar;
2) Sistema Parcialmente Compensatório: ocorre nas situações em que o enfermeiro, indivíduo ou outros, concretizam intervenções que envolvem a deambulação ou intervenções físicas. O cuidado prestado pelos enfermeiros é aceite pelo indivíduo, no entanto, a função dos profissionais é compensar as limitações, e a sua ação profissional passa por efetuar algumas intervenções de autocuidado;
3) Sistema de Apoio: Educação; a pessoa tem capacidade para o autocuidado, necessitando apenas de apoio, orientação e instrução dos enfermeiros para o exercício e desenvolvimento das atividades de autocuidado. Acontece nas situações em que o indivíduo é capaz de realizar ou pode e deve aprender as tarefas exigidas com terapêuticas de autocuidado direcionadas, mas não pode fazê-lo sem assistência. Estratégias consistentes para ajudar nestas situações,

incluem combinações de apoio, orientação, ambiente facilitador de desenvolvimento e aprendizagem.

## 2.1 – DEPENDÊNCIA NO AUTOCUIDADO

A dependência no autocuidado, quer seja decorrente do envelhecimento ou de uma doença, leva a que a pessoa experiencie uma transição, pois deixa de ser independente para a concretização das atividades básicas do autocuidado pessoal e passa a depender de outros para a sua satisfação (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2010). Uma vez que os processos de transição envolvem mudança, podem necessitar da intervenção dos agentes de autocuidado terapêutico no sentido de facilitar e ajudar a ultrapassar défices temporários ou permanentes, reconduzindo ao autocuidado natural. Estes agentes de autocuidado referem-se ao papel dos enfermeiros como facilitadores dos processos de transição com vista a atingir o bem-estar (Meleis, 2010).

Ao longo do ciclo vital, alternamos nas necessidades de autocuidado, nas capacidades autónomas para a sua satisfação e nas necessidades de ajuda dos agentes de autocuidado e quando por várias razões, nos processos de transição se altera a nossa condição ou a do meio, e da autonomia caminhamos no sentido da dependência (Queirós, 2010). Neste sentido as alterações nos processos corporais e psicológicos, resultantes de doenças crónicas e do desenvolvimento do ciclo vital (envelhecimento), levam ao aumento gradual de incapacidades que tendencialmente evoluem no sentido da dependência para o autocuidado (ACSS, 2016).

O envelhecimento acrescenta alterações à pessoa tornando-a mais vulnerável (Sá & Oliveira, 2017). As principais modificações anatómicas e funcionais relacionadas com o envelhecimento, passam por alterações nos vários sistemas orgânicos, nomeadamente, no sistema cardiovascular, renal, gastrointestinal, neuro sensorial, hematológico, hepático, imunológico, endócrino, termorregulador, músculo-esquelético e respiratório (Sequeira, 2010).

Também não há dúvida que existe relação entre envelhecimento e dependência (Loureiro, 2016) visto que com o avançar da idade aumentam as complicações associadas à degradação a nível físico, psicológico e social (Coito, 2018), surgindo cada vez mais pessoas com problemas de saúde e dependências e com necessidades de cuidados de saúde aumentadas (OE, 2015b).

Silva (2017) refere que além do envelhecimento há cada vez mais pessoas a viver durante mais tempo com doenças crónicas e estados funcionais alterados, que leva a

situações de incapacidade e dependência e já em 2010, Cunha, alertava que em Portugal mais de 100 mil idosos eram incapazes de concretizar as suas atividades de vida diária sozinhos.

Deste modo as doenças crónicas e agudas incapacitantes, acidentes, fragilidade, entre outros eventos potencialmente geradores de dependência, muitas vezes concomitantes, podem provocar compromissos nos processos corporais e psicológicos e causar elevados níveis de incapacidade funcional, perda de autonomia no autocuidado e, consequentemente, dependência (Maresova et al., 2019; World Health Organization, 2017).

Perante isto, os objetivos dos cuidados de saúde deixam de ser somente prolongar a vida, mas particularmente manter a capacidade funcional do indivíduo, de modo a promover a autonomia e independência, durante o maior tempo possível (OE, 2015b). Apesar de autonomia e independência diminuírem progressivamente com o envelhecimento se os idosos se mantiverem autónomos e independentes, terão menos dificuldades e serão menos dependentes da família e da sociedade (Cabrita, 2004).

A dependência é considerada:

> a situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as atividades da vida diária (Decreto-Lei nº 101/2006).

De acordo com a Classificação Internacional para a prática de Enfermagem (CIPE) dependência *"…* é um fenómeno de enfermagem com as características específicas: verificação de que alguém está dependente de alguém ou alguma coisa para ajuda ou suporte" (ICN, 2005, p.92)

Por sua vez, Salgueiro (2008) descreve dependência como uma função que varia ao longo da vida que é avaliada tendo por base a capacidade de concretização das atividades básicas e instrumentais de vida diária. Se a pessoa é independente significa que para realizar essa tarefa, recorre aos seus próprios meios, atingindo um nível razoável de satisfação das suas necessidades. Pelo contrário, se a pessoa é dependente, não consegue bastar-se a si própria para a concretização das suas tarefas, não alcançando um nível aceitável de satisfação das suas necessidades sem ajuda de terceiros.

A dependência no autocuidado é considerada quer no contexto da disciplina de Enfermagem, quer no da profissão, foco central de atenção e ação dos enfermeiros (Denyes, Orem & Bekel, 2001; Söderhamn, 2000) e pode ser considerada a situação em que se pessoas se encontram quando não tem capacidade para responder às suas necessidades em autocuidado (Gonçalves, 2013). Este autor acrescenta que é um fenómeno com que os profissionais de saúde, principalmente os enfermeiros, estão especialmente envolvidos no âmbito do seu mandato social, no sentido de satisfazer as necessidades das pessoas e de encontrar formas mais efetivas e significativas para as pessoas organizarem os cuidados.

Os quadros teóricos da enfermagem na sua maioria, baseiam-se no objetivo de alcançar capacidade funcional e preservar a independência dos indivíduos, quer em situação de saúde quer na transição para novas situações. Deste modo, torna-se fundamental que ocorram intervenções de enfermagem, com a intenção de prevenir o declínio funcional e manter esta independência o mais tempo possível, mesmo quando ocorram processos que possam interferir com esta situação (Coito, 2018).

Neste contexto espera-se que os enfermeiros ajudem a pessoa a viver uma transição saudável, capacitando-a para dar resposta às novas exigências do autocuidado (Meleis et al., 2010). Concorre para tal, que os enfermeiros façam a avaliação do potencial de desenvolvimento da pessoa que apresenta défice no autocuidado, através de instrumentos apropriados, servindo esta como orientação da intervenção terapêutica na obtenção de melhores resultados em saúde na transição da pessoa associada à dependência no autocuidado (McEwen & Wills, 2009).

Por seu lado os EEER, como elementos da equipa e enfermagem providos com um grupo de conhecimentos específicos relativos à prevenção e manutenção do autocuidado, tornam-se cruciais para minimização do declínio (Coito, 2018). Podem e devem assumir um papel crucial na melhoria do autocuidado, para que o indivíduo seja autónomo e independente no sentido de potenciar a sua capacidade e maximizar a autonomia (Silva, 2017).

## 2.2- CUIDAR NO DOMICÍLIO

O aumento da esperança de vida e o acesso a cuidados de saúde oportunos constituem uma aquisição do desenvolvimento socioeconómico da sociedade ocidental, que no

entanto, conduziu à prevalência de doenças crónico degenerativas geradoras de situações de dependência, a médio e a longo prazo (Silva, 2019).

Perante este cenário é notória a existência de um grande número de pessoas dependentes no autocuidado, que necessitam da ajuda de terceiros para a satisfação dos seus requisitos/necessidades em autocuidado e que estão integradas no seio familiar (Fernandes, 2014). Isto acontece porque, apesar da evolução e transformações que contribuíram para o aparecimento de novas conceções de família, com novas dinâmicas, valores e organizações e diversos tipos com diferentes identidades (Ruder, 2008) é no contexto familiar que se responde às necessidades das pessoas dependentes no autocuidado (Pereira, 2011).

Esta situação é possível devido às grandes evoluções dos cuidados de saúde, das tecnologias, dos medicamentos e mesmo dos procedimentos que nos últimos anos permitiram uma maior rapidez e eficácia no regresso dos doentes às suas casas (Louro, 2009), onde executando algumas alterações estruturais se torna possível manter as pessoas no seu espaço, assim como também o seu acompanhamento constante (Duarte, 2010).

As soluções de cuidados baseadas na permanência das pessoas no domicílio são consideradas um benefício para elas próprias, para as famílias e sociedade, sendo consensual que os cuidados domiciliários diminuem as despesas com os cuidados de saúde, e são mais eficazes e eficientes quando comparados com os cuidados institucionalizados (Silva, 2019).

Segundo a OCDE (2019), os cuidados domiciliários podem-se definir como "cuidados profissionais prestados no domicílio a pessoas adultas com dependência funcional formalmente avaliada" (p. 230). São cuidados integrais de saúde proporcionados no domicílio a pessoas dependentes e por afinidade às suas famílias, com a finalidade de promover a saúde e amenizar os efeitos da doença e da incapacidade (Friedman, 2006; Rice, 2006). Procuram também satisfazer as necessidades sociais e de saúde das pessoas em suas casas, através do fornecimento de cuidados de saúde de qualidade, por cuidadores formais e informais, utilizando tecnologia adequada e mantendo a continuidade dos cuidados (WHO, 2008).

Alem dos cuidados domiciliários poderem ser uma forma sustentada para evitar a necessidade de institucionalização desnecessária, em cuidados de saúde agudos ou em cuidados institucionais de longa duração, garantem a manutenção das pessoas nas suas casas e na comunidade o maior tempo possível (Duarte, 2010; Young, Kalamaras, Kelly, Hornick & Yucel, 2015).

O domicílio e o ambiente familiar são, nos países ocidentais e principalmente nos do sul da Europa, o espaço preferencial para a permanência da pessoa uma vez que as relações de proximidade, vizinhança e os objetos pessoais e familiares proporcionam tranquilidade, conforto e satisfação, simplificando o desenvolvimento do processo de transição da pessoa e da família (Filipe, 2015).

Na verdade, para muitas pessoas os únicos cuidados disponíveis são prestados por familiares e vizinhos ou estruturas residenciais para idosos (Baptista & Perista, 2018),e a WHO (2008) refere que a evidência mostra que as pessoas dependentes e os idosos não pretendem os cuidados institucionais e as famílias e os cuidadores informais preferem continuar a cuidar do membro da família dependente no ambiente familiar.

Face a um constante aumento na procura de cuidados de saúde, o sistema, para garantir uma capacidade de resposta adequada, tem de promover a racionalização no uso dos seus recursos transferindo para o indivíduo e sua família as responsabilidades decorrentes da situação de saúde/doença (Louro, 2009). Esta situação relaciona-se com uma tendência cada vez maior para reduzir o tempo de permanência das pessoas nas unidades de saúde e a transferência de muitos cuidados, que antes eram considerados como hospitalares, para os serviços de apoio à comunidade e consequentemente para casa das famílias (Santos, Pedro, Nuno & Azevedo, 2009). Assim, concomitantemente com o ímpeto economicista para a precocidade das altas hospitalares, esta alteração epidemiológica e demográfica determina o incremento da relevância dos cuidados de saúde prestados no domicílio (Silva, 2019).

Deste modo, o domicílio é um lugar de interação entre os profissionais de saúde e a pessoa/família que implica formas de agir e de interagir que serão decisivas para as estratégias adotadas por cada um dos intervenientes no processo de cuidados (Filipe, 2015). É um lugar estratégico para a prevenção e promoção da saúde, e para as pessoas dependentes com necessidades de cuidados de saúde, é o seu espaço e o meio onde se movem com maior autonomia e segurança, independentemente das dificuldades (Garrote, 2005).

A necessidade de dar prioridade aos cuidados no domicílio e na comunidade, prestados dentro e em torno do próprio lar da pessoa idosa (Luke, 2015; Spasova et al., 2018), tem originado que a substituição progressiva dos cuidados continuados institucionais, em estruturas residenciais de diversa natureza, através da oferta de serviços de cuidados domiciliários, esteja no topo da agenda de reformas nesta área em muitos países (Spasova et al., 2018; WHO, 2017). No entanto, transferir os cuidados para o domicílio exige ter a certeza de que existe um sistema de cuidados domiciliários apto

para responder às necessidades das pessoas, adequado em qualidade e quantidade, visto que, de outra forma, se pode estar a contribuir para o aumento da iniquidade (Duke & Street, 2003).

### 2.2.1 – Cuidadores informais

Como já referido, perante o cenário de envelhecimento e dependência no autocuidado, verifica-se a existência de um número considerável de famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado (Rocha, 2015).

A família pode ser entendida como "Grupo: unidade social ou todo coletivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade; afinidade; relações emocionais ou legais; sendo a unidade ou o todo considerados como um sistema que é maior do que a soma das partes" (ICN, 2019). local

O seio familiar é fundamental para a prestação de cuidados e é de onde surgem com mais frequência os cuidadores informais (Paúl, 2005). Alem de ser uma das redes de suporte social mais relevante, a família é muitas vezes o principal apoio assistencial e o principal cuidador, integrando um quadro de referência para que seja possível manter o as pessoas no seu contexto habitual (Pimenta, 2016). O núcleo familiar é o principal contexto para a promoção e manutenção da autonomia e saúde dos seus elementos e a principal entidade prestadora de cuidados, quando as capacidades funcionais e a autonomia dos seus elementos estão comprometidas (Loureiro, 2016), devendo esses cuidados integrar as várias dimensões que deem resposta às diversas necessidades da pessoa dependente (Petronilho, 2007).

Como resposta ao envelhecimento da população e aumento da prevalência de doenças crónicas, as políticas de saúde focam-se na responsabilização, envolvimento e capacidade dos cidadãos e famílias para se cuidarem a si próprios relativamente às atividades de vida diária (AVD) e na busca de comportamentos de saúde que englobem esquemas terapêuticos definidos com auxílio dos profissionais de saúde, de forma a serem capazes de orientar com maior eficácia os processos de saúde-doença (Petronilho,2012). Cuidar de um familiar dependente no seu meio é com toda a certeza, uma situação a ser continuamente estimulada, por razões de racionalização de recursos, mas essencialmente por razões de qualidade e bem-estar da pessoa dependente (Louro, 2009).

No entanto, quando surge uma doença num elemento da família, esta é atingida por um conjunto de outras consequências tais como: o sofrimento, a reorganização de tarefas

ou saber qual o elemento que assume o papel de cuidador que de acordo com o ICN (2019) é um “Indivíduo: aquele que assiste na identificação, prevenção ou tratamento da doença ou incapacidade; aquele que atende às necessidades de um dependente”.

Abreu (2008) refere que o cuidador informal é quem assume a função de cuidar da pessoa dependente numa relação de proximidade efetiva, geralmente de forma não remunerada, podendo ser um parente ou uma pessoa significativa. Grande parte das vezes assume um papel que lhe foi imposto pelas circunstâncias e não por decisão própria, mesmo reconhecendo que esta missão naturalmente seja sua (Braithwaite, 2000) desempenhando um papel essencial na manutenção da saúde do seu familiar que sofre de doença crónica ou deficiência (Schulz & Eden 2016).

Os cuidadores mencionam sentimentos de obrigação e dever de prestar cuidados à pessoas dependente, sendo essa obrigação entendida entre dois polos, o negativo e o positivo. No polo negativo, a aceitação social: não é aceitável recusar o cuidado à pessoa obrigando a um esforço físico e mental dos cuidadores compreendido por estes como um castigo a cumprir. No polo positivo, a retribuição do cuidador pelo carinho e cuidado recebido do pessoa dependente nas atividades de vida diária (Mónico et al., 2017).

O crescente número de situações de diminuição da capacidade funcional resultantes do envelhecimento da população origina reflexão sobre os cuidadores familiares como elementos mediadores, que devem ser entendidos como um recurso institucional e dessa forma importante para a garantia da continuidade dos cuidados (Viegas, 2020).

No seio de cada família existe sempre um membro que assume a responsabilidade de cuidar da pessoa dependente (Braithwaite,2000) e mesmo com adversidades e constrangimentos normalmente consideram-se movidos pela certeza de que são as pessoas mais indicadas para cuidar do doente, associado a um sentimento de altruísmo. A decisão de institucionalizar o familiar dependente é considerada o último recurso na medida em que pressupõe assumir a sua incapacidade (Garrett, 2005), ligado aos conceitos de abandono, irresponsabilidade, perda e deslealdade (Pimentel, 2001).

Grande parte das situações de dependência no autocuidado, para além de obrigarem a disponibilidade total do cuidador familiar para os cuidados 24 horas por dia, exigem também que tenha motivação, capacidades, conhecimentos e habilidades que o exercício do papel de cuidador exige, para dar resposta com mestria às necessidades de cuidados da pessoa dependente, que se configuram cada vez mais complexas. (Dixe, et al., 2019).

Uma vez que o papel fundamental dos cuidadores informais (família, amigos, vizinhos) é fundamental na provisão dos cuidados é essencial ponderar sobre o apoio que eles poderão necessitar (Silva, 2019). A avaliação das necessidades dos cuidadores familiares é fundamental para que a equipa de cuidados continuados esteja capaz para desenvolver medidas que contribuam para o sucesso dos cuidados no domicílio. É importante neste processo, avaliar a vontade e a capacidade do cuidador para prestar cuidados, isto porque, alguns cuidadores podem não ter vontade, mas são obrigados a isso; enquanto outros, podem ter vontade, mas necessitam das competências e capacidades necessárias (Rice, 2004).

Por esse motivo é imperioso conhecer as realidades dos cuidadores informais, pessoas cuidadas e famílias para promover o bem-estar e prevenir situações de exaustão e esgotamento. Isto pode ser conseguido através de intervenções que incluam respostas efetivas podendo gerar ganhos em saúde e contribuindo assim para o desenvolvimento de competências e mecanismos de coping dos cuidadores, para diminuição da sobrecarga e melhoria da qualidade de vida. No fundo, os cuidados informais são uma problemática complexa uma vez que o aumento da esperança de vida trouxe novos desafios para a saúde e para os profissionais de saúde particularmente os enfermeiros (Loureiro, 2016).

### 2.2.2 – O Enfermeiro e os cuidados domiciliários

O enfermeiro enquanto profissional de saúde em contexto domiciliário encontrará no ambiente familiar um conjunto de necessidades centralizadas não apenas na pessoa dependente no autocuidado, mas também na família como parceiro no processo terapêutico (Filipe, 2015). Assim o enfermeiro neste contexto deve ser o principal elo de ligação entre os envolvidos no cuidar, tendo pela frente um desafio e ao mesmo tempo um requisito da sociedade, focado na prestação de cuidados qualificados a pessoas dependentes, idosos e famílias cuidadoras, devendo adotar um papel de facilitador da autodeterminação para o autocuidado (Louro, 2009).

Assistir a pessoa doente no domicílio engloba três grandes áreas de atuação:

- O doente – tentando manter ou restabelecer o mais possível a sua autonomia e independência, promovendo o seu bem-estar;
- O meio envolvente – que pode ou não atenuar a doença, auxiliando o equilíbrio ou desequilíbrio da pessoa doente;

- O cuidador ou a família – identificando as suas necessidades e capacidades (Figueiredo, 2007).

Deste modo, a nível domiciliário, os enfermeiros podem constituir um recurso significativo no auxílio aos doentes dependentes na manutenção da sua capacidade de desempenho nas atividades diárias e na melhoria da sua autonomia. Este apoio pode ser fornecido, quer através do desenvolvimento de competências das pessoas dependentes, quer através do desenvolvimento da mestria nos familiares para o desempenho do papel de prestadores de cuidados (Petronilho, 2013).

Os enfermeiros são os principais cuidadores das pessoas e famílias que estão a passar por um processo de transição, sendo que a transição da independência para a dependência no autocuidado causa mudanças significativas na vida da pessoa e da família, desafiando-as a desenvolver e/ou reconfigurar as suas competências de autocuidado e o seu projeto de vida (Meleis, Sawyer, Im, Messias, & Schumacher, 2000).

Meleis (2012) refere que a dimensão dos cuidados de saúde relacionada com o ajudar a pessoa a lidar com os seus problemas de saúde, processos e transições de vida, é o espaço de intervenção autónoma do exercício profissional dos enfermeiros e que estes tomam como foco do seu exercício profissional: o diagnóstico das respostas humanas à doença e aos processos de vida, a partir dos quais viabilizam um processo de cuidados profissionais em colaboração com a pessoa.

No entanto, para que as pessoas/famílias efetuem uma transição bem-sucedida, os enfermeiros preparam-nos para transições eminentes, atendem às necessidades e modificações que as transições trazem às suas vidas e facilitam o processo de aprendizagem e aquisição de novas competências, referentes às experiências de saúde e de doença (Meleis et al., 2000). Contudo, parte significativa dos cuidados que as pessoas dependentes requerem e que são assegurados pelos familiares cuidadores, revestem-se de grande complexidade e intensidade apontando desta forma, para a grande relevância dos cuidados de enfermagem, facilitadores das transições saudáveis desta população-alvo (Petronilho 2013).

A transição da pessoa associada à dependência no autocuidado e o exercício do papel de prestador de cuidados, estão de acordo com a essência da enfermagem, e o desafio colocado aos enfermeiros coloca-se no desenvolvimento de competências profissionais no âmbito do processo de cuidados associados a estes fenómenos que, objetivamente, traduzam melhoria considerável na saúde e no bem-estar das famílias, e sobretudo nas mais vulneráveis e com recursos mais escassos (Petronilho, 2013).

Uma vez que é no contexto familiar que se fomentam as mudanças de comportamentos e a evolução da saúde, faz sentido ser o cenário privilegiado da intervenção dos enfermeiros pela crescente tendência para reorientar os cuidados de saúde do hospital para a comunidade (Louro, 2009). Perante isto, com visitas domiciliárias frequentes é possível manter a pessoa num ambiente conhecido, com a sua família, beneficiando do bem-estar psicológico e da oportunidade de continuar a participar em atividades da comunidade (Hjelle, Tuntland, Førland, & Alvsvag, 2016).

Neste sentido Rocha (2015) também refere que o apoio a prestar às famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado exige, dos serviços de saúde, o conhecimento sobre o fenómeno da dependência no autocuidado em contexto familiar. Deste modo, o planeamento da preparação das famílias para tomar conta de familiares com dependência no autocuidado, deverá ser assumido pelos enfermeiros como uma prática profissionalizada de forma a favorecer uma transição situacional saudável, e também melhorar a condição de saúde e promover a autonomia das pessoas dependentes no autocuidado.

A intervenção dos enfermeiros junto das famílias deve incidir em três pontos essenciais e interdependentes:

- Educação / informação: envolvendo educação para a saúde;
- Suporte psicológico: através do aconselhamento, psicoterapia e gestão do stress;
- Redes sociais de apoio: formais ou informais (Figueiredo, 2007).

Os enfermeiros consideram a família como centro dos cuidados facilitando os processos de transição, de modo que se possa atingir o maior bem-estar possível focando-se:

- no reconhecimento das necessidades da pessoa dependente no autocuidado;
- no desenvolvimento da capacidade do(s) cuidador(s) familiar(es) para o exercício do papel;
- nas necessidades do cuidador decorrentes desse exercício (Meleis,2010).

Por sua vez, os EEER têm responsabilidade acrescida no conhecimento aprofundado das capacidades, motivação e estilo de vida da pessoa, da família e comunidade de forma a poder coordenar e mobilizar os recursos necessários para implementar programas de educação ou reabilitação individual, familiar, ou comunitária, que poderão ser apenas a promoção do potencial dos indivíduos, com a intenção de melhorar os seus estilos de vida (Ferreira, 2011). Estes profissionais têm como principais propósitos ajudar a pessoa a atingir o máximo da sua autonomia, para além de promover e

estimular o autocuidado através de ensinos para a readaptação à vida social e familiar e melhoria da qualidade de vida (Leite & Faro, 2005).

Alem disso, o EEER maximiza o bem-estar dos doentes e complementa as atividades de vida em que estes são dependentes, analisando com eles e pessoas significativas as alterações da funcionalidade, definindo estratégias a implementar, os resultados expectáveis e as metas a atingir por forma a promover a autonomia e a qualidade de vida. Promove também ensino, instrução e treino do doente e pessoas significativas, sobre técnicas que promovam o autocuidado e continuidade de cuidados nos diferentes contextos (OE, 2011), o que inclui o domicílio da pessoa dependente que é o local de desenvolvimento deste estudo.

Ao ter como foco a pessoa com necessidades especiais ao longo do ciclo vital, os EEER no âmbito das suas funções utilizam técnicas específicas de reabilitação, prescrevem produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação) e intervêm na educação dos doentes e pessoas significativas em todas as fases da vida e em todos os contextos de cuidados, inclusivamente na preparação do regresso ao domicílio, na continuidade de cuidados e na reintegração do doente na comunidade, promovendo a mobilidade, a acessibilidade e a participação social (OE, 2011).

Alves (2016) refere que o domicílio é o contexto prioritário para que o EEER possa fazer um diagnóstico adequado das necessidades da pessoa com necessidade de reabilitação, assim como para a implementação de terapêuticas e para a restruturação dos novos papéis e para a capacitação do autocuidado.

Para que haja sucesso na reabilitação, o EEER deve desenvolver intervenções de acordo com as necessidades da pessoa e identificar as necessidades dos cuidadores informais de forma a ensinar estratégias de adaptação à realidade existente (Regadas & Marques, 2012), uma vez que os cuidadores informais são imprescindíveis para promover o autocuidado das pessoas (Schulz & Eden, 2016),

A excelência da Enfermagem de Reabilitação, traz ganhos em saúde em todos os contextos da prática, podendo prescrever intervenções para otimizar e/ou reeducar a função: motora, sensorial, cognitiva, sexual, cardíaca, da alimentação, da eliminação e respiratória (OE, 2011) sendo esta última o foco deste estudo.

## 3 – A PESSOA COM ALTERAÇÕES RESPIRATÓRIAS

A respiração é

> (…) Um tipo de Função com as características especificas: processo contínuo de troca molecular de oxigénio e dióxido de carbono dos pulmões para oxigenação celular, regulada pelos centros cerebrais da respiração, recetores brônquicos e aórticos bem como por um mecanismo de difusão (ICN, 2005, p.17).

Consiste no processo de trocas gasosas entre a atmosfera, ambiente e as células do organismo, compreendendo elementos básicos: pulmonar (fornecimento), circulatório (transporte) e metabólico (utilização) (Branco et al., 2012).

Para haver ventilação eficaz é necessária uma musculatura respiratória tonificada, visto que os músculos respiratórios são considerados a força motora do aparelho respiratório, constituindo-se como um dos alvos de intervenção na prestação de cuidados pelo EEER (Branco et al., 2012).

A ventilação alveolar é o fator mais importante no processo ventilatório pulmonar (Souza & Elias, 2006) e pode estar afetada devido a inúmeros fatores, principalmente atelectasias, consolidações, alterações da caixa torácica, alterações da pleura e as próprias doenças restritivas e obstrutivas também a podem comprometer (Presto & Damázio, 2009; Spruit et al., 2013).

O estudo da função respiratória pode ser realizado por vários métodos dos quais se destacam: a espirometria, a pletismografia, a gasometria arterial, a capacidade de difusão pelo monóxido de carbono, as pressões musculares máximas respiratórias, as provas de broncomotricidade e o teste de exercício cardiopulmonar (Quanjer et al., 2012; Hyatt, Scanlon & Nakamura, 2014).

As provas funcionais respiratórias ajudam a identificar e quantificam a gravidade das alterações respiratórias (Hyatt et al., 2014), e dos métodos referidos, a espirometria é um dos melhores para detetar alterações ventilatórias (Trindade, Sousa & Albuquerque, 2015) visto que é a prova funcional respiratória mais simples e de fácil acesso, medindo o volume de ar inspirado e expirado num determinado período de tempo (Hyatt et al., 2014). É utilizada como ferramenta para avaliação diagnóstica de sintomas respiratórios gerais ou limitação aos esforços, na avaliação longitudinal dos doentes, na classificação

da gravidade e mesmo como índice prognóstico de várias doenças respiratórias, além de fazer parte da avaliação pré-operatória e avaliação de capacidade ocupacional (Trindade et al., 2015).

A DGS acrescenta que a espirometria é um método de estudo da função respiratória que possibilita avaliar o volume de ar que pode ser mobilizado, em valor absoluto ou em função do tempo (volumes e débitos das vias aéreas) (DGS, 2016). É a prova funcional respiratória mais utilizada e mede a quantidade e o fluxo de ar ventilado, comparando os resultados com os de uma população saudável com a mesma idade e altura, possibilitando a determinação de vários volumes pulmonares (Branco et al., 2012) designando-se forçada, quando após uma inspiração máxima, se segue a realização de uma manobra expiratória forçada, sendo o ar mobilizado o mais rapidamente possível (DGS, 2016).

Para avaliar a ventilação podem ser considerados os seguintes volumes pulmonares: volume corrente, volume de reserva inspiratório, volume de reserva expiratório e o volume residual (Kisner & Colby, 2005). As combinações de dois ou mais volumes são chamadas capacidades pulmonares, sendo as principais: capacidade inspiratória, capacidade residual funcional, capacidade vital e capacidade pulmonar total (Souza & Elias, 2006).

A capacidade vital forçada (FVC) é medida em litros e corresponde ao volume máximo de ar mobilizável, entre uma inspiração máxima (até capacidade pulmonar total) e uma expiração máxima com uma manobra de expiração forçada (DGS, 2016). O volume expiratório máximo no 1º segundo (FEV 1) é o volume máximo de ar expirado no primeiro segundo de uma expiração forçada partindo de uma inspiração máxima e é expresso em litros (Miller et al., 2005). A partir destas duas variáveis poderemos determinar a relação FEV1/FVC, que indica a percentagem de ar exalada no primeiro segundo da capacidade vital forçada (Quanjer et al., 2012).

Para além destes parâmetros, a espirometria também pode fornecer o débito expiratório máximo ou pico de fluxo expiratório (PFE), os débitos expiratórios forçados a 25%, 50%, 75% e 25-75% da capacidade vital, entre outros (Hyatt et al., 2014).

O PFE é o débito máximo de ar que pode ser alcançado com a manobra de expiração forçada, medindo-se em litros por segundo ou em litro por minuto (DGS, 2016). Por seu lado, o fluxo expiratório máximo medido durante uma manobra de tosse é designado por pico do fluxo da tosse e a sua magnitude relaciona-se com a capacidade de remoção das secreções das vias aéreas, enquanto o PFE está relacionado com a força dos músculos expiratórios (Bach & Gonçalves, 2006).

Outro método de avaliação respiratória é a avaliação da saturação periférica de oxigénio (SpO2), que não é invasivo e serve para medir a percentagem de locais com ligação na molécula de hemoglobina ocupados por oxigênio (Palange & Simonds, 2013).

Por sua vez, a gasometria arterial possibilita avaliar as concentrações de oxigénio, a eficácia das trocas gasosas entre os alvéolos capilares e equilíbrio ácido-base, sendo um método para controlo da evolução clínica e determinante na necessidade de oxigénio suplementar (OE, 2018).

A auscultação pulmonar é outro método de diagnóstico essencial na avaliação respiratória, através do qual se podem detetar alterações do murmúrio vesicular (assimetrias ou ausência de som) e sons respiratórios anormais, tais como sibilos, fervores, sopros ou sons dos atritos pleurais (Miller, Owens & Silverman, 2015). Com a auscultação podem confirmar-se os achados da inspeção e identificar regiões com alteração na ventilação (diminuição ou ausência do murmúrio vesicular), presença de secreções (roncos ou crepitações), estreitamento da via aérea (sibilos) ou atrito pleural (risco de aderências pleurais) (Kisner & Colby, 2005).

Para obter mais eficácia com as suas intervenções nas pessoas portadoras de patologia respiratória, o EEER deve basear-se numa adequada colheita de dados, exame físico e na observação dos exames complementares de diagnóstico (Cordeiro & Menoita, 2012).

As doenças respiratórias causam um elevado impacto na morbilidade e mortalidade na população portuguesa, tornando-se premente a gestão do processo de saúde nas pessoas com doenças respiratórias (OE, 2018) visto que alterações na função respiratória podem ter uma considerável repercussão a nível físico, psicossocial e financeiro no doente, a família e a sociedade (Larson et al., 2000).

Os idosos são a faixa etária mais suscetível a problemas respiratórios, podendo desenvolver mais facilmente situações de insuficiência respiratória, atelectasias, retenção de secreções e infeções respiratórias (ONDR, 2017), podendo a permeabilidade das vias aéreas sofrer diversas alterações, afetando todo o quotidiano das pessoas (Martins, 2013). As alterações que surgem são a diminuição da elasticidade pulmonar, alterações a nível do envelhecimento na coluna vertebral que originam um aumento da cifose torácica e consequente prejuízo da biomecânica dos músculos respiratórios o que resulta na diminuição da força muscular respiratória, ventilação voluntária máxima, volume de reserva inspiratória e expiratória e trocas gasosas, ocorrendo um aumento do volume residual (Rebelatto & Morelli, 2007). Filho e Sousa (2000) acrescentam que o envelhecimento, desencadeia uma série de alterações fisiológicas, inicialmente discretas e progressivas com alterações a nível

osteoarticular, assim como dos tecidos moles que levam a modificações no posicionamento dos segmentos corporais o que posteriormente afetará a biomecânica respiratória, provocando estas exacerbações e afetando assim a qualidade de vida das pessoas.

Efetivamente as doenças respiratórias apresentam um impacto na realização das atividades de vida diária (OE, 2018), tendo a doença respiratória crónica e a sua evolução uma grande repercussão no dia-a-dia da pessoa e na perceção da qualidade de vida (Spruit et al.,2013; Welsh, 2015). Além disso provocam incapacidade/deficiência residual na pessoa, motivadas por alterações patológicas irreversíveis que podem obrigar a longos períodos de supervisão, observação ou cuidados, e a uma adaptação da pessoa ao processo de saúde, que por vezes abrange a compreensão e aceitação da doença diagnosticada, a capacitação para um regime terapêutico ou a modificação de comportamentos (Spruit et al., 2013).

McCarthy et al., (2015) acrescentam que as pessoas com doença respiratória crónica apresentam muitas vezes limitações físicas e emocionais que limitam uma vida ativa, promovendo a inatividade e a progressão da doença. Isto resulta do aumento da dispneia que torna as atividades de vida diária (como por exemplo o andar) cada vez mais difíceis. A evolução da doença traduz-se na redução da atividade física e consequentemente no deficiente desempenho cardiovascular, fraqueza muscular e em algumas situações deficiências nutricionais. Associado à falta de condicionamento físico, surgem com frequência quadros de ansiedade e depressão que contribuem ainda mais para a limitação da atividade física normal, devido ao medo de desencadear dispneia estabelecendo-se um ciclo difícil de interromper (OE, 2018).

Pamplona e Morais, (2007), referem que as doenças respiratórias crónicas são altamente incapacitantes também pelo desenvolvimento de morbilidades secundárias às incapacidades dos músculos periféricos e ainda devido às dificuldades em encontrar estratégias para lidar com a doença e principalmente pela dispneia. Esta dispneia limita a atividade física, originando um ciclo vicioso de desadequação progressiva ao exercício, o que leva ao aumento da fadiga muscular, à dispneia a esforços, e consequentemente ao aumento de inatividade e intolerância ao exercício, com repercussões psicológicas, sociais e profissionais (Cordeiro & Menoita, 2012; Pamplona & Morais, 2007).

Lynes (2007) reforça que devido à dispneia, a pessoa com doenças respiratórias crónicas tende a evitar fazer esforços físicos tornando-se sedentária, o que causa

descondicionamento multi-sistémico (cardiovascular, respiratório e muscular), e agravamento da sua incapacidade, comprometendo as atividades de autocuidado.

Do ponto de vista funcional as doenças respiratórias podem ser classificadas em obstrutivas, restritivas e mistas (OE, 2018) e os EEER intervêm em pessoas com padrões respiratórios ineficazes em todas essas situações.(Gronkiewicz & Coover, 2011).

As doenças pulmonares obstrutivas são um conjunto de doenças caracterizadas por obstrução da via área, em que clinicamente existe aumento da resistência da via aérea devido à diminuição do seu diâmetro, provocada por inflamação crónica, levando a maior resistência no processo respiratório (Spruit et al., 2013). Há redução do fluxo aéreo nas vias respiratórias, e numa fase tardia por uma incapacidade para ventilar, os pulmões apresentam como característica comum a redução dos fluxos expiratórios (Branco et al., 2012).

Fisiopatologicamente, as alterações características destas doenças causam uma fragilidade acrescida das vias aéreas, fazendo com que estas possam colapsar facilmente, o que se traduz em dificuldade na expiração, dispneia e aumento do volume residual. Na espirometria, constata-se diminuição dos fluxos expiratórios, com capacidade vital mantida, mas com incapacidade de gerar fluxos rápidos o que conduz a acumulação de secreções prejudicando assim as trocas gasosas (Spruit et al., 2013).

As alterações respiratórias obstrutivas incluem: DPOC (enfisema, bronquite crónica), asma, bronquiectasias e fibrose quistica (Gronkiewicz & Coover, 2011), e de uma forma global todas acarretam importantes limitações nas AVD e interferem extremamente na qualidade de vida das pessoas (Spruit et al., 2013).

As doenças pulmonares restritivas são caraterizadas por pulmões que são impedidos de se expandirem totalmente (Hammon & Hasson, 2004). Verifica-se um compromisso primário da ventilação pulmonar havendo disfunção dos músculos respiratórios e diminuição da compliance pulmonar e/ou da parede torácica. Ocorre uma diminuição de quase todos os volumes pulmonares: capacidade vital, volume corrente, capacidade pulmonar total, capacidade residual funcional, volume residual, capacidade vital forçada, volume expiratório máximo no 1º segundo, mas há preservação do fluxo aéreo e normal resistência das vias respiratórias (Branco et al., 2012). Deste tipo de doenças destacam-se a pneumonia, derrame pleural e pneumotórax (Cordeiro & Menoita, 2012).

## 3.1 - INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO A NÍVEL RESPIRATÓRIO

A reabilitação engloba um conjunto de técnicas e ações interdisciplinares, como o esforço conjunto de todos os profissionais e familiares, dentro e fora das instituições Faro (2006), sendo uma área de intervenção que promove a maximização das capacidades funcionais da pessoa, fomentando o seu rendimento e desenvolvimento pessoal (OE, 2011).

Neste sentido a OE (2010) refere que o EEER é o profissional de saúde ao qual lhe é reconhecida a capacidade de proporcionar um conjunto de intervenções com a finalidade de melhorar as funções residuais, manter e recuperar a independência nas atividades de vida e minimizar o impacto das incapacidades e deficiências instaladas a vários níveis como o respiratório.

Deste modo, a Enfermagem de Reabilitação é 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 causem défice funcional a vários níveis como o respiratório (OE, 2011).

Efetivamente a respiração é um foco de atenção central para a intervenção dos Enfermeiros e em especial para os EEER, pelas competências adquiridas e consequentemente, pela especificidade de respostas que poderão dar para manter ou melhorar a função respiratória (Heitor, Tapadinhas, Ferreira, Olazabal, & Maia 1998).

Alem disso o papel do EEER é imprescindível na identificação das necessidades do grau de dependência, na ajuda prestada na concretização de programa individualizado e adaptado, assim como na identificação e envolvimento da família / cuidador em todo o programa de reeducação respiratória (OE, 2009).

As incapacidades das pessoas com doença respiratória são imensas e bem notórias, sendo os programas de RR uma componente essencial no cuidar (Spruit et al., 2013). Posto isto, o conhecimento das doenças respiratórias possibilita ao EEER uma abordagem terapêutica mais precisa no programa de reabilitação respiratória (RR) (OE, 2018).

A DGS (2009) define RR como:

> (…) uma intervenção global e multidisciplinar, baseada na evidência, dirigida a doentes com doença respiratória crónica, sintomáticos e, frequentemente, com

> redução das suas atividades de vida diária. Integrada no tratamento individualizado do doente, a reabilitação respiratória é desenhada para reduzir os sintomas, otimizar a funcionalidade, aumentar a participação social e reduzir custos de saúde, através da estabilização ou regressão das manifestações sistémicas da doença (p.1).

A RR constitui um aspeto primordial do tratamento das doenças respiratórias crónicas, sendo hoje em dia apontada como parte integrante da terapêutica destas pessoas, visto que contribui para melhorar a sua qualidade de vida e tem um impacto favorável na evolução da doença (ERS, 2013; ONDR, 2013;).

Os estudos indicam que a RR contribui favoravelmente para a diminuição de sintomas respiratórios de fadiga e dispneia; reversão da ansiedade e depressão; melhoria da tolerância ao exercício, aumentando a resistência ao esforço; melhoria na capacidade de realização das AVD para uma melhor integração familiar e social; e melhoria da qualidade de vida (Kagaya et al., 2009; Ries et al., 2007). É uma intervenção abrangente, que se baseia na avaliação aprofundada dos doentes, seguida por intervenções individualizadas que compreendem treino de exercício físico, educação e alteração comportamental, de modo a melhorar a condição física e emocional de pessoas com doença respiratória crónica, e para promover a adesão prolongada a comportamentos de saúde (Spruit et al., 2013).

A RR é um processo holístico que confere à pessoa um completo estado físico, mental, emocional, social e profissional. É um padrão de cuidados recomendado à pessoa portadora de doença respiratória crónica ou aguda (OE, 2018) com sintomatologia associada e com repercussão nas AVD e na sua qualidade de vida (Spruit et al., 2013). Em pessoas com doença respiratória crónica, um dos seus principais objetivos é aumentar a tolerância ao esforço e reduzir a dispneia (Crisafulli & Clini, 2012). Gosselink, (2006) acrescenta que contribui para a prevenção e tratamento de vários aspetos das desordens respiratórias, tais como obstrução do fluxo aéreo, retenção de secreções, alterações da função ventilatória, dispneia, melhorias da performance em exercício físico e da qualidade de vida

As alterações respiratórias representam situações complexas para a equipa multidisciplinar, sendo fundamental compreender a natureza multidimensional dos compromissos da respiração para poder elaborar um plano de cuidados de reabilitação respiratória ajustada à individualidade da pessoa (Larson et al., 2000). Deste modo a partir de diagnósticos bem formulados é possível prescrever intervenções de enfermagem, baseadas nas necessidades reais encontradas, a partir de abordagens

direcionadas às pessoas e comunidades com vista à promoção da saúde e prevenção de doenças (Konkiewitz como referido por Pontes, 2016).

A tomada de decisão dos EEER baseia-se na conceção, implementação, monitorização e avaliação de planos de reabilitação diferenciados, com base na identificação das necessidades específicas da pessoa ou grupo no âmbito da funcionalidade dos quais:

- reeducação funcional cardíaca, motora, sensorial, cognitiva, da sexualidade, da função alimentação e da eliminação e respiratória;
- treino de atividades de vida diária;
- treino motor, cardíaco e respiratório (OE, 2011, p. 6).

Assim sendo, o EEER atua no sentido de assegurar a capacidade funcional, prevenir complicações e evitar incapacidades ou minimizar o impacto das incapacidades instaladas (por doença ou acidente), ao nível de várias funções neurológica, cardíaca, motora e também a respiratória (OE, 2011).

Os programas de RR assentam em três pilares: controlo clínico, educação e treino de exercício. Para a sua implementação é necessário a existência de uma equipa multidisciplinar, constituída por EEER, médicos, fisioterapeutas, psicólogo, nutricionista e terapeuta ocupacional de modo a capacitarem as pessoas na gestão da sua doença, levando a uma melhoria do seu estado de saúde (ONDR, 2016).

Rodrigues (2014) também refere que a RR engloba vários componentes, tais como: educação do doente e seus cuidadores, para compreensão e prevenção da doença, identificação e atitudes a tomar face aos agravamentos; otimização do tratamento farmacológico, o que inclui treino de técnica correta, ensino do uso da oxigenoterapia de longa duração e da ventiloterapia domiciliária; suporte nutricional; intervenção psicológica e social; treino de exercício, treino de atividades da vida diária e outras técnicas, como por exemplo: ensino de tosse eficaz, técnicas de drenagem das secreções brônquicas; técnicas de controlo ventilatório em repouso e no esforço; técnicas de expansão pulmonar; treino dos músculos respiratórios.

Na perspetiva da DGS (2009) a educação é uma componente fundamental da RR, constituindo um processo organizado e efetuado por profissionais especializados, com vista a habilitar a pessoa e/ou a família/cuidador a lidar com o tratamento da doença e com a prevenção de complicações; a promover uma modificação no comportamento e estilo de vida ajustado à doença; a tornar a pessoa o mais autónoma possível no autocontrolo e gestão da doença e no recurso aos serviços de saúde. O sucesso da RR centra-se principalmente na sua capacidade de influenciar positivamente os efeitos

sistémicos, especialmente o descondicionamento físico, a disfunção psicossocial e as comorbilidades e desempenha um papel complementar ao tratamento farmacológico, aumentando a tolerância ao esforço melhorando a qualidade de vida, reduzindo a dispneia e reduzindo o impacto da doença nas AVD.

Tem como objetivo atingir o nível de capacidade funcional máxima, incrementando a eficiência ventilatória e otimizando a função cardiopulmonar, servindo-se de diferentes métodos (Branco et al., 2012), dos quais a reeducação funcional respiratória (RFR), também designada de cinesiterapia respiratória onde o EEER tem competências especializadas para a implementação desses programas (Gomes & Ferreira, 2017).

A RFR pode ser a prescrição selecionada nas intervenções do EEER e tem como finalidades: prevenir e corrigir defeitos ventilatórios; melhorar a performance dos músculos respiratórios; assegurar a permeabilidade das vias aéreas; mobilizar e eliminar as secreções brônquicas; melhorar a oxigenação e trocas gasosas; prevenir e corrigir alterações do esqueleto e músculos; reduzir a tensão psíquica; reeducar no esforço; diminuir o trabalho respiratório; aumentar a endurance; promover a independência respiratória funcional; prevenir complicações e acelerar a recuperação da pessoa (Cordeiro & Menoita, 2012).

Branco et al., (2012) complementa que a RFR engloba um conjunto de técnicas de controlo da respiração, posicionamento e movimento com a finalidade de restabelecer o padrão respiratório funcional. Utiliza principalmente o movimento na base da sua intervenção (OE, 2018), para melhorar a eficácia nas trocas gasosas e redução da sintomatologia, complementando os tratamentos farmacológicos implementados (Gomes & Ferreira, 2017). Atua fundamentalmente sobre os fenómenos mecânicos da ventilação externa podendo, através destes, melhorar a ventilação alveolar, a relação ventilação-perfusão e a difusão. A melhoria das trocas gasosas pode também ser conseguida através da componente circulatória, quer devido à influência dos movimentos respiratórios sobre o retorno venoso, quer pela ação dos exercícios respiratórios e do exercício em geral sobre as circulações pulmonar (aumentando a área perfundida) e sistémica (beneficiando a respiração tecidular). (Branco et al., 2012).

As doenças respiratórias são motivo de transtorno e preocupação para os profissionais de saúde, particularmente os EEER, pela elevada morbilidade e mortalidade e pelo impacto a nível da realização das AVD e qualidade de vida (Cordeiro, Menoita & Mateus, 2012; Spruit et al., 2013). Perante isto o EEER, enquanto profissional especializado na área da RR, participa ativamente no cuidado holístico às pessoas com doença respiratória crónica, e encontra-se envolvido no desenvolvimento, aplicação e

monitorização de intervenções terapêuticas, desempenhando um papel decisivo na educação e gestão do regime terapêutico, e na promoção da autogestão da doença (ERS, 2013). Perante isto podemos afirmar que os EEER têm intervenções importantes a nível do processo do sistema respiratório que é um "Processo corporal: processo contínuo de troca molecular de oxigénio e dióxido de carbono dos pulmões para oxidação celular, regulada pelos centros cerebrais da respiração; recetores brônquicos e aórticos, bem como por um mecanismo de difusão" (ICN, 2019).

Numa perspetiva fisiológica, os principais problemas respiratórios estão relacionados com a limpeza das vias aéreas, ventilação ineficaz ou com alterações do padrão ventilatório e trocas gasosas ineficazes, onde a intervenção do EERR pode trazer benefícios, evitando a deterioração do estado global do doente, a perda de qualidade de vida e o aumento da morbilidade e mortalidade. (Larson et al.,2000).

As alterações da permeabilidade das vias aéreas são uma área de intervenção muito importante uma vez que a presença de secreções no sistema respiratório pode intensificar a obstrução e conduzir a um aumento do trabalho respiratório (Strickland et al., 2013) para além de acelerar a deterioração das vias respiratórias, como consequência do processo inflamatório, aumentando o risco de infeção (Welsh, 2015).

Deste modo, torna-se essencial intervir na melhoria da capacidade de limpeza das vias aéreas, e com uma intervenção atempada e consistente podem-se aliviar os sintomas respiratórios e evitar uma maior deterioração, prevenindo complicações, pelo que se torna fundamental o diagnóstico e intervenção precoce nas pessoas com limpeza da via aérea comprometida (Spruit et al., 2013; Naira, 2013).

O ICN (2019) define este foco como um "Processo do sistema respiratório: manter aberta a passagem de ar desde a boca até aos alvéolos pulmonares através da capacidade para limpar as secreções ou obstruções do trato respiratório". Ao intervir nesta área, os EEER utilizam mecanismos de limpeza das vias aéreas que são manobras que facilitam o desprendimento e expulsão de secreções, e deste modo possibilitam melhoria nas trocas gasosas e previnem complicações (Cordeiro & Menoita, 2014). Essas técnicas provocam mudanças de volumes e pressões pulmonares e do fluxo expiratório e podem modificar as propriedades viscoelásticas das secreções pulmonares, aumentar a interação gás líquido intrapulmonar e melhorar a frequência do batimento ciliar que leva a uma melhoria da limpeza da via aérea. Alem disso, potenciam o movimento das secreções das pequenas vias aéreas distais para as vias aéreas proximais, até à sua remoção pelo estímulo da tosse ou em situações mais complexas, pela aspiração das secreções nas vias aéreas superiores (Osadnik et al., 2013).

Volsko (2013) refere que os mecanismos de limpeza das vias aéreas são indicados para pessoas com função mucociliar ou mecanismo da tosse alterados, o que impossibilita a libertação da expetoração, sendo o envelhecimento uma das causas dessas alterações.

Para intervir nesta área, os EEER podem utilizar a cinesiterapia respiratória que tem como principais objetivos assegurar a permeabilidade das vias aéreas utilizando métodos que facilitam a eliminação das secreções brônquicas com a ajuda do movimento (Cordeiro, Menoita & Mateus, 2012; Spruit et al., 2013; Naira, 2013).

As técnicas de cinesiterapia respiratória preconizadas pela OE (2015b), no âmbito da limpeza da via aérea comprometida podem ser: técnica de drenagem postural clássica e modificada, técnica de percussão torácica, técnica de compressão torácica, técnica de vibração torácica e técnica de vibro-compressão torácica.

Chaves et al., (2013) acrescentam que as técnicas respiratórias de limpeza da via aérea se podem dividir em convencionais e instrumentais. As convencionais são: drenagem postural; manobras acessórias (vibração, percussão e compressão); tosse assistida e dirigida; técnica de expiração forçada; ciclo ativo das técnicas respiratórias; drenagem autogénica; exercício de débito inspiratório controlado; expiração lenta com a glote aberta em infralateral; técnica de aceleração do fluxo expiratório e hiperinsuflação manual. As instrumentais são: pressão expiratória positiva; oscilação intra e extratorácica-, insuflador/exsuflador mecânico (*cough assist*®) e aspiração da via aérea.

Noutra perspetiva, Cordeiro e Menoita (2014) classificam os mecanismos de limpeza das vias aéreas em técnicas de mobilização das secreções brônquicas e técnicas de expulsão de secreções brônquicas. Apesar das classificações, as técnicas de mobilização das secreções brônquicas devem ser iniciadas pela higiene bronco-pulmonar e pela utilização de manobras que favoreçam o desprendimento e a progressão das secreções desde os brônquios distais até aos brônquios principais e traqueia.

A drenagem postural baseia-se na utilização da força da gravidade para a mobilização de secreções das vias aéreas distais para as proximais (Gomes & Ferreira, 2017) com possibilidade de utilização de 12 posições de drenagem associada cada uma a um segmento pulmonar (Freitas et al., 2015).

As manobras acessórias consistem na aplicação de uma força externa (percussão, vibração e compressão) na parede torácica para promover o descolamento das secreções e sua mobilização até à via aérea mais proximal (Gokdemir et al., 2014), devendo ser aplicadas nos segmentos pulmonares a drenar e combinadas com a

drenagem postural, proporcionam maior eficácia na eliminação das secreções (Cordeiro & Menoita, 2014).

A drenagem autogénica consiste na utilização de inspirações com diferentes volumes pulmonares, sustendo a inspiração por 3 segundos, seguida de expirações lentas e controladas o que permite a movimentação das secreções pelo ar inalado de modo gradual e evitando o colapso da via aérea. Deve ser efetuada na posição sentado e iniciar-se no volume de reserva expiratório podendo também pode ser realizada em posição de drenagem postural (Swaminathan, 2011). Em todas as fases, a expiração deve ser controlada de forma a evitar um pico de fluxo e o colapso das vias áreas distais, devendo a tosse deve ser reprimida na realização de cada fase (OE, 2018).

Para a expiração lenta total com a glote aberta em decúbito infralateral (ETGOL) a pessoa tem de ser posicionada em decúbito lateral sobre o lado afetado (pulmão com maior acumulação de secreções) e solicitar à pessoa que realize uma inspiração em volume corrente seguida de uma expiração lenta com a glote aberta até ao volume residual (Lanza, Alves, Santos, Camargo & Dal Corso, 2015).

A hiperinsuflação manual consiste numa inspiração lenta de alto volume com utilização de um insuflador manual, precedida de pausa inspiratória de 2-3 segundos, seguindo-se de uma rápida libertação do insuflador manual para que deste modo haja um aumento do fluxo expiratório e a simulação de uma expiração forçada e consequentemente seja acionado o reflexo da tosse (Dias et al., 2011).

A oscilação intrapulmonar e extrapulmonar é conseguida com a aplicação de dispositivos, com uma componente oscilatória (intra e/ou extratorácica), que provocam uma melhoria da clearance mucociliar (Morrison & Agnew, 2014).Os dispositivos que geram oscilação intrapulmonar são utilizados por via oral e incluem-se o Flutter (ou Shaker) e o Acapella. Os dispositivos de oscilação extratorácica consistem na aplicação de oscilações na parede torácica e as vibrações são produzidas por forças externas ao sistema respiratório, normalmente com um colete insuflável como o Smartvest e o Vest (OE, 2018).

A técnica de aumento do fluxo expiratório é uma técnica de limpeza brônquica definida como uma expiração ativa ou passiva de volume pulmonar variável, cuja velocidade, força e longitude podem variar de forma a conseguir o fluxo ótimo necessário para o descongestionamento brônquico e progressão das secreções (Branco et al., 2012).

A máscara de pressão expiratória positiva é um dispositivo que auxilia na eliminação das secreções, pela aplicação de uma pressão positiva (10 a 20 cmH2O) na fase expiratória (Nicolini et al., 2013). Quando se efetua uma respiração com a máscara de

pressão expiratória positiva forma-se uma pressão intrapulmonar que mantém as vias aéreas abertas, recrutando diferentes áreas pulmonares e mobilizando as secreções para vias superiores para posterior expulsão (Osadnik et al., 2013). Esta técnica é executada com utilização de máscaras ou peças bucais e faz parte de um ciclo que envolve a técnica huffing e a tosse (Osadnik et al., 2013).

Para a expulsão de secreções, Cordeiro e Menoita (2012) referem que podem ser utilizadas técnicas respiratórias que incluem o mecanismo da tosse, as técnicas de expiração forçada, a utilização do insuflador/exsuflador mecânico (CoughAssist®), a aspiração de secreções traqueobrônquicas e o ciclo ativo das técnicas respiratórias.

A tosse é uma das técnicas de limpeza das vias aéreas, que é responsável por manter a via aérea livre de secreções e corpos estranhos, no entanto a sua eficácia pode diminuir em qualquer uma das suas fases (Naira, 2013). Nos indivíduos saudáveis quando o volume de muco aumenta o reflexo da tosse é desencadeado e há expulsão de secreções pela boca. Neste caso a tosse atua como reforço da ação mucociliar sendo o reflexo da tosse protetor, mas quando há excesso de secreções, o que é designado expetoração, é considerado patológico (Olazabal, 2003).

A intervenção do EEER é garantir a eficácia deste mecanismo, reeducando a sua execução, de modo a contrariar as alterações que possam impedir alcançar os resultados pretendidos (Heitor, Canteiro, Ferreira, Olazabal, & Maia, 2017).

O ensino da tosse é uma parte essencial nos programas de RR, quer seja o ensino da tosse dirigida, da tosse dirigida modificada ou huffing, ou da tosse assistida. A tosse dirigida é uma tosse intencional, ensinada para simular as caraterísticas da tosse espontânea a fim de compensar as limitações físicas que a comprometem. A tosse dirigida modificada ou Huffing tem apresentado resultados eficazes na eliminação de secreções brônquicas podendo ser assistida manualmente pelo enfermeiro. A tosse assistida é utilizada em casos em que a pessoa é incapaz de expulsar o ar forçadamente para expulsar as secreções brônquicas promovendo um aumento da força de compressão durante a expiração, aumentando assim a velocidade do ar expirado, pelo que é útil na mobilização das secreções em direção à traqueia. Arcuri, Abarshi, Preston, Brine e Lorenzo (2016) acrescentam que a tosse assistida consiste numa técnica para aumentar o pico de fluxo da tosse por pressão manual na parede abdominal, podendo ser efetuada pelo EEER, ou cuidador informal. É uma intervenção simples, que deve ser a primeira linha na ineficácia da tosse, contudo a pessoa deve ser capaz de participar para a eficácia deste procedimento, dado que requer uma fase de preparação, com o

ensino da respiração diafragmática controlada, com destaque nas inspirações profundas.

A técnica de expiração forçada compreende a combinação de vários huffs com exercícios de controlo ventilatório e a respiração diafragmática, o que impede a fadiga e o broncospasmo (Mckoy, Wilson, Saldanha, Odelola, & Robinson, 2012). Apresenta vantagens em relação à tosse, visto que que trabalha diferentes volumes pulmonares razão pela qual tem maior potencial de mobilização das secreções (Osadnik, McDonald, Jones, & Holland, 2012).

O insuflador/exsuflador mecânico (*CoughAssist*) simula uma tosse realizada mecanicamente de forma assistida, caraterizada pela aplicação de uma pressão positiva na via aérea e uma mudança súbita para pressão negativa através de peça bucal, máscara facial, tubo endotraqueal ou traqueostomia (Morrison, 2015).

O ciclo ativo de técnicas respiratórias consiste numa combinação de técnicas que inclui o controlo da respiração (respiração diafragmática), com objetivo de prevenir a fadiga e o broncospasmo; exercícios de expansão torácica, realizando-se respirações profundas, de modo a aumentar o volume pulmonar e abrir as vias aéreas colapsadas; novamente o controlo da respiração; e por fim a técnica de expiração forçada, para mobilizar as secreções no sentido dos brônquios principais (Cordeiro & Menoita, 2014).

Para dar resposta a este foco, a OE (2021) menciona que além das técnicas de cinesiterapia podem ser prescritas as intervenções aspirar via aérea e executar inaloterapia.

A aspiração de secreções consiste na remoção das secreções traqueobrônquicas através da introdução de uma sonda esterilizada na nasofaringe, orofaringe ou no tubo endotraqueal/traqueostomia, utilizando um sistema de vácuo, sempre que a pessoa não tenha condições para as expelir (ACSS, 2011). Esta técnica deve ser executada excecionalmente e apenas quando existe uma incapacidade para eliminar as secreções de forma espontânea ou com recurso as técnicas de drenagem clássicas e cinesiológicas, ou como técnica alternativa em situações de fadiga induzida pela cinesiterapia (Branco *el al*., 2012).

A intervenção executar inaloterapia é outra intervenção para dar resposta a situações de limpeza da via aérea comprometida (OE, 2020). Consiste na administração de vapor de água ou medicamentos, sob a forma de aerossol, com o objetivo de administrar medicamentos na árvore traqueobrônquica, humidificar as vias aéreas e facilitar a remoção das secreções podendo ser executada pelo enfermeiro, pelo prestador de cuidados ou pelo doente (ACSS, 2011) Quando se verifica potencial para melhorar

capacidade ou autoeficácia para executar inaloterapia, uma das intervenções possíveis será treinar a executar a inaloterapia (OE, 2020), seja com a pessoa dependente ou com o cuidador.

Outro foco de atenção dos EEER é a ventilação que é definida como um processo do sistema respiratório com as características: “deslocar o ar para dentro e para fora dos pulmões com frequência e ritmo respiratórios determinados; profundidade inspiratória e força expiratória” (ICN, 2019).

A melhoria do processo ventilatório através da melhoria da ventilação alveolar aplicando técnicas de RFR, reduz a hipoventilação, aumenta a capacidade pulmonar, aumenta a compliance pulmonar, melhora o desempenho dos músculos respiratórios e reduz o trabalho respiratório da pessoa com doença respiratória (Presto & Damázio, 2009; Spruit et al., 2013). Estas técnicas podem ser denominadas de manobras de expansão torácica ou de reexpansão pulmonar e técnicas de aumento do volume pulmonar (Gosselink, 2006).

A primeira técnica implementada na pessoa submetida a RR deve ser controlo e dissociação dos tempos respiratórios. Está indicado em pessoas com padrão ventilatório ineficaz com o objetivo da consciencialização da respiração e controlo da mesma, possibilitando a melhoria da coordenação e eficácia dos músculos respiratórios. (OE, 2018; Cordeiro & Menoita, 2014). Consiste numa inspiração lenta e controlada pelo nariz e uma expiração lenta e controlada pela boca (Cordeiro & Menoita, 2012; Holland, Hill, Glaspole, Goh, & McDonald, 2012).

A expiração com lábios semicerrados ou pressão expiratória positiva também designada por expiração filada, freno – labial ou pursed lips breathing, é uma técnica que permite maior controlo do padrão respiratório através de uma expiração prolongada. Produz uma maior pressão na árvore brônquica e um maior volume corrente, que evita o colapso dos alvéolos circundantes durante a expiração e reduz o trabalho respiratório associado (Spruit et al., 2013). Alem disso reduz a dispneia, a frequência respiratória, a hiperinsuflação e aumenta a tolerância ao esforço bem como melhora a capacidade inspiratória (OE, 2018; Cordeiro & Menoita, 2014).

A espirometria de incentivo consiste na realização de inspirações lentas e profundas através de um espirómetro, com a finalidade de aumentar os volumes inspiratórios e melhorar o desempenho dos músculos inspiratórios (Junior et al., 2014).

No âmbito da ventilação comprometida também podem ser utilizadas técnicas de posicionamento, das quais a correção postural e as posições de descanso e relaxamento (OE, 2015b).

O correto posicionamento corporal contribui para otimizar a ventilação-perfusão e favorece a mecânica diafragmática, melhorando as trocas gasosas (França et al., 2012). Alem disso, contribui ainda para uma diminuição do trabalho respiratório e dispneia, através do aumento da eficácia dos músculos respiratórios, especialmente o diafragma (Abreu, 2003), bem como para a otimização da ventilação-perfusão favorecendo a mecânica diafragmática e consequentemente as trocas gasosas (França et al., 2012).

A pessoa com doença pulmonar normalmente sente menor dispneia na posição de sentado com o tronco inclinado para a frente (posição de cocheiro), atendendo que o diafragma se encontra numa posição mais favorável de curva de tensão-comprimento (Cordeiro & Menoita, 2012). O apoio dos membros superiores possibilita que os músculos acessórios (peitoral menor e maior) contribuam significativamente para a elevação da caixa torácica, com melhoria da função diafragmática, do movimento da parede torácica, diminuição do recrutamento da musculatura acessória e redução a dispneia (Branco et al., 2012).

As técnicas de relaxamento têm como objetivo reduzir a tensão psíquica e muscular (cintura escapular, pescoço e membros superiores), reduzindo a sobrecarga dos músculos respiratórios, com consequente diminuição da dispneia e ansiedade e aumento do controlo respiratório, promovendo uma ventilação mais eficaz (Branco et al.,2012).

Algumas das técnicas respiratórias indicadas pela OE (2015b) que podem ser utilizadas em situações de ventilação comprometida são: reeducação abdominodiafragmática anterior e posterior, reeducação da hemicúpula diafragmática direita e esquerda, reeducação costal inferior direita e esquerda e expansibilidade torácica com bloqueio contralateral com faixa.

A reeducação abdominodiafragmática está indicada em pessoas com padrão respiratório ineficaz (Branco et al., 2012; Cordeiro & Menoita, 2014) e tem como objetivos melhorar o padrão respiratório, reduzir a dispneia e a ansiedade, melhorar o volume corrente, reduzir a atividade da musculatura acessória e melhorar os gases arteriais (Salvi, Agarwal, Salvi, Barthwal & Khandagale, (2014). Baseia-se na ativação do diafragma com a realização da respiração diafragmática com ênfase na fase inspiratória e compressão/resistência ou contração abdominodiafragmática na expiração, melhorando a excursão do diafragma e o fortalecimento muscular das suas várias porções minimizando a intervenção dos músculos acessórios (Cordeiro & Menoita, 2014). Consoante posicionamento são trabalhadas diferentes porções do diafragma:

- Decúbito lateral direito - porção direita
- Decúbito lateral esquerdo - porção esquerda
- Decúbito ventral - porção anterior
- Decúbito dorsal - porção posterior (Branco et al., 2012; Cordeiro & Menoita, 2012).

A reeducação costal global e seletiva melhora a mobilidade torácica e consequentemente a expansão torácica e a ventilação pulmonar podendo incidir sobre o tórax na totalidade (abertura costal global) ou incidir num dos hemitórax (direito ou esquerdo) ou porções (superior, média e inferior) denominando-se assim de reeducação costal seletiva (Cordeiro & Menoita, 2012).

A reeducação costal seletiva e global está indicada para aumentar a eficácia da respiração e melhorar o processo de ventilação pretendendo-se atingir os seguintes resultados:

- Correção de assinergias e deficiências ventilatórias globais;
- Prevenção de limitações e melhorarias da mobilidade e dinâmica costal e diafragmática;
- Fortalecimento e coordenação da atividade muscular (OE, 2009; Cordeiro & Menoita, 2012).

# PARTE 2 – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

## 1 – METODOLOGIA

Neste capítulo são descritas as etapas, procedimentos e opções metodológicas com vista à concretização da investigação empírica.

### 1.1 - TIPO DE ESTUDO

O estudo integra um projeto da UICISA-E da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, que tem como título “Contributos para a definição de um modelo organizacional dos cuidados às pessoas dependentes no autocuidado e seus cuidadores, em contexto domiciliário - Estudo realizado nas ECCI do ACES Baixo Mondego”.

Nesta investigação, realizou-se um estudo observacional (não experimental), de carácter descritivo-correlacional, incluído no paradigma quantitativo e transversal.

### 1.2 - OBJETIVOS

Com este estudo nas ECCI pretende-se caraterizar as pessoas dependentes no autocuidado e seus cuidadores familiares; identificar as necessidades em cuidados de enfermagem de reabilitação da pessoa dependente no domínio do processo respiratório; identificar os cuidados de enfermagem de reabilitação efetivamente prestados a nível do processo respiratório; identificar as necessidades de cuidados de enfermagem de reabilitação não satisfeitas, a nível do processo respiratório e identificar quem implementa os cuidados às pessoas dependentes no autocuidado a viver no domicílio assistidas nas ECCI do ACES Baixo Mondego.

### 1.3 - INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

Para e recolha de dados foi utilizado o “Formulário de avaliação das necessidades de cuidados de saúde e sociais das pessoas dependentes no autocuidado a viver no domicílio e dos seus cuidadores no contexto das ECCI’s” **(Anexo 1)**.

A escolha do formulário para colheita de dados, prendeu-se com o fato desta técnica de recolha de dados possibilitar uma recolha vasta de dados, de natureza complexa e que exigem juízos clínicos, obtendo informações diretamente do entrevistado (quer por entrevista, quer por observação) junto de uma grande diversidade de pessoas, como se verifica neste estudo.

Ao ser preenchido pelos investigadores, o formulário não apresenta limitação na compreensão da linguagem escrita de uma população analfabeta ou pouco alfabetizada, possibilitando que o investigador preste ou solicite esclarecimentos essenciais à medida que recolhe os dados. O investigador pode simultaneamente colocar questões e realizar as observações (auscultação, palpação, inspeção e precursão) e as medições necessárias, com vista à obtenção da informação fundamental ao juízo diagnóstico e sempre que oportuno pode reformular as questões, solicitar e/ou prestar os esclarecimentos necessários, de forma a ajustar à compreensão de cada informante. Deste modo o formulário adequa-se com os objetivos da investigação sendo compatível com a dimensão da amostra a estudar.

O processo de elaboração do formulário englobou duas fases: a elaboração do formulário propriamente dito e o pré-teste.

O "Formulário de avaliação das necessidades de cuidados de saúde e sociais das pessoas dependentes no autocuidado a viver no domicílio e dos seus cuidadores no contexto das ECCI's", utilizado no estudo, é constituído por duas partes:

- A primeira parte (dados sociodemográficos) tem como finalidade a recolha de informação para a caracterização sociodemográfica da pessoa dependente e do familiar prestador de cuidados/ cuidador principal (pessoa principal responsável pelos cuidados e que executa a maior parte das tarefas). Uma vez que formulários de estudos prévios, desenvolvidos na mesma área de investigação (Costa, 2013; Fernandes, 2014; Gonçalves, 2013; Rocha, 2015), incluíam um conjunto de questões com a mesma finalidade e tinham sido já testados mostrando-se adequados, decidiu-se incluir as mesmas questões no formulário construído para este estudo.
- A segunda parte do formulário possibilita colheita de dados sobre presença ou ausência de atitudes terapêuticas e "Focos/diagnósticos de enfermagem" tradutores das necessidades de cuidados associados aos processos corporais e mentais, autocuidados, e processo familiar. Nesta parte podem ser obtidos dados para responder às questões: Que necessidades de cuidados, decorrentes de alterações nos processos de vida e de saúde, têm

as pessoas dependentes no autocuidado que vivem no domicílio? Quem implementa os cuidados de que a pessoa necessita? Qual a proporção de cuidados necessários que não são implementados?

Na fase de finalização, o instrumento de recolha de dados foi revisto criticamente pela investigadora da tese de doutoramento e pelos três EEER investigadores, que recolheram os dados do estudo, e ainda por dois outros investigadores peritos na área. Após as correções necessárias, o instrumento foi sujeito à discussão de um painel formado pelos responsáveis de cada UCC, em que as ECCI se inserem, ou pelo seu representante, em reunião que decorreu no dia 19 de junho de 2019 na sede do ACES do Baixo Mondego. A reunião teve a finalidade de os auscultar sobre se o formulário incluía todos os focos e intervenções da prática de enfermagem, que eram habitualmente alvo da atenção dos enfermeiros das ECCI no decorrer da sua intervenção profissional relativa às pessoas dependentes no autocuidado a quem prestam cuidados. Não foi sugerida a inclusão de nenhum novo foco ou intervenção.

Seguidamente o formulário foi submetido a um pré-teste, cinco casos, realizado na ECCI Coimbra Saúde para compreender a adequação do instrumento, e identificar possíveis erros, lacunas ou dificuldades no seu preenchimento. Não se registaram alterações relevantes ao formulário pelo que se procedeu à recolha de dados.

## 1.4 - IDENTIFICAÇÃO DAS VARIÁVEIS EM ESTUDO

Para a identificação das variáveis, teve-se em consideração as evidências disponíveis na literatura técnica sobre dependência no autocuidado, a legislação em vigor nesta área e as orientações técnicas existentes em Portugal sobre cuidados às pessoas com dependência nos autocuidados, quer emitidas pela DGS, quer pelos diferentes níveis de coordenação da RNCCI. Teve-se também em consideração os Relatórios de Monitorização (2016, 2017, 2018) da RNCCI, que permitiram tomar decisões sobre quais as dimensões dos processos de vida e de saúde, potencialmente geradoras de necessidades de cuidados às pessoas dependentes no autocuidado, que deviam ser considerados, constituindo-se como variáveis do estudo, em particular os compromissos nos processos corporais. Foi adequado para este efeito a Parametrização Nacional do Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE) com vista a propor enunciados de diagnósticos e intervenções de enfermagem unificados, bem como uma estrutura de ligação entre ambos e que lista todos os focos de atenção/ juízos diagnóstico formulados

pelos enfermeiros constantes no SAPE das Unidades de Saúde dos ACES e das Unidades Hospitalares em 2013 (Bento, 2020).

Utilizou-se a parametrização nacional do SClínico, usada pelos enfermeiros para documentar todo o processo de cuidados (juízo diagnóstico, intervenções e resultados dos cuidados), que se baseia na linguagem da CIPE, estando atualmente em uso no âmbito das ECCI's. Esta parametrização é adequada para estruturar o formulário, assim como para listar as variáveis que configuram o grupo dos "processos de vida e de saúde" e "focos" associados à dependência no autocuidado, isto é, a necessidades de cuidados das pessoas dependentes que vivem no domicílio.

O conjunto dos cuidados/intervenções potencialmente promotoras da manutenção, recuperação e ou melhoria da saúde e bem-estar e promoção do autocuidado, de acordo com o juízo profissional dos enfermeiros, configuram "os cuidados necessários". Este grupo de variáveis foram listados a partir de um estudo, realizado na Escola Superior de Enfermagem do Porto, que deu origem à Ontologia de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2020) e associa diagnósticos de enfermagem a intervenções com identidade referencial.

Considerámos também necessário tomar como foco, três outros grupos de variáveis, para além das variáveis de caracterização sociodemográfica da pessoa dependente no autocuidado e do seu familiar cuidador, que são as variáveis "frequência [de cuidados] esperada", "frequência [de cuidados] implementada" e "quem implementa os cuidados necessários".

A "frequência" [de cuidados] esperada corresponde ao "número de ocorrências durante um dado período de tempo", ou seja, o "número de repetições por unidade de tempo" (ICN, 2011, p. 103), que de acordo com o juízo clínico dos EEER que procederam à recolha de dados, era necessário implementar a intervenção baseados na evidência científica e competências profissionais em condições desejáveis, conforme a condição clínica da pessoa dependente exigisse.

A "frequência" [de cuidados]implementada corresponde ao "número de repetições por unidade de tempo" (ICN, 2011, p. 103) em que a intervenção foi implementada, ou seja, reporta o número de vezes em que foi realizado esse cuidado/intervenção, no mesmo período de tempo, de acordo com a informação prestada pelo enfermeiro da ECCI e/ou pelo cuidador principal.

**Quadro 1** - Operacionalização das variáveis frequência

| | | | |
|---|---|---|---|
| Intervenção | **Frequência esperada** | Número de vezes por dia<br>Número de vezes por semana<br>Número de vezes por mês | Quantitativa Discreta |
| | **Frequência implementada** | Número de vezes por dia<br>Número de vezes por semana<br>Número de vezes por mês | Quantitativa Discreta |

**Caraterização da pessoa dependente e do cuidador principal**

Neste estudo *"Necessidades de cuidados de enfermagem de reabilitação, no processo respiratório, das pessoas dependentes no autocuidado e seus cuidadores em contexto domiciliário"* serão objeto de tratamento, análise e reflexão dados do formulário que dão resposta aos objetivos definidos.

Dados sociodemográficos:

- para a caraterização da pessoa dependente, consideraram-se as variáveis: sexo, idade, estado civil, nacionalidade, profissão, nível de escolaridade, situação que originou a dependência, instalação da dependência, tempo de dependência, consumo de medicamentos, número e variedade de fármacos consumidos, número de episódios de internamento e de recurso ao serviço de urgência no último ano, tipologia de referência indicada para os cuidados na ECCI e a constituição da família (Quadro 2).
- para a caraterização do cuidador principal, incluiu-se a sexo, idade, estado civil, nacionalidade, profissão, nível de escolaridade e grau de parentesco com a pessoa dependente (Quadro 3).

Para que as variáveis possam ser analisadas é imprescindível que sejam mensuráveis, o que exige a sua operacionalização em valores/unidades e o tipo de variável. Deste modo, nos quadros seguintes é apresentada a operacionalização das variáveis de caraterização da pessoa dependente e do familiar cuidador/cuidador principal.

**Quadro 2** - Operacionalização das variáveis de caraterização da pessoa dependente

| VARIÁVEL/CODIFICAÇÃO | VALORES DA VARIÁVEL | TIPO |
|---|---|---|
| **1 - Data de Admissão na ECCI** | | |
| **2 - Data de Avaliação** | | |
| **3 - Sexo** | 0: Masculino; 1: Feminino | Nominal dicotómica |
| **4 – Idade** | Em anos | Quantitativa contínua |
| **5 - Estado Civil** | 1: Casado/ União de facto; 2: Solteiro;<br>3: Viúvo; 4: Divorciado | Nominal |
| **6 - Nacionalidade** | 1: Portuguesa; 2: Não Portuguesa<br>Se não Portuguesa Especificar (Nacionalidade_outra_doente) | Nominal dicotómica |
| **7 - Profissão** | 1: Membros das forças armadas; 2: Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa; 3: Especialistas das profissões intelectuais e científicas; 4: Técnicos e profissionais de nível intermédio; 5: Pessoal dos serviços e vendedores; 6:Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura; 7: Operários, artífices e trabalhadores similares; 8– Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem; 9: Trabalhadores não qualificados; 10: Doméstico, Desempregado;<br>11: Pensionista/Reformado; 12: Estudante<br>Se Outra, especificar | Nominal |
| **8 - Nível de escolaridade** | 1: Nenhum; 2: Ensino básico: 1.º ciclo (4 anos); 3: Ensino básico-2.º ciclo (6 anos); 4: Ensino básico-3.º ciclo (9 anos); 5: Ensino secundário (11 ou 12 anos); 6: Ensino superior | Nominal |
| **9 - Situação que originou a dependência envelhecimento**<br>**9.a. Situação que originou a dependência acidente;**<br>**9.b. Situação que originou a dependência doença aguda;**<br>**9.c. Situação que originou a dependência doença crónica** | 0: Não; 1: Sim<br>0: Não; 1: Sim<br>0: Não; 1: Sim | Nominal Dicotómica |

| | | |
|---|---|---|
| **9.d. Situação que originou a dependência** | 0: Não; 1: Sim<br><br>5: outra | |
| **10 - Instalação da Dependência** | 1: Súbita<br>2: Gradual | Nominal Dicotómica |
| **11 - Tempo de dependência** | N.º meses | Quantitativa discreta |
| **12 - Consumo de Medicamentos** | 0: Não; 1: Sim | Nominal Dicotómica |
| **13 - Variedade de Fármacos** | N.º absoluto de fármacos diferentes | Quantitativa discreta |
| **14 - Fármacos nas tomas/dia** | N.º absoluto de fármacos | Quantitativa discreta |
| **15 - Internamentos no último Ano** | Nº de internamentos | Quantitativa discreta |
| **16 - Episódio de recursos**<br>**Serviço Urgência** | Nº de episódios | Quantitativa discreta |
| **17 - Tipologia de Referência:**<br>**Cuidados de Reabilitação**<br><br>**Cuidados de Enfermagem**<br><br>**Cuidados de Fisioterapia**<br><br>**Acompanhamento Psicológico**<br><br>**Cuidados Paliativos** | <br>0: Não; 1: Sim<br><br>0: Não; 1: Sim<br><br>0: Não; 1: Sim<br><br>0: Não; 1: Sim<br><br>0: Não; 1: Sim | Nominal dicotómica |
| **18 - Constituição da família** | 1: Família constituída apenas pelo casal<br>2: Família constituída por casal e um filho<br>3: Família constituída por casal e dois ou mais filhos<br>4: Grupo de pessoas que coabita e que consiste em mais do que apenas os pais e os filhos<br>5: Família constituída por figura parental única; mãe, pai ou outro cuidador e presença de uma ou mais crianças ou outros dependentes | Nominal |

**Quadro 3** - Operacionalização das variáveis de caraterização do familiar cuidador/cuidador principal

| VARIÁVEL/CODIFICAÇÃO | VALORES DA VARIÁVEL | TIPO |
|---|---|---|
| **1 – Sexo** | 0: Masculino; 1: Feminino | Nominal dicotómica |
| **2 - Idade** | Em anos | Quantitativa Discreta |
| **3 - Estado Civil** | 1: Casado/ União de facto; 2: Solteiro;<br>3: Viúvo; 4: Divorciado | Nominal |
| **4 - Nacionalidade Não Portuguesa** | 1: Portuguesa; 2: Não Portuguesa<br>Se não Portuguesa Especificar | Nominal dicotómica<br>Nominal |
| **5 - Profissão** | 1: Membros das forças armadas; 2: Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa; 3: Especialistas das profissões intelectuais e científicas; 4: Técnicos e profissionais de nível intermédio; 5: Pessoal dos serviços e vendedores; 6:Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura; 7: Operários, artífices e trabalhadores similares; 8: Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem; 9: Trabalhadores não qualificados; 10: Doméstico, Desempregado;<br>11: Pensionista/Reformado; 12: Estudante;<br>13: Outra<br>Se Outra, especificar | Nominal |
| **6 - Nível de escolaridade** | 1: Nenhum; 2: Ensino básico: 1.º ciclo (4 anos); 3: Ensino básico-2.º ciclo (6 anos); 4: Ensino básico-3.º ciclo (9 anos); 5: Ensino secundário (11 ou 12 anos); 6: Ensino superior | Nominal |
| **7 - Grau de Parentesco** | 1: Pai; 2: mãe; 3: filha; 4: filho; 5: conjugue; 6: outro<br>Outro especificar | Nominal |

### Necessidades de cuidados das pessoas a nível respiratório

Os diagnósticos de enfermagem tradutores do compromisso e necessidades de cuidados associados ao processo respiratório, que foram analisados são:

- Ventilação Comprometida.
- Limpeza da via aérea comprometida (Quadro 4)

**Quadro 4** - Operacionalização das variáveis: processo respiratório

| FOCO/JUÍZO | INTERVENÇÕES | VALORES DA VARIÁVEL | TIPO |
|---|---|---|---|
| **Ventilação comprometida** | Posicionar para otimizar a ventilação<br>Prescrição | 0: Não<br>1: Sim | Nominal Dicotómica |
| | Iniciar oxigenoterapia<br>Prescrição | 0: Não<br>1: Sim | Nominal Dicotómica |
| | Executar técnica respiratória<br>Prescrição | 0: Não<br>1: Sim | Nominal Dicotómica |
| **Limpeza da via aérea comprometida** | Aspirar via aérea<br>Prescrição | 0: Não<br>1: Sim | Nominal |
| | Executar inaloterapia<br>Prescrição | 0: Não<br>1: Sim | Nominal Dicotómica |
| | Executar cinesiterapia respiratória<br>Prescrição | 0: Não<br>1: Sim | Nominal Dicotómica |
| | Treinar técnica respiratória<br>Prescrição e Beneficiário | 0: Não<br>1: Sim, ao doente<br>2: Sim, ao cuidador<br>3: Sim, a ambos | Nominal |
| | Treinar a executar inaloterapia<br>Prescrição e Beneficiário | 0: Não<br>1: Sim, ao doente<br>2: Sim, ao cuidador<br>3: Sim, a ambos | Nominal |

A atitude terapêutica analisada, sobre a sua presença ou ausência foi:

- Oxigenoterapia (Quadro 5)

**Quadro 5** - Operacionalização da variável: atitude terapêutica

| ATITUDE TERAPÊUTICA | INTERVENÇÕES | OPERACIONALIZAÇÃO | TIPO |
|---|---|---|---|
| **Oxigenoterapia** | Ensinar sobre Oxigenoterapia<br>Prescrição e Beneficiário | 0: Não<br>1: Sim, ao doente<br>2: Sim, ao cuidador<br>3: Sim, a ambos | Nominal |

### Parâmetros respiratórios

Alem dos referidos dados foram avaliados parâmetros respiratórios: SpO2, PFE e FEV1 (Quadro 6).

**Quadro 6** - Operacionalização das variáveis: parâmetros respiratórios

| PARÂMETRO | VALORES DA VARIÁVEL | TIPO |
|---|---|---|
| **SpO2** | Em percentagem | Quantitativa contínua |
| **PFE** | Em litro/minuto | Quantitativa<br>Continua |
| **FEV1** | Em litros | Quantitativa<br>Continua |

As necessidades de cuidados foram operacionalizadas, como correspondendo às intervenções prescritas pelo EEER investigador de acordo com as suas competências profissionais, a implementar pelos enfermeiros e/ou cuidadores familiares (principais e outros), em resposta a focos/diagnósticos de enfermagem presentes. Compreendem as propostas terapêuticas possíveis, de acordo com o atual estado da arte do conhecimento de Enfermagem, constantes da Ontologia de Enfermagem versão 1.2019, aprovada pela Ordem dos Enfermeiros, para cada foco de atenção a avaliar.

Após identificação dos diagnósticos de enfermagem, com base no juízo clínico, definiram-se as intervenções de enfermagem que era esperado que fossem realizadas face à situação observada (tipo de ação, frequência e beneficiário), e registaram-se as intervenções que eram efetivamente implementadas, de acordo com a informação, quer do enfermeiro da ECCI, quer da pessoa dependente, quer do cuidador (tipo de ação, frequência, beneficiário e quem as implementava).

A partir dos dados referentes a esta informação foi possível calcular a proporção de cuidados/intervenções implementadas face ao que seria de esperar em função da situação (utilizando o seguinte método, ex: PPOV_Proporção de imple_Esp (posicionar para otimizar ventilação [proporção de implementado face ao esperado] = (POV_Freq implementada/POV_ freq. Esperada) x 100, para perceber em que medida as intervenções prescritas pelo EEER eram realizadas.

A variável "Quem implementa os cuidados necessários?" integra o conjunto de prestadores de cuidados (profissional, pessoa ou entidade) mais frequentemente encontrados na literatura revista, que prestam os cuidados. Relativamente aos prestadores de cuidados profissionais incluíram-se os enfermeiros das ECCI, outros serviços de enfermagem contratados e os funcionários do apoio domiciliário, habitualmente cedidos por instituições particulares de solidariedade social (IPSS). Relativamente a cuidadores informais incluiu-se o "cuidador principal" (principal responsável pelos cuidados e que realiza a maior parte das tarefas); "outro membro da família/amigo" (pessoas que podem realizar algumas tarefas, mas que não assumem o mesmo grau de responsabilidade/decisão); "outros: especificar", para garantir a inclusão de outras possibilidades não previstas, e "ninguém", prevendo a possibilidade da intervenção poder ser necessária e nenhuma pessoa a realizar (Quadro 7).

**Quadro 7** – Operacionalização da variável: quem implementa os cuidados necessários

| VARIÁVEL | PRESTADOR DE CUIDADOS | VALORES DA VARIÁVEL | TIPO |
|---|---|---|---|
| **Quem implementa os cuidados necessários** | Enfermeiro da ECCI | 0: Não<br>1: Sim | Nominal Dicotómica |
| | Cuidador Principal | 0: Não<br>1: Sim | Nominal Dicotómica |
| | Outro membro da família/amigo | 0: Não<br>1: Sim | Nominal Dicotómica |
| | Outro serviço de Enfermagem contratado | 0: Não<br>1: Sim | Nominal Dicotómica |
| | IPSS | 0: Não<br>1: Sim | Nominal Dicotómica |
| | Outro | Especificar | Nominal |
| | Ninguém | 0: Não<br>1: Sim | Nominal Dicotómica |

## 1.5. - HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO

Face aos objetivos descritos equacionaram-se as seguintes hipóteses (H) de investigação:

- H1: Existe relação entre a situação que originou a dependência (envelhecimento/doença crónica) e limpeza da via aérea comprometida e ventilação comprometida.

- H2: Existe relação entre tipo de instalação da dependência (súbita/gradual) e limpeza da via aérea comprometida e ventilação comprometida.

- H3: Existe diferença entre tempo de dependência e ventilação comprometida e limpeza da via aérea comprometida.

- H4: Existe relação entre tipologia de referenciação cuidados de reabilitação e ventilação comprometida e limpeza da via aérea comprometida.

- H5: Existe diferença entre limpeza da via aérea comprometida e os parâmetros respiratórios.

- H6: Existe diferença entre ventilação comprometida e os parâmetros respiratórios.

## 1.6 - POPULAÇÃO/AMOSTRA

A população considerada para este estudo foi o conjunto de pessoas dependentes no autocuidado a viver no domicílio, e seus cuidadores, referenciadas e admitidas para cuidados domiciliários nas ECCI do ACES do Baixo Mondego.

A seleção das pessoas foi não probabilística sequencial, visto que as unidades de análise integraram o estudo à medida que foram admitidas para cuidados nas ECCI do ACES do Baixo Mondego.

Os critérios de inclusão definidos foram: ter condição de pessoa dependente no autocuidado a viver no domicílio, ter sido referenciada para cuidados continuados no domicílio para uma ECCI do ACES do Baixo Mondego, durante o período em que decorre o estudo e que aceitasse de forma voluntária e informada participar no estudo.

Tendo em conta o cronograma para a realização do estudo, o respeito pela adesão voluntária à participação, a taxa de ocupação e demora média de permanência das pessoas aos cuidados das ECCI em causa, foi apenas possível colher dados a 130 pessoas dependentes a viver no domicílio admitidas para cuidados por uma ECCI do ACES do Baixo Mondego o que corresponde a 81,8% do total de lugares disponíveis para cuidados nestas ECCI em 2/03/2020.

## 1.7 - PROCEDIMENTO DE RECOLHA DE DADOS

A recolha de dados foi realizada entre Julho de 2019 e Fevereiro de 2020 por três investigadores EEER membros da equipa de investigação, mestrandos em Enfermagem de Reabilitação. Foi efetuada no domicílio das pessoas dependentes no autocuidado referenciadas para uma ECCI do ACES do Baixo Mondego, onde os cuidados são prestados, através da administração indireta do questionário, visto que foi preenchido pelos investigadores, a partir das respostas dadas pelos participantes/cuidadores que aceitaram participar no estudo de forma voluntaria e informada.

Os dados recolhidos incluíam a realização de um juízo diagnóstico sobre os aspetos da saúde das pessoas dependentes no autocuidado, definidos como variáveis neste estudo. Para garantir que no processo de recolha de dados fossem usados procedimentos idênticos, efetivaram-se reuniões de trabalho semanais durante os meses de março, maio e junho de 2019, com todos os investigadores para discutir o formulário e os procedimentos de recolha de dados. Baseado na discussão e revisão da literatura científica, para uniformização da aplicação do formulário pelos investigadores, foram elaborados dois documentos orientadores:

1) Fluxograma para aplicação do formulário **(Anexo 2),** com a finalidade de orientar os investigadores na aplicação do formulário respeitando o período ideal de recolha de dados até 72h após a admissão de utente em ECCI;
2) Guia orientador para apoio à decisão clínica na aplicação do formulário **(Anexo 3)** para a uniformização do seu preenchimento a partir do relato das pessoas dependentes no autocuidado e/ou seu cuidador e a observação do investigador.

Nestes documentos constam as orientações e procedimentos a considerar no contacto com as famílias, na recolha de dados com vista ao juízo diagnóstico e no preenchimento do formulário.

Para o planeamento da recolha de dados, foi também concretizada uma reunião com todos os enfermeiros responsáveis pelas ECCI do ACES do Baixo Mondego, onde se operacionalizou o modo de contato dos enfermeiros das ECCI com os investigadores, de modo a garantir que os mesmos eram informados da admissão de novos utentes para cuidados pela ECCI até 72 horas após admissão.

No momento da recolha de dados os investigadores foram acompanhados pelo enfermeiro da ECCI responsável pelos cuidados à pessoa dependente. O primeiro passo foi sempre a obtenção do consentimento informado, respeitando o seguinte processo: primeiro, o investigador identificado com o cartão da Ordem dos Enfermeiros, apresentava-se à família (pessoa dependente e familiar cuidador); em seguida, informava sobre os objetivos e a finalidade da investigação; depois pedia a colaboração e caso obtivesse consentimento solicitava a assinatura do consentimento informado **(Anexo 4).** As dúvidas apresentadas foram sempre esclarecidas, e foi explicado que, em qualquer momento do preenchimento do formulário era possível desistir da participação no estudo. No que respeita ao preenchimento da parte do formulário referente à identificação das atitudes terapêuticas, dos focos comprometidos e das intervenções necessárias, o investigador fez a observação e procedeu ao registo do seu juízo diagnóstico (ação a implementar, beneficiário e frequência esperada), tendo solicitado ao enfermeiro responsável pelos cuidados e ao cuidador principal a informação necessária ao preenchimento do formulário correspondente às intervenções por eles implementadas, assim como sobre a frequência com que as implementavam.

Efetuou-se recolha de dados a todas as pessoas que concordaram participar no estudo (4 pessoas não concordaram participar no estudo e duas desistiram durante o procedimento da recolha de dados). O tempo médio utilizado na aplicação de cada formulário foi de cerca de 60 minutos.

## 1.8 - TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS

O processo de análise e tratamento de dados começou pela análise de cada formulário para verificação completa do preenchimento, assim como proceder à sua anonimização, removendo todos os elementos que possibilitassem a identificação da pessoa dependente avaliada, atribuindo-lhes um número. Seguidamente para a introdução dos dados no programa Programa IBM SPSS Statistics versão 24.0, foi realizado um procedimento de nomeação e codificação das variáveis utilizando um processo de partição do nome da variável de maneira a poder ser inserido no software. Foi então realizada uma simplificação que possibilitasse, não apenas inserir essa informação no

SPSS, mas também facilitasse a identificação da variável. Após isto foi atribuída uma legenda a cada variável que corresponde ao seu nome e foram codificados os valores para cada uma delas sendo criadas tabelas referentes às frequências absolutas e relativas de todas as variáveis.

Foram computadas variáveis referentes às proporções de implementação das intervenções face ao esperado, utilizando o seguinte método:

*ECR_ProporcaoImpl_Esp (Executar cinesiterapia respiratória [Proporção de implementado face ao esperado] =(ECR_FreqImpl/ETEMAP_FreqEsp)x100.*

Depois de computada a estatística descritiva, passou-se ao tratamento dos dados usando métodos de estatística inferencial tendo-se usado métodos paramétricos e não paramétricos.

Foram analisadas todas as associações entre variáveis, considerando-se significativas aquelas em que a probabilidade da associação ser efeito do acaso verificou um valor inferior a 5% ($p<0,05$).

## 1.9 - CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

As questões éticas foram asseguradas e todos os intervenientes foram esclarecidos sobre o conteúdo do formulário, garantia de anonimização da informação, proteção contra o desconforto e o prejuízo, a natureza do estudo e seus objetivos, da natureza voluntária, privacidade e da confidencialidade da informação recolhida.

Foi solicitada a cada pessoa o consentimento informado escrito para participar no estudo, e em casos de impossibilidade o consentimento foi solicitado ao seu representante/cuidador.

O exercício da responsabilidade profissional deve reconhecer e respeitar o caráter único e a dignidade de todas as pessoas envolvidas. Deste modo, foram cumpridos os princípios da Declaração de Helsínquia nomeadamente: preservação da saúde, dignidade, integridade, bem como o direito à autodeterminação, à privacidade e à confidencialidade da informação pessoal dos participantes.

Para a realização do estudo foi realizado pedido de autorização ao Conselho de Administração ARS do Centro que se pronunciou positivamente **(Anexo 5).**

Concomitantemente foi pedido parecer à  e Comissão de Ética para a Saúde da ARS Centro e à Comissão de Ética da UICISA:E da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra **(Anexo 6).**

A recolha dos dados apenas foi efetuada pelos próprios investigadores após o parecer positivo do Conselho de Administração e da Comissão de Ética para a Saúde da ARS do Centro e consentimento informado do dependente/cuidador.

# PARTE 3 - RESULTADOS

## 1 – ANÁLISE DESCRITIVA DOS DADOS

### 1.1 - PESSOA DEPENDENTE

A idade das pessoas dependentes situava-se entre os 28 e os 97 anos e era em média de 77,3 anos (Quadro 8).

**Quadro 8** - Caraterização das pessoas dependentes segundo a idade

| | N | MÍNIMO | MÁXIMO | MÉDIA | ERRO DESVIO |
|---|---|---|---|---|---|
| **IDADE** | 130 | 28 | 97 | 77,31 | 12,92 |

Verificou-se que 51,5% das pessoas dependentes eram do sexo masculino e 48,5% do sexo feminino (Quadro 9).

**Quadro 9** – Distribuição das pessoas dependentes por sexo

| SEXO | FREQUÊNCIA | PERCENTAGEM |
|---|---|---|
| Masculino | 67 | 51,5 |
| Feminino | 63 | 48,5 |
| Total | 130 | 100,0 |

A maioria das pessoas dependentes são casadas ou em união de facto (70%), seguindo-se os viúvos (20%), os solteiros (7,7%) e por fim os divorciados (2,3%) (Quadro 10).

**Quadro 10** – Caraterização das pessoas dependentes de acordo com o estado civil

| ESTADO CIVIL | FREQUÊNCIA | PERCENTAGEM |
|---|---|---|
| Casado/ União de facto | 91 | 70,0 |
| Solteiro | 10 | 7,7 |
| Viúvo | 26 | 20,0 |
| Divorciado | 3 | 2,3 |
| Total | 130 | 100,0 |

Apenas 0,8% das pessoas não eram de nacionalidade portuguesa (Quadro 11).

**Quadro 11** – Distribuição das pessoas dependentes por nacionalidade

| NACIONALIDADE | FREQUÊNCIA | PERCENTAGEM |
|---|---|---|
| Portuguesa | 129 | 99,2 |
| Não portuguesa | 1 | 0,8 |
| Total | 130 | 100,0 |

A larga maioria das pessoas dependentes são pensionistas/reformadas (86,9%), seguindo-se com uma percentagem muitíssimo inferior os trabalhadores não qualificados (3,8%) (Quadro 12).

**Quadro 12** - Distribuição das pessoas dependentes por profissão

| PROFISSÃO | FREQUÊNCIA | PERCENTAGEM |
|---|---|---|
| Doméstico Desempregado | 2 | 1,5 |
| Pensionista / Reformado | 113 | 86,9 |
| Estudante | 1 | 0,8 |
| Outra | 2 | 1,5 |
| Especialistas das profissões intelectuais e científicas | 1 | 0,8 |
| Técnicos e profissionais de nível intermédio Pessoal administrativo e similares | 1 | 0,8 |
| Pessoal dos serviços e vendedores | 1 | 0,8 |
| Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas | 2 | 1,5 |
| Operários, artificies e trabalhadores similares | 1 | 0,8 |
| Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem | 1 | 0,8 |
| Trabalhadores não qualificados | 5 | 3,8 |
| Total | 130 | 100,0 |

O nível de escolaridade mais frequente nas pessoas dependentes é o 1º ciclo ensino básico (61,5%) seguindo-se o 3º ciclo do ensino básico com (9,2%), o ensino superior (6,9%), o ensino secundário (3,8%) e por fim o 2º ciclo do ensino básico (3,1). De notar que 15,4 % das pessoas dependentes são analfabetas (Quadro 13).

**Quadro 13** – Distribuição das pessoas dependentes por nível de escolaridade

| NÍVEL DE ESCOLARIDADE | FREQUÊNCIA | PERCENTAGEM |
|---|---|---|
| Nenhum | 20 | 15,4 |
| Ensino básico – 1.º ciclo (4 anos) | 80 | 61,5 |
| Ensino básico – 2.º ciclo (6 anos) | 4 | 3,1 |
| Ensino básico – 3.º ciclo (9 anos) | 12 | 9,2 |
| Ensino secundário (11 ou 12 anos) | 5 | 3,8 |
| Ensino superior | 9 | 6,9 |
| Total | 130 | 100,0 |

O estado de dependência foi causado maioritariamente por doença crónica em 55,4% das pessoas e pelo processo de envelhecimento em 43,1% das pessoas. Em menor percentagem de pessoas a dependência foi causada por doença aguda (28,5%) e acidente (23,8%) (Quadro 14).

**Quadro 14** - Distribuição por situação que originou a dependência

| SITUAÇÃO QUE ORIGINOU A DEPENDÊNCIA | FREQUÊNCIA | PERCENTAGEM |
|---|---|---|
| Doença crónica | 72 | 55,4 |
| Envelhecimento | 56 | 43,1 |
| Doença aguda | 37 | 28,5 |
| Acidente | 31 | 23,8 |

A dependência instalou-se de forma gradual em 54,6% das pessoas e de forma súbita em 45,4%. O tempo de dependência é em média de 30,5 meses de tempo de duração, com um valor mínimo de 1 mês e máximo 302 meses (Quadro 15).

**Quadro 15** - Caracterização da dependência quanto ao modo de instalação da dependência e duração em meses

| **INSTALAÇÃO DA DEPENDÊNCIA** | **FREQUÊNCIA** | | | **PERCENTAGEM** | |
|---|---|---|---|---|---|
| Súbita | 59 | | | 45,4 | |
| Gradual | 71 | | | 54,6 | |
| Total | 130 | | | 100,0 | |
| **TEMPO DE DEPENDÊNCIA EM MESES** | **N** | **MÍNIMO** | **MÁXIMO** | **MÉDIA** | **ERRO DESVIO** |
| | 130 | 1 | 302 | 30,5 | 44,49 |

A grande maioria das pessoas referenciadas para ECCI foi para cuidados de reabilitação (66,9%), seguindo-se a referenciação para cuidados de Enfermagem (34,6%) (Quadro 16).

**Quadro 16** – Tipologia de referenciação de cuidados

| **TIPOLOGIA DE REFERÊNCIAÇÃO** | **FREQUÊNCIA** | **PERCENTAGEM** |
|---|---|---|
| CUIDADOS DE REABILITAÇÃO | 87 | 66,9 |
| CUIDADOS DE ENFERMAGEM | 45 | 34,6 |
| ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO | 2 | 1,5 |
| CUIDADOS PALIATIVOS | 2 | 1,5 |

A maior parte das pessoas da amostra (99,2%) consomem medicamentos (Quadro 17).

**Quadro 17** - Distribuição por consumo de medicamentos

| **CONSUMO MEDICAMENTOS** | **FREQUÊNCIA** | **PERCENTAGEM** |
|---|---|---|
| Não | 1 | 0,8 |
| Sim | 129 | 99,2 |
| Total | 130 | 100,0 |

Alem disso, verifica-se uma toma diária média de um elevado número de medicamentos (10) e também de uma grande variedade média de medicamentos diferentes (7,3). Podemos também verificar, que estas pessoas dependentes recorreram ao serviço de

urgência no último ano em média 1,7 vezes, havendo pessoas que não recorreram à urgência e outras 15 vezes no ano. O número médio de internamentos no ano anterior é de 1, com pessoas com 8 internamentos anuais e outras sem nenhum (Quadro 18).

**Quadro 18** - Caraterização da pessoa dependente quanto ao estado de saúde

| ESTATÍSTICA DESCRITIVA - DOENTE | N | MÍNIMO | MÁXIMO | MÉDIA | ERRO DESVIO |
|---|---|---|---|---|---|
| Número de fármacos | 130 | 0 | 22 | 7,34 | 4,068 |
| Número de fármacos nas tomas/dia | 130 | 0 | 32 | 10,04 | 6,048 |
| Internamentos no último ano | 130 | 0 | 8 | ,96 | 1,067 |
| Episódios de recursos ao SU, no último ano | 130 | 0 | 15 | 1,72 | 1,884 |

1.2 – CUIDADOR PRINCIPAL

Apesar da amostra ser constituída por 130 pessoas dependentes, o número de cuidadores é de apenas 122, visto que 8 pessoas não tinham cuidador. Desses 122 cuidadores verificamos que 80,3% eram do sexo feminino e 19,7% do sexo masculino, com média de idades de 67,2 anos tendo o mais novo 35 anos e o mais velho 86 anos (Quadro 19).

**Quadro 19** – Caraterização do cuidador segundo o sexo e idade

| SEXO | FREQUÊNCIA | PERCENTAGEM |
|---|---|---|
| Masculino | 24 | 19,7 |
| Feminino | 98 | 80,3 |
| Total | 122 | 100,0 |

| IDADE | N | MÍNIMO | MÁXIMO | MÉDIA | ERRO DESVIO |
|---|---|---|---|---|---|
| | 122 | 35 | 86 | 67,2 | 11,588 |

Quanto ao grau de parentesco, constata-se que 50,8% dos prestadores de cuidados são cônjuge da pessoa dependente e 21,3% são filhas (Quadro 20).

**Quadro 20** - Distribuição do cuidador por grau de parentesco

| GRAU DE PARENTESCO | FREQUÊNCIA | PERCENTAGEM |
|---|---|---|
| Mãe | 9 | 7,4 |
| Filha | 26 | 21,3 |
| Filho | 8 | 6,6 |
| Cônjuge | 62 | 50,8 |
| Outro | 17 | 13,9 |
| Total | 122* | 100,0 |

*Oito pessoas dependentes não tinham cuidador

A maioria dos cuidadores é casado ou vive em união de facto (79,5%), a seguir os divorciados (8,2%), seguindo-se os viúvos (6,6%) e em menor percentagem, mas com pequena diferença em relação aos anteriores os solteiros (5,7%) (Quadro 21).

**Quadro 21** - Distribuição do cuidador por estado civil

| ESTADO CIVIL DO CUIDADOR | FREQUÊNCIA | PERCENTAGEM |
|---|---|---|
| Casado/ união de facto | 97 | 79,5 |
| Solteiro | 7 | 5,7 |
| Viúvo | 8 | 6,6 |
| Divorciado | 10 | 8,2 |
| Total | 122 | 100,0 |

A nível profissional a maioria dos cuidadores são pensionistas/reformados (52,5%), domésticas/desempregados (22,1%) e trabalhadores não qualificados (9,8%), especialistas das profissões intelectuais e científicas (4,9%), técnicos e profissionais de nível intermédio (3,3%), pessoal administrativo e similares (2,5%), pessoal dos serviços e vendedores (1,6%). Havia ainda um membro das forças armadas, um agricultor ou trabalhador qualificado da agricultura e pescas e um quadro superior da administração pública/dirigente ou quadro superior de empresa (Quadro 22).

**Quadro 22** - Distribuição do cuidador por profissão

| PROFISSÃO DO CUIDADOR | FREQUÊNCIA | PERCENTAGEM |
|---|---|---|
| Membros das forças armadas | 1 | 0,8 |
| Doméstico Desempregado | 27 | 22,1 |
| Pensionista / Reformado | 64 | 52,5 |
| Outra | 1 | 0,8 |
| Pessoal administrativo e similares | 3 | 2,5 |
| Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa | 1 | 0,8 |
| Especialistas das profissões intelectuais e científicas | 6 | 4,9 |
| Técnicos e profissionais de nível intermédio Pessoal administrativo e similares | 4 | 3,3 |
| Pessoal dos serviços e vendedores | 2 | 1,6 |
| Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas | 1 | 0,8 |
| Trabalhadores não qualificados | 12 | 9,8 |
| Total | 122 | 100,0 |

Quanto à escolaridade verifica-se o predomínio do 1º ciclo do ensino básico (56,6%), seguindo-se o 3ºciclo do ensino básico (11,5%), o ensino secundário e superior (9%) e o 2º ciclo do ensino básico (8,2%). Importa ainda referir que 5,7% dos cuidadores são analfabetos (Quadro 23).

**Quadro 23** - Distribuição do cuidador por nível de escolaridade

| NÍVEL DE ESCOLARIDADE DO CUIDADOR | FREQUÊNCIA | PERCENTAGEM |
|---|---|---|
| Nenhum | 7 | 5,7 |
| Ensino básico - 1.º ciclo (4 anos) | 69 | 56,6 |
| Ensino básico - 2.º ciclo (6 anos) | 10 | 8,2 |
| Ensino básico - 3.º ciclo (9 anos) | 14 | 11,5 |
| Ensino secundário (11 ou 12 anos) | 11 | 9,0 |
| Ensino superior | 11 | 9,0 |
| Total | 122* | 100,0 |

*Oito pessoas dependentes não tinham cuidador

A composição da família da pessoa dependente é na sua maioria constituída apenas pelo casal (47,7%), seguidas de famílias com figura parental única; mãe, pai ou outro cuidador e presença de uma ou mais crianças ou outros dependentes (25,4%); da família constituída por casal e um filho (16,2%); de grupo de pessoas que coabita e que consiste em mais do que apenas os pais e os filhos (7,7%) e com menor percentagem (3,1%) famílias constituídas pelo casal e dois ou mais filhos (Quadro 24).

**Quadro 24** – Constituição da família

| **CONSTITUIÇÃO DA FAMÍLIA** | **FREQUÊNCIA** | **PERCENTAGEM** |
|---|---|---|
| Família constituída apenas pelo casal | 62 | 47,7 |
| Família constituída por casal e um filho | 21 | 16,2 |
| Família constituída por casal e dois ou mais filhos | 4 | 3,1 |
| Grupo de pessoas que coabita e que consiste em mais do que apenas os pais e os filhos | 10 | 7,7 |
| Figura parental única; mãe, pai ou outro cuidador e presença de uma ou mais crianças ou outros dependentes | 33 | 25,4 |
| Total | 130 | 100,0 |

## 1.3 - PROCESSO RESPIRATÓRIO: COMPROMISSOS E INTERVENÇÕES NECESSÀRIA/IMPLEMENTADAS

No momento de recolha de dados procedeu-se à avaliação dos compromissos apresentados pelas pessoas dependentes no processo respiratório. Seguidamente, apresenta-se a análise descritiva relativamente aos diagnósticos ventilação comprometida e limpeza da via aérea comprometida e análise das respetivas intervenções do tipo “executar” e “treinar” relativamente à proporção do implementado face ao esperado, assim como quem implementou as intervenções.

Das 130 pessoas dependentes avaliadas 64,6% apresentavam ventilação comprometida, isto é, 84 pessoas (Quadro 25).

**Quadro 25** - Ventilação comprometida

| | FREQUÊNCIA | PERCENTAGEM |
|---|---|---|
| Não | 46 | 35,4 |
| Sim | 84 | 64,6 |
| Total | 130 | 100,0 |

Sempre que se verificou a presença de ventilação comprometida foi avaliada a necessidade das intervenções: “posicionar para otimizar a ventilação”; “iniciar oxigenoterapia”; e “executar técnica respiratória”.

A intervenção “posicionar para otimizar a ventilação” foi prescrita a 38,1% das pessoas dependentes (32 pessoas) com ventilação comprometida (Quadro 26).

**Quadro 26** - Posicionar para otimizar a ventilação

| | FREQUÊNCIA | PERCENTAGEM |
|---|---|---|
| Não | 52 | 61,9 |
| Sim | 32 | 38,1 |
| Total | 84 | 100,0 |

Esta intervenção apesar de prescrita a 38,1% dos indivíduos com ventilação comprometida não é satisfeita na totalidade visto que a razão entre o implementado e o necessário é de 82,5% (Quadro 27).

**Quadro 27** – Proporção de implementação face ao esperado da intervenção posicionar para otimizar ventilação

| | N | MÍNIMO | MÁXIMO | MÉDIA | ERRO DESVIO |
|---|---|---|---|---|---|
| Posicionar para otimizar a ventilação (Proporção de implementado face ao esperado) | 32 | ,00 | 100,00 | 82,5000 | 30,48 |

O número de casos de frequências esperadas e implementadas divergem, e no caso da prescrição 6 vezes dia há 5 casos, essa frequência só é implementada a uma pessoa dependente. Também há situações em que a frequência implementada é maior que a esperada, o que acontece nas situações com menor número de frequência prescrita pelo EEER, importando referir que em 3,1% dos casos ninguém executa esta intervenção (Quadro 28).

**Quadro 28** - Posicionar para otimizar a ventilação: frequência esperada e frequência implementada

| | **FREQUÊNCIA ESPERADA** | | **FREQUÊNCIA IMPLEMENTADA** | |
|---|---|---|---|---|
| **VEZES/DIA** | **N** | **PERCENTAGEM** | **N** | **PERCENTAGEM** |
| 0 | 0 | 0 | 1 | 3,1 |
| 1/dia | 3 | 9,4 | 6 | 18,7 |
| 2/dia | 6 | 18,7 | 8 | 25,1 |
| 3/dia | 4 | 12,6 | 4 | 12,6 |
| 4/dia | 6 | 18,7 | 5 | 15,6 |
| 5/dia | 2 | 6,3 | 1 | 3,1 |
| 6/dia | 5 | 15,6 | 1 | 3,1 |
| 8/dia | 6 | 18,7 | 6 | 18,7 |
| Total | 32 | 100,0 | 32 | 100,0 |

A intervenção “posicionar para otimizar a ventilação” é executada na maioria das vezes (76,5%) pelo cuidador principal (Quadro 29).

**Quadro 29** – Posicionar para otimizar a ventilação: quem implementa

| QUEM IMPLEMENTA | FREQUÊNCIA | PERCENTAGEM |
|---|---|---|
| Enfermeiro ECCI | 2 | 5,9 |
| Cuidador Principal | 26 | 76,5 |
| Outro membro da família/amigo | 2 | 5,9 |
| IPSS | 3 | 8,8 |
| Ninguém | 1 | 2,9 |
| Total* | 34 | 100 |

*****Total é superior ao número de pessoas que requer a intervenção, pois existem intervenções que são implementadas por mais que um ator (enfermeiro, cuidador, outro e/ou funcionário IPSS)

Nenhuma das pessoas com ventilação comprometida necessitou da intervenção iniciar oxigenoterapia (Quadro 30).

**Quadro 30** - Iniciar oxigenoterapia

| | FREQUÊNCIA | PERCENTAGEM |
|---|---|---|
| Não | 84 | 100,0 |

Nas 84 pessoas dependentes com ventilação comprometida a intervenção “executar técnica respiratória” foi prescrita a 96,4% delas, isto é, a 81 pessoas (Quadro 31).

**Quadro 31** - Executar técnica respiratória

| | FREQUÊNCIA | PERCENTAGEM |
|---|---|---|
| Não | 3 | 3,6 |
| Sim | 81 | 96,4 |
| Total | 84 | 100,0 |

Esta intervenção não é executada na totalidade face ao esperado, e a razão entre o prescrito e o executado é de apenas 43,6% (Quadro 32).

**Quadro 32** – Proporção de implementação face ao esperado da intervenção executar técnica respiratória

| | **N** | **MÍNIMO** | **MÁXIMO** | **MÉDIA** | **ERRO DESVIO** |
|---|---|---|---|---|---|
| Executar técnica respiratória (Proporção de implementado face ao esperado) | 81 | ,00 | 100,00 | 43,6 | 38,7 |

Nas pessoas que necessitavam desta intervenção em 32,1% delas não havia qualquer intervenção neste sentido. Alem disso as intervenções prescritas com maior periodicidade semanal são as que tem menor ou nenhuma frequência de implementação. Há maior número de situações de implementação nas situações de menor periodicidade (2 e 3 vezes por semana), 1 caso (4 e 5 vezes por semana), não havendo nenhuma situação de frequência implementada nas situações de prescrição com maior frequência (6 e 7 vezes por semana) (Quadro 33).

**Quadro 33** - Executar técnica respiratória: frequência esperada e frequência implementada

| | **FREQUÊNCIA ESPERADA** | | **FREQUÊNCIA IMPLEMENTADA** | |
|---|---|---|---|---|
| **VEZES/SEMANA** | **N** | **PERCENTAGEM** | **N** | **PERCENTAGEM** |
| 0/semana | 0 | 0 | 26 | 32,1 |
| 2/semana | 3 | 3,7 | 28 | 34,6 |
| 3/semana | 31 | 38,3 | 25 | 30,9 |
| 4/semana | 13 | 16,0 | 1 | 1,2 |
| 5/semana | 14 | 17,3 | 1 | 1,2 |
| 6/semana | 1 | 1,2 | 0 | 0 |
| 7/semana | 19 | 23,5 | 0 | 0 |
| Total | 81 | 100,0 | 81 | 100,0 |

A “técnica respiratória” apenas é executada pelo enfermeiro da ECCI em 67,9% das pessoas que necessitavam, e como já referido em 32,1% dos casos não é executada (Quadro 34).

**Quadro 34** – Executar técnica respiratória: quem executa

| QUEM IMPLEMENTA | FREQUÊNCIA | PERCENTAGEM |
|---|---|---|
| Enfermeiro ECCI | 55 | 67,9 |
| Ninguém | 26 | 32,1 |
| Total | 81 | 100 |

Foi diagnosticada limpeza da via aérea comprometida em 23,8% das pessoas dependentes (Quadro 35).

**Quadro 35** - Limpeza da via aérea comprometida

| | FREQUÊNCIA | PERCENTAGEM |
|---|---|---|
| Não | 99 | 76,2 |
| Sim | 31 | 23,8 |
| Total | 130 | 100,0 |

Das 31 pessoas dependentes que apresentavam limpeza da via aérea comprometida 22,6% necessitavam de “aspirar via aérea” (Quadro 36).

**Quadro 36** - Aspirar via aérea

| | FREQUÊNCIA | PERCENTAGEM |
|---|---|---|
| Não | 24 | 77,4 |
| Sim | 7 | 22,6 |
| Total | 31 | 100,0 |

A proporção de implementação da intervenção “aspirar via aérea” face ao prescrito pelo enfermeiro de reabilitação foi de 62,5% (Quadro 37).

**Quadro 37** – Proporção de implementação face ao esperado da intervenção aspirar via aérea

| | **N** | **MÍNIMO** | **MÁXIMO** | **MÉDIA** | **ERRO DESVIO** |
|---|---|---|---|---|---|
| Aspirar via aérea (Proporção de implementado face ao esperado) | **6** | ,00 | 100,00 | 62,5 | 44,0 |

A intervenção “aspirar via aérea” não é executada a 16,7% das pessoas a que foi prescrita. Alem disso, podemos constatar que em 66,6% das pessoas dependentes a intervenção foi prescrita 4 vezes por dia, mas só foi implementada com essa frequência a 33,3% das pessoas (Quadro 38).

**Quadro 38** - Aspirar via aérea: frequência esperada e frequência implementada

| | **FREQUÊNCIA ESPERADA** | | **FREQUÊNCIA IMPLEMENTADA** | |
|---|---|---|---|---|
| **VEZES/DIA** | **N** | **PERCENTAGEM** | **N** | **PERCENTAGEM** |
| 0/dia | 0 | 0 | 1 | 16,7 |
| 1/dia | 1 | 16,7 | 1 | 16,7 |
| 2/dia | 1 | 16,7 | 2 | 33,3 |
| 4/dia | 4 | 66,6 | 2 | 33,3 |
| Total | 6 | 100 | 6 | 100,0 |

A intervenção “aspirar via aérea” é maioritariamente da responsabilidade do cuidador principal (62,5%), sendo também executada pelo enfermeiro da ECCI em 25% das situações (Quadro 39).

**Quadro 39** - Aspirar via aérea: quem implementa

| QUEM IMPLEMENTA | FREQUÊNCIA | PERCENTAGEM |
|---|---|---|
| Enfermeiro da ECCI | 2 | 25,0 |
| Cuidador Principal | 5 | 62,5 |
| Ninguém | 1 | 12,5 |
| Total* | 8 | 100 |

*Total é superior ao número de pessoas que requer a intervenção, pois existem pessoas a quem a intervenções é implementada por mais que um ator (enfermeiro e cuidador)

A intervenção “executar inaloterapia” era necessária em 22,6% das pessoas com limpeza da via aérea comprometida (Quadro 40).

**Quadro 40** - Executar inaloterapia

| | FREQUÊNCIA | PERCENTAGEM |
|---|---|---|
| Não | 24 | 77,4 |
| Sim | 7 | 22,6 |
| Total | 31 | 100,0 |

O rácio entre o implementado e o esperado relativamente a esta intervenção é de 23,8% (Quadro 41).

**Quadro 41**- Proporção de implementação face ao esperado da intervenção executar inaloterapia

| | N | MÍNIMO | MÁXIMO | MÉDIA | ERRO DESVIO |
|---|---|---|---|---|---|
| Executar inaloterapia (Proporção de implementado face ao esperado) | 6 | ,00 | 100,00 | 23,8 | 41,07 |

É evidente que esta intervenção não é executada em 66,6% dos casos. Alem disso há 66,6% das pessoas que necessitavam da intervenção 7 vezes por semana, mas essa frequência só é implementada em 16,7% das situações. (Quadro 42).

**Quadro 42** - Executar inaloterapia: frequência esperada e frequência implementada

| | FREQUÊNCIA ESPERADA | | FREQUÊNCIA IMPLEMENTADA | |
|---|---|---|---|---|
| **VEZES/SEMANA** | **N** | **PERCENTAGEM** | **N** | **PERCENTAGEM** |
| 0/semana | 0 | 0 | 4 | 66,6 |
| 3/semana | 1 | 16,7 | 1 | 16,7 |
| 4/semana | 1 | 16,7 | 0 | 0 |
| 7/semana | 4 | 66,6 | 1 | 16,7 |
| Total | 6 | 100 | 6 | 100 |

Esta intervenção é implementada pelo enfermeiro da ECCI em 16,7% das situações assim como pelo cuidador principal (Quadro 43).

**Quadro 43** - Executar inaloterapia: quem implementa

| QUEM IMPLEMENTA | FREQUÊNCIA | PERCENTAGEM |
|---|---|---|
| Enfermeiro da ECCI | 1 | 16,7 |
| Cuidador Principal | 1 | 16,7 |
| Ninguém | 4 | 66,6 |
| Total | 6 | 100 |

Das 31 pessoas com limpeza da via aérea comprometida 96,8% delas necessitavam de "cinesiterapia respiratória" (Quadro 44).

**Quadro 44** - Executar cinesiterapia respiratória

| | FREQUÊNCIA | PERCENTAGEM |
|---|---|---|
| Não | 1 | 3,2 |
| Sim | 30 | 96,8 |
| Total | 31 | 100,0 |

O rácio de implementação da intervenção "executar cinesiterapia respiratória" foi de 49% face ao que foi prescrito pelo EEER (Quadro 45).

**Quadro 45** - Proporção de implementação face ao esperado da intervenção executar cinesiterapia respiratória

| | N | MÍNIMO | MÁXIMO | MÉDIA | ERRO DESVIO |
|---|---|---|---|---|---|
| Executar cinesiterapia respiratória (Proporção de implementado face ao esperado) | 30 | ,00 | 100,00 | 49,0 | 27,2 |

Verifica-se que em 10% das situações necessárias não era executada cinesiterapia respiratória e nas situações em que a prescrição era em maior número de vezes por semana (4, 5 ou 7) não se verificou nenhuma situação em que esse número de vezes fosse implementado A maior frequência de implementação da cinesiterapia respiratória eram 2 ou 3 vezes por semana quando a maior parte das frequências prescritas eram superiores (Quadro 46).

**Quadro 46** - Executar cinesiterapia respiratória: frequência esperada e frequência implementada

| | FREQUÊNCIA ESPERADA | | FREQUÊNCIA IMPLEMENTADA | |
|---|---|---|---|---|
| **VEZES/SEMANA** | **N** | **PERCENTAGEM** | **N** | **PERCENTAGEM** |
| 0/semana | 0 | 0 | 3 | 10 |
| 1/semana | 1 | 3,3 | 0 | 0 |
| 2/semana | 0 | 0 | 14 | 46,7 |
| 3/semana | 9 | 30 | 13 | 43,3 |
| 4/semana | 5 | 16,7 | 0 | 0 |
| 5/semana | 5 | 16,7 | 0 | 0 |
| 7/semana | 10 | 33,3 | 0 | 0 |
| Total | 30 | 100 | 30 | 100 |

A intervenção “executar cinesiterapia respiratória” foi efetivamente executada a 90% das pessoas com essa prescrição e apenas foi implementada pelo enfermeiro da ECCI (Quadro 47).

**Quadro 47** - Executar cinesiterapia respiratória: quem implementa

| QUEM IMPLEMENTA | FREQUÊNCIA | PERCENTAGEM |
|---|---|---|
| Enfermeiro da ECCI | 27 | 90 |
| Ninguém | 3 | 10 |
| Total | 30 | 100 |

A intervenção “treinar técnica respiratória” foi prescrita em 42% situações em que havia limpeza da via aérea comprometida, sendo que na sua maioria foi treinado com o doente (29%) (Quadro 48).

**Quadro 48** - Treinar técnica respiratória: beneficiário

| | FREQUÊNCIA | PERCENTAGEM |
|---|---|---|
| Não | 18 | 58 |
| Sim: ao doente | 9 | 29,0 |
| Sim, ao cuidador | 2 | 6,5 |
| Sim, a ambos | 2 | 6,5 |
| Total | 31 | 100,0 |

O rácio de implementação desta intervenção face ao esperado também está abaixo do prescrito, visto que é de 49,9%. De notar também que a relação entre o prescrito e o executado é maior na intervenção “treinar técnica respiratória ao doente” (51,1%) do que “treinar técnica respiratória ao cuidador” (39,3%) (Quadro 49).

**Quadro 49** - Proporção de implementação face ao esperado da intervenção treinar técnica respiratória

| | N | MÍNIMO | MÁXIMO | MÉDIA | ERRO DESVIO |
|---|---|---|---|---|---|
| Treinar técnica respiratória ao doente (Proporção de implementado face ao esperado) | 11 | 28,57 | 66,7 | 51,1 | 15,1 |
| Treinar técnica respiratória ao cuidador (Proporção de implementado face ao esperado) | 4 | 28,6 | 42,9 | 39,3 | 7,1 |
| Treinar técnica respiratória (Proporção de implementado face ao esperado) | 13 | 28,6 | 66,7 | 49,9 | 14,1 |

Nesta intervenção também se verifica que apenas há casos de implementação 2 ou 3 vezes por semana não havendo casos de implementação nas situações em que foram prescritas 4,5 e 7 vezes por semana (Quadro 50).

**Quadro 50** - Treinar técnica respiratória: frequência esperada e frequência implementada

| | FREQUÊNCIA ESPERADA | | FREQUÊNCIA IMPLEMENTADA | |
|---|---|---|---|---|
| **VEZES/SEMANA** | **N** | **PERCENTAGEM** | **N** | **PERCENTAGEM** |
| 0/semana | 0 | 0 | 0 | **0** |
| 2/semana | 0 | 0 | 7 | 53,8 |
| 3/semana | 4 | 30,8 | 6 | 46,2 |
| 4/semana | 1 | 7,7 | 0 | 0 |
| 5/semana | 1 | 7,7 | 0 | 0 |
| 7/semana | 7 | 53,8 | 0 | 0 |
| Total | 13 | 100 | 13 | 100 |

A intervenção “treinar técnica respiratória” independentemente de ser ao doente, ao cuidador ou a ambos foi sempre implementada pelo enfermeiro da ECCI (Quadro 51).

**Quadro 51** - Treinar técnica respiratória: quem implementa

| QUEM IMPLEMENTA | FREQUÊNCIA | PERCENTAGEM |
|---|---|---|
| Enfermeiro da ECCI | 13 | 100 |
| Total | 13 | 100 |

A intervenção “treinar a executar inaloterapia” foi prescrita em apenas 12,9% dos casos em que se verificava o diagnóstico limpeza da via aérea comprometida (Quadro 52).

**Quadro 52** - Treinar a executar inaloterapia

| | FREQUÊNCIA | PERCENTAGEM |
|---|---|---|
| Não | 27 | 87,1 |
| Sim, ao doente | 0 | 0 |
| Sim, ao cuidador | 3 | 9,7 |
| Sim, a ambos | 1 | 3,2 |
| Total | 31 | 100,0 |

Também nesta intervenção a proporção de implementação face ao esperado se situa abaixo do desejável e apenas 32.1% do necessário é implementado (Quadro 53).

**Quadro 53** - Proporção implementação face ao esperado da intervenção treinar a executar inaloterapia

| | N | MÍNIMO | MÁXIMO | MÉDIA | ERRO DESVIO |
|---|---|---|---|---|---|
| Treinar a executar Inaloterapia ao doente (Proporção de implementado face ao esperado) | 1 | 42,86 | 42,86 | 42,8571 | . |
| Treinar a executar Inaloterapia ao cuidador (Proporção de implementado face ao esperado) | 4 | ,00 | 42,86 | 32,1429 | 21,42857 |
| Treinar a executar Inaloterapia (Proporção de implementado face ao esperado) | 4 | ,00 | 42,86 | 32,1429 | 21,42857 |

À semelhança de outras intervenções também se verifica que nesta não são implementadas em nenhuma situação as prescritas com maior frequência, e em 25% dos casos ninguém a executa.

**Quadro 54** - Treinar a executar inaloterapia: frequência esperada e frequência implementada

| | **FREQUÊNCIA ESPERADA** | | **FREQUÊNCIA IMPLEMENTADA** | |
|---|---|---|---|---|
| **VEZES/SEMANA** | **N** | **PERCENTAGEM** | **N** | **PERCENTAGEM** |
| 0/semana | 0 | 0 | 1 | 25 |
| 3/semana | 1 | 25,0 | 3 | 75 |
| 7/semana | 3 | 75,0 | 0 | 0 |
| Total | 4 | 100 | 4 | 100 |

Em todas as situações que foi feito treino de inaloterapia foi com a colaboração do enfermeiro da ECCI (Quadro 55).

**Quadro 55** - Treinar a executar inaloterapia: quem implementa

| **QUEM IMPLEMENTA** | **FREQUENCIA** | **PERCENTAGEM** |
|---|---|---|
| Enfermeiro da ECCI | 3 | 75,0 |
| Ninguém | 1 | 25,0 |
| Total | 4 | 100 |

Relativamente as atitudes terapêuticas consideradas das 130 pessoas dependentes apenas 3,8% necessitavam de oxigenoterapia (Quadro 56).

**Quadro 56** - Oxigenoterapia

| | **FREQUÊNCIA** | **PERCENTAGEM** |
|---|---|---|
| Não | 125 | 96,2 |
| Sim | 5 | 3,8 |
| Total | 130 | 100,0 |

Não houve necessidade de ensinar sobre oxigenoterapia a nenhuma pessoa dependente nem cuidador (Quadro 57).

**Quadro 57** – Ensinar sobre oxigenoterapia

| | FREQUÊNCIA | PERCENTAGEM |
|---|---|---|
| Não | 130 | 100,0 |

Os valores de SpO2 encontrados variaram entre os 85% e os 99%, com média de 95,9%. O FEV1 oscilou entre os 0,17 l e os 3,78l, com resultados médios de 1,8l. Por sua vez os valores de PEF situaram-se entre os 0,94l/m e os 529l/m e com média de 263,1l/m (Quadro 58).

**Quadro 58** – Resultados de SpO2, FEV1 e PFE

| | N | MÍNIMO | MÁXIMO | MÉDIA | DESVIO PADRÃO |
|---|---|---|---|---|---|
| SpO2 (%) | 100 | 85 | 99 | 95,9 | 2,3 |
| FEV1 (l) | 60 | ,17 | 3,8 | 1,8 | ,8 |
| PFE (l/m) | 60 | ,94 | 529,0 | 263,1 | 112,1 |

## 2 - ANÁLISE INFERENCIAL DOS DADOS

**Relação entre a situação que originou a dependência (envelhecimento/doença crónica) e limpeza da via aérea comprometida e ventilação comprometida**

Para testar a hipótese recorreu-se ao teste qui-quadrado (teste não paramétrico). Verificou-se que existe relação estatisticamente significativa entre situação que originou a dependência "envelhecimento" e as intervenções executar cinesiterapia respiratória (p=0,033) e posicionar para otimizar a ventilação (p=0,032).

A situação que originou a dependência "doença crónica" tem relação estatisticamente significativa com o diagnóstico limpeza da via aérea comprometida (p=0,041) e com as intervenções executar cinesiterapia respiratória (p=0,024) e posicionar para otimizar a ventilação (p=0,031) (Quadro 59).

**Quadro 59** - Resultados do teste Qui-quadrado entre envelhecimento/doença crónica e limpeza da via aérea comprometia e ventilação comprometida

| | **VARIÁVEIS** | **SIGNIFICÂNCIA** |
|---|---|---|
| Envelhecimento | Executar cinesiterapia respiratória | 0,033 |
| | Posicionar para otimizar a ventilação | 0,032 |
| Doença Crónica | Posicionar para otimizar a ventilação | 0,031 |
| | Limpeza da via aérea comprometida | 0,041 |
| | Executar cinesiterapia respiratória | 0,024 |

**Relação entre tipo de instalação da dependência (súbita/gradual) e limpeza da via aérea comprometida e ventilação comprometida.**

Para testar esta hipótese também se utilizou-se o teste qui-quadrado (teste não paramétrico) e constatou-se que existe relação estatística entre o tipo de instalação da dependência e limpeza da via aérea comprometida (p=0,011) e as intervenções

executar inaloterapia (p=0,013) e executar cinesiterapia respiratória (p=0,006). (Quadro 60).

Não há relação estatística entre o tipo de instalação da independência com o diagnóstico ventilação comprometida e as respetivas intervenções.

**Quadro 60** - Resultados do teste Qui-quadrado entre instalação da dependência súbita/gradual e limpeza da via aérea comprometia e ventilação comprometida

| | **VARIÁVEIS** | **SIGNIFICÂNCIA** |
|---|---|---|
| **Instalação da dependência** | Limpeza da via aérea comprometida | 0,011 |
| | Executar inaloterapia | a) 0,013 |
| | Executar cinesiterapia respiratória | 0,006 |

a) Teste exato de Fisher 0,016
2 Células (50%) esperavam contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 3,18

**Diferença entre tempo de dependência e ventilação comprometida e limpeza da via aérea comprometida.**

Para testar esta hipótese utilizou-se o teste de Teste Mann-Whitney (não paramétrico) e verificou-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre o tempo de dependência e a intervenção posicionar para otimizar a ventilação (p=0,032) e o diagnóstico limpeza da via aérea comprometida (p=0,006) e as intervenções que lhe podem dar resposta: aspirar via aérea (P=0,018), executar cinesiterapia respiratória (p=0,014) e treinar técnica respiratória (p=0,024). (Quadro 61).

**Quadro 61** - Resultados de teste Mann-Whitney entre tempo de dependência e limpeza da via aérea comprometida e ventilação comprometida

| | VARIÁVEIS | | N | POSTO MÉDIO | MEDIA | U | SIGNIFICÂNCIA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TEMPO DE DEPENDÊNCIA | Posicionar para otimizar a ventilação | SIM | 32 | 77,86 | 36,53 | 1172,5 | 0,032 |
| | | NÃO | 98 | 61,46 | 28,48 | | |
| | Limpeza da via aérea comprometida | SIM | 31 | 81,85 | 40 | 1027,5 | 0,006 |
| | | NÃO | 99 | 60,38 | 27,47 | | |
| | Aspirar via aérea | SIM | 7 | 98,21 | 71,43 | 201,5 | 0,018 |
| | | NÃO | 123 | 63,64 | 28,13 | | |
| | Executar cinesiterapia respiratória | SIM | 30 | 80,37 | 36,53 | 1054 | 0,014 |
| | | NÃO | 100 | 61,04 | 28,64 | | |
| | Treinar técnica respiratória | SIM | 11 | 10,45 | 18,45 | 49 | 0,024 |
| | | NÃO | 18 | 17,78 | 42,78 | | |

**Relação entre tipologia de referenciação Cuidados de reabilitação e ventilação comprometida e limpeza da via aérea comprometida.**

Verificamos que existe relação estatisticamente significativa entre a referenciação para cuidados de reabilitação e as intervenções executar cinesiterapia respiratória (p=0,029) e treinar técnica respiratória (p=0,008) (Quadro 62). Não há relação estatisticamente significativa entre tipologia de referenciação e o diagnóstico ventilação comprometida e as suas intervenções.

**Quadro 62** - Resultados do teste Qui-quadrado entre tipologia de referenciação: cuidados de reabilitação e limpeza da via aérea comprometida e ventilação comprometida

| | VARIÁVEIS | SIGNIFICÂNCIA |
|---|---|---|
| Tipologia de referenciação: ´ Cuidados de Reabilitação | Executar cinesiterapia respiratória | 0,029 |
| | Treinar técnica respiratória | 0,008 |

**Diferença entre limpeza da via aérea comprometida e os parâmetros respiratórios**.

De modo a testar esta hipótese recorreu-se ao teste t-Student para amostras independentes (teste paramétrico) e verificou-se que existem diferenças

estatisticamente significativas entre limpeza da via aérea FEV1 (p=0,011) e PFE (0,002) (Quadro 63).

**Quadro 63** - Resultados do teste *t-Student* para amostras independentes entre limpeza da via aérea e SpO2, FEV1 e PFE.

| VARIÁVEL | LVA COMPROMETIDA | MÉDIA | SIGNIFICÂNCIA |
|---|---|---|---|
| SpO2 | Não | 96,1 | O,267 |
| | Sim | 95,5 | |
| FEV1 | Não | 1,9 | 0,011 |
| | Sim | 1,1 | |
| PFE | Não | 279,3 | 0,002 |
| | Sim | 140,9 | |

**Diferença entre ventilação comprometida e os parâmetros respiratórios.**

Através do teste *t-Student* para amostras independentes pudemos verificar que existem diferenças estatisticamente significativas entre ventilação comprometida e os valores de SpO2 (p=0,000), FEV1 (p=0,003) e PFE (p=0,000). (Quadro 64).

**Quadro 64** - Resultados do teste t-Student para amostras independentes entre ventilação comprometida e SpO2, FEV1 e PFE

| VARIÁVEL | VENTILAÇÃO COMPROMETIDA | MÉDIA | SIGNIFICÂNCIA |
|---|---|---|---|
| SpO2 | Não | 97,7 | 0,000 |
| | Sim | 95,4 | |
| FEV1 | Não | 2,2 | 0,003 |
| | Sim | 1,6 | |
| PEF | Não | 361,8 | 0,000 |
| | Sim | 213,9 | |

## 3 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Pela análise das variáveis sociodemográficas constatamos que 51.5% das pessoas dependentes são do sexo masculino (67 pessoas) e 48,5% do sexo feminino (63 pessoas). Apesar da diferença ser pequena a percentagem de pessoas dependentes do sexo masculino é maior, contrariamente ao que se verifica na população portuguesa, inclusive nas pessoas com mais de 65 anos em que predominam as mulheres (INE, 2021). Ao contrário deste estudo, noutros verificou-se a predominância de mulheres idosas dependentes (Petronilho, 2013; Leonardo, 2011; Pereira, 2011; Costa, 2013; Rocha, 2015, Fernandes, 2014; Gonçalves, 2013; Rodrigues, 2020).

A idade das pessoas dependentes situava-se entre os 28 e os 97 anos, o que vem confirmar a ideia de que a dependência não se circunscreve só às idades mais avançadas. A média de idade das pessoas dependentes é avançada (77,3 anos), o que vai de encontro ao crescente envelhecimento da população verificado na sociedade atual, sendo a idade um fator de risco para a dependência. Esta média de idades das pessoas dependentes é igual ao encontrado no estudo das pessoas dependentes das sub-regiões do Cávado e do Ave (Petronilho, 2013). Noutros estudos a média de idades das pessoas dependentes no domicílio varia entre 67,6 anos no concelho de Paços de Ferreira (Leonardo, 2011; Pereira, 2011; Ribeiro, 2011), 72.2 anos no concelho da Maia (Rocha, 2015; Fernandes,2014), 72,6 anos no concelho de Lisboa (Martins, 2011; Costa, 2013), 78,4 anos no concelho do Porto (Silva, 2012), 81.7 anos num estudo realizado num ACES da ARS de Lisboa e Vale do Tejo (Viegas,2020) e 81.8 anos numa freguesia do concelho de Soure (Rodrigues, 2020).

Grande parte das pessoas são casadas ou em união de facto (70%), constatando-se uma percentagem importante de viúvos (20%), estando estes resultados em consonância com os de Rocha (2015); Petronilho (2013) e Fernandes (2014). Pelo contrário noutros estudos (Rodrigues, 2020; Costa, 2013; Gonçalves, 2013) a maioria das pessoas dependentes são viúvas.

Quanto à situação profissional, verificou-se que 86,9% das pessoas dependentes eram reformados/pensionistas, o que era expectável dadas as características da população em estudo, e como se verificou nos estudos de Rocha (2015), Fernandes (2014), Rodrigues (2020) e Petronilho (2013).

O nível de escolaridade da amostra é baixo com 15,4% das pessoas analfabetas, 61,5% de pessoas com o 1º ciclo do ensino básico (4 anos de escolaridade), 3,1% com o 2º ciclo do ensino básico, 9,2% com o 3º ciclo do ensino básico, 3,8% com o ensino secundário e 6,9% com o ensino superior. Nos estudos de Rocha (2015), Fernandes (2014), Rodrigues (2020), Viegas (2020) e Gonçalves (2013) também grande parte das pessoas dependentes possui apenas o 1º ciclo do ensino básico, tal como o que se verifica a nível nacional (INE, 2021). De salientar que no estudo de Petronilho (2013) é maior a percentagem de analfabetos (54,6%) do que pessoas com o 1º ciclo do ensino básico (38,3%).

Considerando a idade média das pessoas dependentes, conclui-se que estas terão nascido na década de 40 do século XX, indicando que a sua instrução primária esteve sujeita à política educativa do Estado Novo, ou seja, embora fosse obrigatória a frequência do ensino primário não era cumprida (Rosas & Brito, 1996). Neste sentido Guerreiro (2003) afirma que a atual população idosa tem um padrão de escolaridade baixo, visto que foi uma geração afastada da frequência escolar, limitada ao espaço doméstico e aos conhecimentos não formais, o que é mais evidente nas mulheres.

A maior causa de dependência foi a doença crónica em 55,4% das pessoas dependentes seguida do envelhecimento em 43,1% das pessoas, o que vai de encontro ao estudo de Regadas (2021) em Paços de Ferreira embora com percentagens diferentes. Pelo contrário, nos estudos de Rodrigues (2020) e Silva (2012) para a maioria das pessoas a dependência foi originada pelo envelhecimento seguindo-se as doenças crónicas. Também Dixe et al., (2019), apontam para que o aumento das situações de dependência é mais frequentemente causado pelo crescente envelhecimento e aumento das doenças crónicas. Tudo isto está interligado porque o envelhecimento populacional e as constantes transformações demográficas levam a um aumento das doenças crónicas (Sousa, Martins & Pereira, 2015).

No estudo de Petronilho (2013) a situação que originou a dependência foi maioritariamente a doença aguda (52,5%), sendo que este estudo está relacionado com a alta hospitalar do doente dependente no autocuidado, o que muitas vezes é resultado duma situação aguda. O facto de neste estudo o envelhecimento e a doença crónica serem as principais causas de dependência, fundamenta a ideia de que a dependência não é exclusiva da idade, mas à medida que esta avança aumentam as limitações funcionais, que são muitas vezes agravadas pela coexistência de doenças crónicas (Ribeiro & Pinto, 2014).

O tempo médio de dependência é de 2,5 anos (30,5 meses), mas com grande variabilidade em que o menor tempo de dependência é de 1 mês e o máximo 302 meses, ou seja, mais de 25 anos. O tempo médio de dependência de 2.5 anos, é baixo comparativamente com os encontrados nos estudos de Costa (2013) no concelho de Lisboa; Fernandes (2014), Costa (2015) e Rodrigues (2020) em que o tempo de dependência se encontra entre os 6 e 7 anos. No estudo de Petronilho (2013), sobre o destino das pessoas após a alta na região do Cávado e Ave, encontrou um tempo médio de dependência de 3,7 anos. No entanto, Regadas (2021), no concelho de Paços de Ferreira encontrou tempos médios de dependência de 11,5 anos.

A dependência instalou-se de forma súbita em 45,4% das pessoas e maioritariamente de forma gradual em 54,6% das pessoas, o que vai de encontro aos resultados dos estudos de Fernandes (2014), Rocha (2015), Rodrigues (2020), Costa (2013), Gonçalves (2013) e Regadas (2021), em que a instalação da dependência aconteceu de forma gradual em mais de metade das pessoas dependentes de todos os estudos, sendo consistente com um quadro associado aos processos de envelhecimento.

A maioria das pessoas dependentes foram referenciadas para cuidados de reabilitação (66,9%) e para cuidados de enfermagem (34,6%), havendo pessoas referenciadas para mais do que uma tipologia de cuidados e acompanhamento. A nível nacional nas ECCI, 49% dos motivos de referenciação é para cuidados de reabilitação e a nível da região centro 64%, valores muito próximos aos encontrados neste estudo (ACSS, 2021), o que implica a alocação de profissionais, no caso EEER, que deem resposta a estas necessidades.

Num dos aspetos relacionados com a condição de saúde, a esmagadora maioria das pessoas dependentes (99,2%) consomem medicamentos e apenas 0,8% não toma qualquer tipo de medicação. Verifica-se uma toma diária de medicação com número elevado de fármacos, 10 em média (e no máximo 32) e também grande variedade, sendo em média 7 medicamentos diferentes. Estes resultados relativos ao consumo de medicamento são convergentes com os encontrados noutros estudos (Costa, 2013; Fernandes, 2014; Rocha, 2015 e Rodrigues,2020), em que também se verificou polimedicação.

Como referem Ribeiro e Pinto (2014), o predomínio de doenças crónicas nestas faixas etárias leva a que com frequência se associem regimes medicamentosos complexos, o que também explica os resultados do estudo. Por sua vez, Almeida (2009) menciona que a população idosa é grande consumidora de fármacos, acumulando com frequência múltipla medicação por largos períodos de tempo.

A polimedicação é considerada como um dos principais problemas relacionados com a toma de medicamentos por pessoas idosas, resultado das vastas comorbilidades. Embora o elevado número de medicamentos possa trazer um aumento do risco de reações adversas, interações medicamentosa, internamentos hospitalares e problemas de adesão à terapêutica, entre outros, não podem ignorar-se as situações, em que devidamente supervisionada, essa polimedicação é efetivamente necessária para o tratamento e gestão da doença crónica nesta faixa etária (Hammond & Wilson, 2013; Zia, Kamaruzzaman, & Tan, 2015).

Por outro lado, e ainda no que se refere à condição de saúde, podemos verificar também, que as pessoas dependentes recorreram às urgências hospitalares no último ano em média 1,7 vezes e o número de internamentos médio no último ano foi cerca de 1, dados estes convergentes com os de Costa (2013) e Gonçalves (2013).

Uma vez que das pessoas dependentes no domicílio algumas tiveram 8 internamentos num ano e outras recorreram à urgência 15 vezes no mesmo período, aponta para situações de agravamento da situação e que pode denunciar falta de cuidados de saúde no domicílio.

Este estudo está relacionado com o processo respiratório, e à semelhança do que acontece a nível mundial, também em Portugal, as doenças respiratórias crónicas são uma das principais causas de mortalidade e morbilidade, cuja prevalência está relacionada com o aumento da esperança média de vida (ONDR, 2018). Alem disso, a patologia respiratória nos idosos é uma das principais causas de internamento e mortalidade, em que por exemplo a incidência e prevalência da DPOC e da pneumonia aumentam com a idade (Menoita, 2014a), sendo a média de idades das pessoas dependentes deste estudo elevada.

Por tudo isto, e uma vez que no contexto do estudo as visitas domiciliárias existem, seria importante perceber se as causas de internamento ou recurso ao serviço de urgência poderia ser evitado com aumento da frequência das visitas domiciliárias dos enfermeiros para vigilância do estado de saúde e apoio na gestão do regime terapêutico. Outra solução poderia ser o alargamento do horário de funcionamento das ECCI e/ou de uma linha telefónica de apoio permanente, para esclarecimento de dúvidas e orientações.

Veríssimo e Moreira (2004) referem que é exigido que os profissionais de saúde valorizem e desenvolvam a visita domiciliária, com carácter sistemático e de supervisão de cuidados, de forma a implementarem, com os membros da família, um plano de intervenção terapêutico, promotor de saúde e que previna atempadamente potenciais

complicações. No entanto, para que isso ocorra é necessário alocação suficiente de recursos humanos capacitados.

Um estudo efetuado por Elkan et al., (2001) concluiu que, com a introdução da visita domiciliária, se verificava uma diminuição na mortalidade, melhoria da qualidade de vida no domicílio e redução nas admissões a lares, havendo vários estudos que apontam no mesmo sentido (Hellstrom & Hallberg, 2001). Também Naylor et al., (1999) referiu que os idosos de risco que têm um acompanhamento de enfermagem regular no domicílio ou lares, recorrem menos vezes a serviços de urgência hospitalares e geram menos custos. Por sua vez Huang e Liang (2005), afirmam que os doentes a quem foi planeado o regresso a casa e que foram assistidos por enfermeiros depois da alta, têm menos readmissões hospitalares e consomem menos recursos.

Apesar da amostra ser constituída por 130 pessoas dependentes, o número de cuidadores é de apenas 122, visto que 8 (6,2%) pessoas não tinham cuidador. Esta situação não era suposto acontecer, uma vez que a referenciação para cuidados por ECCI pressupõe "rede de suporte social" (Decreto-lei no 101/2006 de 6 de junho, 2006). No entanto, verificando-se que em Portugal, 21% de pessoas com 65 anos ou mais que vivem sozinhas (Pordata, 2021), esta é uma realidade que tem que merecer atenção, num modelo de cuidados que dê resposta universal às pessoas dependentes no autocuidado, que querem continuar a viver em suas casas.

Os 122 cuidadores são expressivamente do sexo feminino (80,3%) confrontando com 19,7% do sexo masculino, indo ao encontro de outros estudos com pessoas dependentes e cuidadores familiares (Costa, 2013; Petronilho, 2013; Fernandes, 2014; Gonçalves, 2013; Rodrigues, 2020; Viegas, 2020) e com os dados nacionais disponíveis (OCDE, 2019). Este resultado reflete o que, socialmente e culturalmente é, ainda, construído nas sociedades da europa ocidental, atribuindo-se à mulher o papel de cuidadora dos membros da família (Rocha, 2015).

A feminização relacionada com o cuidador informal encontra-se descrita na literatura, em que desde muito jovens é incutido às mulheres o dever de organizar a casa e a família, cabendo-lhe também a tarefa de cuidar de seus familiares mais idosos (Almeida, Mafra, Silva, & Kanso, 2015). Alem disso a maior longevidade da mulher é outro aspeto que leva a que o cuidar da pessoa com dependência seja realizado no feminino. Imaginário (2004) acrescenta que as tarefas de prestação de cuidados às pessoas dependentes cabem, dentro da família, às mulheres mais próximas (esposa, filhas, noras), o que está relacionado com a educação recebida e com a representação social das funções da mulher. Estes fatores, segundo a mesma autora, contribuem para a ideia

de que as mulheres estão mais bem preparadas que os homens, têm maior capacidade de abnegação e de sofrimento, e são mais voluntariosas.

São poucos os estudos que identificam notável representatividade masculina nos cuidadores. Ainda não é muito habitual o homem (idoso) tornar-se cuidador da sua esposa o que reforça a imagem sociocultural dos cuidadores informais quase unicamente femininos (Sandberg & Erikson, 2007). No entanto, Ducharme et al. (2006) verificaram que os homens enquanto cuidadores informais, cuidam de forma mais intensiva das suas esposas, enquanto as mulheres, como cuidadoras informais dos seus maridos, referem queixas de tensão e do peso que têm a seu encargo.

A média de idades dos cuidadores é 67,2 anos variando entre os 35 e os 86 anos. Considerando esta média de idades e ao haver cuidadores com 86 anos de idade, faz prever ainda uma maior dificuldade na efetividade dos cuidados à pessoa dependente com potenciais implicações quer para os cuidados, quer para a sua saúde e bem-estar realçando o fenómeno de "idosos a cuidar de idosos" presente em vários estudos (Santos-Orlandi et al., 2017). O avançar da idade traz consigo limitações da capacidade funcional do cuidador, sendo de esperar que os idosos tenham maior dificuldade em exercer essa função (Rocha, Mota, Silva, Bonates, & Rocha, 2014). Alem disso, há associação significativa entre fragilidade e as variáveis sexo e idade verificando-se uma maior prevalência em mulheres com idade avançada, assim como uma maior predisposição a doenças psíquicas e físicas, problemas emocionais e financeiros (Santos-Orlandi et al., 2017).

Quanto ao grau de parentesco com a pessoa dependente no autocuidado, 50,8% dos cuidadores eram cônjuges, 27,9% são filhas(os), o que vai de encontro ao estudo de Costa (2013) em que a maioria dos cuidadores encontrados foram o cônjuge e de seguida os filhos. No entanto noutros estudos (Gonçalves, 2013; Rocha, 2015; Petronilho, 2013; Viegas, 2020) a grande maioria dos cuidadores são os filhos da pessoa dependente.

No que diz respeito ao estado civil constatamos que 79,5% são casados/união de facto, 8,2% divorciados, 6,6% viúvos e em menor percentagem, mas com pequena diferença em relação aos anteriores 5,7% solteiros. Noutros estudos também se verifica que a maior parte dos cuidadores são casados ou vivem em união de facto (Costa, 2013; Petronilho, 2013; Rocha, 2015; Petronilho, 2013; Rodrigues, 2020). Como refere Louro (2009) normalmente o cuidador é mulher casada que assume essa tarefa a partir de

uma relação matrimonial (cônjuge) ou de parentesco direto (filhos) e também por um imperativo de dever.

A maioria dos cuidadores são pensionistas/reformados (52,5%), o que era expectável dada a sua média de idades e que vai de encontro à grande parte dos estudos deste género (Rocha, 2015; Viegas, 2020; Rodrigues, 2020), Importa também mencionar que 25,4% dos cuidadores mantêm atividade profissional, o que poderá ter implicações na disponibilidade para o desempenho do exercício do papel de cuidador e necessita de ser pensado no quadro do modelo de cuidados. Noutros estudos verificou-se que a maioria dos cuidadores têm ocupação profissional (Costa, 2013; Gonçalves, 2013).

Em relação à escolaridade, assim como nas pessoas dependentes, também nos cuidadores o nível de escolaridade é baixo, sendo que 56,6% dos cuidadores possuíam 1º ciclo do ensino básico, 11,5% o 3º ciclo do ensino básico, 9% tinha o ensino secundário e com a mesma percentagem o ensino superior. O predomínio do ensino básico é verificado noutros estudos (Costa, 2013; Petronilho, 2013; Rocha, 2015; Viegas, 2020; Rodrigues, 2020). A percentagem de pessoas analfabetas é menor nos cuidadores (5,7%) do que nas pessoas dependentes (15,4%), mas estes resultados apontam, para uma situação mais desfavorável destas pessoas relativamente à população geral, que pode ser reflexo de pertencerem maioritariamente ao escalão etário dos maiores de 65 anos, assim como a grupos sociais menos favorecidos. A DGS (2019) afirma que há relação entre a escolaridade e as atividades de cuidar constatando-se que quanto maior nível de escolaridade melhor o desempenho nas tarefas de cuidar. Neste sentido, Rocha et al., (2014) afirmam que o baixo nível de literacia em saúde pode levar a dificuldades na compreensão do processo de doença do familiar dependente e dificuldades na prestação de cuidados criando grande tensão emocional e stress no cuidador. Por sua vez, a DGS (2019) acrescenta que os baixos níveis de literacia em saúde estão relacionados com um maior número de internamentos e utilização mais frequente dos serviços de urgência, assim como, com uma menor prevalência de atitudes individuais e familiares preventivas na área da saúde, resultando na diminuição da qualidade de vida. A população mais idosa apresenta uma proporção de níveis de literacia em saúde problemáticos e inadequados superiores a 80% entre as pessoas com mais de 75 anos (Espanha, Ávila e Mendes, 2016) e alem disso, as mulheres, apresentam níveis mais baixos de literacia em saúde comparativamente com os homens (Serrão et al., 2015). Considerando a população em estudo, uma dessas situações problemáticas pode estar relacionada com a gestão do regime terapêutico que também é um foco de atenção dos enfermeiros pela proximidade com a família, devendo estabelecer cuidados colaborativos ao longo do tempo e planear e implementar

intervenções que facilitem a integração do regime terapêutico nas atividades diárias da pessoa dependente. O enfermeiro também deve apoiar e dotar o cuidador de conhecimentos e capacidades que lhes possibilitem auxiliar a pessoa dependente na gestão e adesão ao regime medicamentoso, proporcionando estratégias de mudança de hábitos, em caso de necessidade (Torres, 2016). No entanto, se o cuidador for analfabeto ou com baixa literacia em saúde poderá ter dificuldade em colaborar na gestão do regime terapêutico da pessoa que cuida podendo existir maiores probabilidades de erro ou falhas nas intervenções necessárias.

A composição da família da pessoa dependente é na sua maioria constituída apenas pelo casal (47,7%), seguidas de famílias com figura parental única: mãe, pai ou outro cuidador e presença de uma ou mais crianças ou outros dependentes (25,4%); da família constituída por casal e um filho (16,2%); de grupo de pessoas que coabita e que consiste em mais do que apenas os pais e os filhos (7,7%) e com menor percentagem (3,1%) famílias constituídas pelo casal e dois ou mais filhos. Estes dados são convergentes com os encontrados por Gonçalves (2013), Costa (2013) e Petronilho (2013), confirmando a progressiva alteração no tamanho das famílias e da sua constituição, com repercussões na rede de apoio familiar disponível. Na maioria das situações (73,1%) a família é constituída por duas pessoas (famílias constituídas apenas pelo casal ou famílias com figura parental única: mãe, pai ou outros dependentes), tal como se verifica na população portuguesa em que a maioria dos agregados familiares são formados apenas por 2 pessoas (INE, 2021).

Após avaliação das 130 pessoas dependentes verificámos que 64,6% apresentavam ventilação comprometida, isto é, 84 pessoas. Destas 96,4% necessitavam da intervenção: “executar técnica respiratória” e 38,1% da intervenção “posicionar para otimizar ventilação”.

Rodrigues (2020) apesar de não especificar em termos de diagnósticos de enfermagem, concluiu que 18.3% das pessoas dependentes no autocuidado, numa freguesia do distrito de Coimbra apresentavam compromisso respiratório. Esta é uma percentagem considerável e a nível nacional o número de pessoas com problemas respiratórios tem aumentado sendo exemplo disso o crescimento da prescrição de cuidados respiratórios domiciliários com um aumento de 49903 prescrições de ventiloterapia entre 2015 e 2019 (MS, 2019). Considerando a média de idades das pessoas dependentes deste estudo, era de esperar a existência de pessoas com problemas respiratórios, visto que idosos são a faixa etária mais suscetível a estes problemas, podendo desenvolver mais

facilmente situações de insuficiência respiratória, atelectasias, acumulação de secreções e infeções respiratórias (ONDR, 2017).

Nas pessoas com ventilação comprometida a intervenção “posicionar para otimizar a ventilação” era necessária para 38,1% delas. A intervenção, apesar de não ser prescrita a todos os elementos da amostra não é satisfeita na totalidade visto que a proporção de implementação da intervenção é de 82,5% relativamente ao necessário, o que pode trazer consequências para as pessoas dependentes que necessitam dessa intervenção visto que o posicionamento incorreto diminui ou restringe a expansão torácica. Alem disso, qualquer situação ou doença que reduza o movimento da parede torácica pode causar uma diminuição da ventilação e se o diafragma não descer na totalidade com a respiração, o volume de ar inspirado diminui, e menos oxigénio é distribuído aos alvéolos e subsequentemente, aos tecidos (Potter & Perry, 2006), daí a importância da implementação desta intervenção.

A intervenção “posicionar para otimizar a ventilação” foi executada, na maioria das situações, pelo cuidador principal (76,5%), mas também se verificou que foi implementada, por funcionários de IPSS (8,8%), enfermeiro da ECCI (5,9%), ou por outro familiar/amigo (5,9%). Dada a necessidade de posicionamentos ao logo do dia e uma vez que o enfermeiro da ECCI normalmente realiza apenas uma visita diária, é logico que a intervenção seja executada na sua maioria pelo cuidador principal, que supostamente acompanha a pessoa dependente a maior parte do tempo.

Constatando-se que em 3,1% das pessoas ninguém executou a intervenção, que na sua maioria é executada pelo cuidador principal, seria importante perceber se será por falta de ensinos, instrução, treino, tempo ou incapacidade física. Esta intervenção traz benefícios para a pessoa dependente, atendendo que porque por exemplo uma mudança da posição ortostática para a posição supina compromete uma diminuição de 2% na capacidade vital, 7% na capacidade pulmonar total, 19% no volume residual e 30% na capacidade residual funcional. Também após um período prolongado de imobilidade no leito a capacidade vital e a capacidade de reserva funcional podem diminuir cerca de 25 a 50% (DeLisa & Gans, 2002).

A intervenção “executar técnica respiratória” foi prescrita a 96,4% das pessoas dependentes com ventilação comprometida, mas apenas foi executada a 67,9% das pessoas que necessitavam com uma proporção de implementação face ao esperado de 43,6%, e como seria de esperar sempre pelo enfermeiro da ECCI que detém os conhecimentos necessários para o fazer. Salienta-se que esta intervenção era necessária e ninguém a implementou relativamente a 32,1% das pessoas com

diagnóstico de ventilação comprometida. Alem disso as frequências 6 e 7 vezes por semana nunca são implementadas e as 4 e 5 vezes por semana apenas em 1,2% dos casos, havendo mais situações com implementação 2 e 3 vezes por semana.

Em síntese, a proporção de implementação face ao esperado do conjunto de intervenções dirigidas a este foco foi de 63,1% face ao esperado, e de 82,5% no caso da intervenção posicionar para otimizar a ventilação" e 43,6% no caso da intervenção "executar técnica respiratória".

Das 130 pessoas dependentes no autocuidado, 23,8% apresentam "limpeza da via aérea comprometida", o que é um número elevado dada a importância do processo corporal sistema respiratório na manutenção da vida. Os resultados deste estudo são semelhantes aos de Rocha (2015) no concelho da Maia em que 20,8% das pessoas dependentes apresentaram compromisso na limpeza das vias aéreas. No concelho do Porto, Silva (2012) e Gonçalves (2013) referem que 7,6% das pessoas dependentes apresentam evidências de compromisso do processo respiratório e em Paços de Ferreira 8,7% (Regadas, 2021). No concelho de Lisboa cerca de 8,1% apresenta sinais compromisso respiratório, isto nas pessoas dependentes no autocuidado com pior condição de saúde (Costa, 2013). Petronilho (2013) refere que 28,1% dos doentes que tem alta para o domicílio apresentam compromisso do processo respiratório (expetorar ineficaz), 1 mês após a alta no domicílio 64,1% dessas pessoas apresentam limpeza da via aérea comprometida, 2 meses após 60,9% e 3 meses após alta 63,1% das pessoas apresentam limpeza da via aérea comprometida. Dada a média de idades das pessoas dependentes esta percentagem não surpreende dada a comprovada vulnerabilidade dos idosos para problemas respiratórios (Rebelatto & Morelli, 2004).

No estudo efetuado por Petronilho (2013), na avaliação após o primeiro e segundo mês após o regresso a casa, foi considerável o agravamento da situação de saúde dos doentes dependentes, com um significativo compromisso nos processos corporais, com maior relevância para o processo respiratório. Por essa razão Bowles (2000) e Murashima, Nagata, Toba, Ouchi & Sagawa (2000*)*, referem os problemas ou complicações respiratórias, como uma das principais razões para a necessidade de continuidade de cuidados domiciliários, neste caso essencialmente prestados por EEER.

Das pessoas dependentes que apresentavam limpeza da via aérea comprometida 22,6% delas necessitavam de aspiração de via aérea. Esta intervenção é maioritariamente da responsabilidade do cuidador principal (62,5%), sendo também executada pelo enfermeiro da ECCI 25% das vezes em que a intervenção foi

implementada. A proporção de implementação da intervenção “aspirar via aérea” face ao prescrito pelo EEER foi de 62,5% e em 16,7% das pessoas em que foi considerada necessária não foi executada nenhuma vez. A não realização desta intervenção pode trazer consequências para a pessoa dependente, visto que uma das complicações que ocorre com relativa frequência, em pessoas dependentes no autocuidado, relaciona-se com situações de limpeza das vias aéreas ineficaz, acabando por levar a situações de infeções respiratórias principalmente em idosos (Bowles, 2000), o que é particularmente importante na população em estudo dada a média de idades.

Lafont (2003) refere que a aspiração de secreções pode ser necessária quando a tosse está comprometida bem como a alternância de posicionamento, porque se reduz a mobilização normal das secreções provenientes da árvore traqueobrônquica, o que pode levar a estase de secreções. Fernandes, Leite, Nascimento e Baciuk, (2013), reforçam que as restrições da mobilidade das pessoas dependentes no autocuidado também interferem com a limpeza das vias aéreas, visto que a diminuição do movimento ciliar e o mecanismo da tosse ineficaz, devido em parte à fraqueza dos músculos ventilatórios e abdominais, combinado com um padrão respiratório superficial, facilitam a acumulação de secreções. Tudo isto cria condições favoráveis para o desenvolvimento de infeções e atelectasias, como pode acontecer na população estudada.

Era necessário “executar inaloterapia” em 22,6% das pessoas com limpeza da via aérea comprometida e foi implementada em 16,7% dos casos pelo cuidador principal e na mesma percentagem pelo enfermeiro da ECCI. Não foi implementada em 66,6% dos casos necessários e a proporção da execução de inaloterapia face ao esperado foi de 23,8% do que foi prescrito, apesar da inaloterapia ser eficaz no tratamento e prevenção da estase de secreções (Cordeiro & Menoita, 2012). A necessidade de inaloterapia é notória e a nível nacional nos cuidados respiratórios domiciliários relacionados com inaloterapia em 2019 houve um aumento de 155% na prescrição de camaras expansoras face a 2018 (MS, 2019).

Das pessoas com limpeza da via aérea comprometida 96,8% necessitavam de cinesiterapia respiratória, sendo esta intervenção efetivamente executada a 90% das pessoas com essa prescrição, e apenas pelo enfermeiro da ECCI, que possui os conhecimentos necessários para intervir.

A intervenção “executar cinesiterapia respiratória” foi cumprida numa proporção de 49% face ao que foi prescrito pelo EEER, salientando-se que em 10% das pessoas que necessitavam da intervenção esta não era realizada com todas as consequências que

isso lhe poderia acarretar. Houve situações a quem a intervenção era prescrita com maior frequência (4, 5 e 7 vezes por semana) mas efetivamente isso não se concretizou, verificando-se que a maior frequência de implementação era 2 ou 3 vezes por semana.

A intervenção “treinar técnica respiratória” era necessária na proporção de 35,5% “treinar técnica respiratória ao doente” e de 13% “treinar técnica respiratória ao cuidador”. Como não poderia deixar de ser, a intervenção “treinar técnica respiratória” independentemente de ser ao doente, ao cuidador ou a ambos foi sempre implementada pelo enfermeiro da ECCI e a proporção de implementação face ao esperado também está abaixo do prescrito, visto que apenas são executadas 49,9% das prescrições face ao necessário.

A intervenção “treinar a executar inaloterapia” foi prescrita em apenas 12,9% das pessoas com limpeza da via aérea comprometida, e em todas as situações que foi feito treino de inaloterapia foi com a colaboração do enfermeiro da ECCI, de salientar que a 25% das pessoas ninguém realizou esta intervenção. Também nesta intervenção a proporção de implementação face ao esperado se situa abaixo do desejável e apenas 32.1% do necessário é implementado.

Constatámos que a razão de implementação face ao esperado das intervenções “treinar técnica respiratória ao cuidador” e “treinar a executar a inaloterapia ao cuidador” implementadas pelo enfermeiro não atinge os 40%. Deste modo seria importante perceber as causas dessa omissão de cuidados visto que a promoção das competências dos cuidadores são um alicerce fundamental para o exercício profissional dos enfermeiros e alem disso estes são considerados os promotores das aptidões da família/cuidador com o objetivo de melhorar as suas capacidades (Silva, 2007). Meleis et al., (2000) referem que assistir e apoiar as famílias a tomarem conta dos seus familiares dependentes é um aspeto fundamental do exercício profissional dos enfermeiros, porque uma transição associada à instalação de dependência no autocuidado é a assunção do papel de familiar cuidador. Por essa razão, frequentemente os familiares necessitam de ações educativas, de entrevistas de orientação e conhecimento das situações com as quais serão confrontados futuramente, pelo que se torna essencial integrá-los nos cuidados prestados ao seu familiar. Na verdade, a família também deve ser abrangida pelo processo de reabilitação, na medida em que são considerados como elementos não profissionais da equipa de reabilitação, visto que apoiam e cuidam das pessoas alvo dos cuidados de reabilitação, e o seu papel, necessidades ou expetativas não podem ser menosprezados (Hesbeen, 2002). Alem disso a intervenção dos EEER deve promover junto dos familiares cuidadores, maior

consciencialização sobre os cuidados não profissionais em que estes mostrem menor competência, para que desenvolvam mestria e assim fiquem capacitados para o exercício do papel de prestador de cuidados.

O Relatório de Primavera 2015 do OPSS (2015) também retrata a insuficiente assistência profissional proporcionada aos doentes e aos familiares cuidadores e no estudo de Viegas (2020) é referido que isto tem implicações no agravamento da condição de saúde de ambos, havendo evidência da falta de disponibilidade de tempo do enfermeiro da ECCI para a assistência profissional aos cuidadores. Mesmo assim, com um olhar mais pormenorizado sobre os dados percebemos que a maioria dos cuidados necessários são prestados pelos enfermeiros seguidos do cuidador principal, mesmo que em muitos casos a mesma intervenção possa ser, em momentos diferentes, implementada por diferentes entidades.

Há intervenções que foram exclusivamente executadas pelos enfermeiros da ECCI: "executar técnica respiratória", "executar cinesiterapia respiratória", "treinar técnica respiratória", "treinar a executar inaloterapia", o que mostra a necessidade de intervenção profissional, especialmente dos EEER, dada a percentagem de pessoas com alterações a nível do processo respiratório. Efetivamente os EEER desempenham um papel fundamental na reabilitação à pessoa com problemas respiratórios, na medida que possuem um conjunto ímpar de habilidades e conhecimentos especializados que permitem o cuidado centrado na pessoa (McDonald, Roberts & Inder, 2018).

Os dados mostram a existência de um conjunto de cuidados que pela sua complexidade, habilidades e conhecimentos exigidos, têm que ser garantidos por profissionais de saúde, em particular pelos EEER. Não se pode, nem é legítimo esperar que em muitos casos os cuidadores familiares assegurem esses cuidados, ou os efetuem sem acompanhamento próximo e sistemático de profissionais de saúde (Cline, 2015; Collière, 2003). Nota-se assim a importância e implicações para a ação profissional dos enfermeiros, principalmente EEER, tratando-se de áreas de atenção da saúde das pessoas dependentes muito focadas na sua área de intervenção clínica.

A proporção média de implementação face ao esperado das intervenções realizadas exclusivamente pelo EEER da ECCI ("executar técnica respiratória", "executar cinesiterapia respiratória", "treinar técnica respiratória" e "treinar a executar a inaloterapia") é de 43,7%, que alem de ser baixo é inferior à média da proporção do implementado face ao esperado a nível do processo respiratório (49,1%). Estas percentagens são muito baixas visto que a agudização da patologia respiratória crónica tem uma grande contribuição para as taxas de reinternamento hospitalar o que pode ser

prevenido se adequarmos os cuidados prestados à pessoa/família. Deste modo é importante a implementação de medidas preventivas às patologias respiratórias crónicas, que visem a diminuição do impacto das mesmas, assim como a promoção da literacia em saúde, realçando ainda a reabilitação respiratória como uma das formas de tratamento na patologia respiratória (Pinto et al., 2013).

É reconhecido que a RR tem efeito benéfico na pessoa alvo de cuidados, quer no prognóstico da doença, com menor número de agravamentos e menor mortalidade, quer na utilização racional dos serviços de saúde disponíveis, com menor recurso aos serviços de urgência e a consultas não programadas, constituindo-se assim uma importante ferramenta e uma mais-valia na gestão da doença respiratória devendo esta ser um foco de atenção por parte do EEER (OE, 2018). Alem disso o ONDR (2016) também refere que a evidência tem mostrado benefícios claros da RR a vários níveis, como diminuição do número de exacerbações e/ou da sua gravidade, redução dos custos diretos com a saúde, entre outras. Neste sentido a causa de alguns dos episódios de internamentos e recurso à urgência que verificámos, poderá estar relacionada com esta incompleta assistência profissional dos EEER, que se identificou.

Em sintese, nas intervenções que apenas foram executadas pelo enfermeiro da ECCI são: “executar técnica respiratória” (verificou-se ser necessária para 96,4% das pessoas com ventilação comprometida, cuja proporção de implementação face ao esperado foi de 43,6% e que não foi efetuada por ninguém a 32,1% das pessoas que necessitavam), “cinesiterapia respiratória” (foi prescrita a 96,8 % das pessoas com limpeza da via aérea comprometida, e a proporção de implementação face ao esperado da intervenção foi de 49,0%; e em 10% dos casos em que era necessária não foi implementada), “treinar técnica respiratória” (foi prescrita a 43,4% das pessoas e foi executada a todas as pessoas mas com proporção de implementação face ao esperado de 49,9%); “treinar a executar a inaloterapia” (foi prescrita 12,9% das pessoas com limpeza da via aérea comprometida, mas não foi implementado a 25% delas com uma proporção de implementação face ao esperado de 32,1%).

Com base nestes dados será indispensável reconsiderar as políticas de gestão de cuidados domiciliários ao nível de recursos humanos, recursos temporais e organizacionais que lhe são atribuídos. Viegas (2020) acrescenta que o recurso tempo, tem sido mal percebido e justificado, quer por enfermeiros, quer pelos gestores, necessitando ser investigado. Assim é importante perceber as causas dessa falta de tempo ou como é que ele é utilizado ou outras situações que interfiram que originem cuidados incompletos.

Das intervenções prescritas nenhuma foi implementada exclusivamente pelo cuidador principal, no entanto há intervenções que foram maioritariamente da sua responsabilidade e que se encontram diretamente relacionadas com prevenção de complicações que põem em causa a manutenção da vida: “aspirar via aérea” (62,5) e “posicionar para otimizar ventilação” (76,5%).

Relativamente à média global das proporções de implementação de intervenções no âmbito do processo respiratório, face à implementação esperada, verificou-se ser a mesma de 49,1%. As proporções de implementado, face ao esperado oscilaram entre 82,5%, no caso do “posicionar para otimizar a ventilação” e 23,8% no caso do “executar inaloterapia”, apontando também estes dados para intervenções que ficam por realizar ou que são realizadas com menos intensidade do que era necessário.

A proporção média de implementação face ao esperado das intervenções do tipo executar foi de 52,3% e do tipo treinar 41,3%, Apesar de ser difícil comparar os dados deste estudo, com outro sobre cuidados omissos, em que a metodologia é muito distinta, não se pode deixar de notar que esses estudos apontam para uma subordinação das intervenções do tipo ensinar/treinar a pessoa e família, às intervenções relacionadas com as necessidades fisiológicas (Jones, Hamilton & Murry, 2015). Esta situação também foi encontrada por Braga, Jesus & Araújo (2018), no contexto de serviços de medicina e cirurgia de 31 hospitais portugueses, em que foi mais frequente deixar por fazer intervenções que exigem mais tempo para serem concluídas e/ou requerem um tempo imprevisível, para além de serem menos suscetíveis de ser auditadas (Jones et al., 2015; Kalisch, 2006). Também no estudo de Loureiro (2019), em serviços de medicina e cirurgia de um centro hospitalar português verificou-se maior omissão de cuidados relacionados com a capacitação/autonomia do doente e menor omissão nos cuidados instrumentais.

A intervenções do tipo executar “posicionar para otimizar a ventilação”, e “aspirar via aérea”, apresentaram uma proporção de implementação, face ao esperado, acima da média global da proporção de implementação encontrada, distando da média, em sentido positivo, respetivamente, +33,4,0% e +13,4%. As intervenções: “executar cinesiterapia respiratória”, “executar técnica respiratória” e “executar inaloterapia”, situaram-se abaixo da proporção media, com uma diferença relativamente à média, em sentido negativo, de, respetivamente -0,1%, - 5,5% e - 25,3%.

A nível das intervenções do tipo treinar a média global das proporções, de realizado face ao esperado, foi de 41%, situando-se abaixo da proporção de implementação face ao esperado a nível do processo respiratório (49,1%). Constatou-se que as intervenções

“treinar técnica respiratória” ao doente e global (cuidador e doente), se situaram acima da proporção média de implementado face ao esperado, com uma pequena diferença relativamente à média, positiva, de, respetivamente, +2%, +0,8%. Já as intervenções, “treinar técnica respiratória ao cuidador”, “treinar a executar a inaloterapia ao doente”, “treinar inaloterapia” ao cuidador e global (cuidador e doente), se situaram abaixo da proporção média, com uma diferença, relativamente á mesma, negativa, respetivamente, de -9,8%, -6,2%, -17% e -17%.

Com estas percentagens de implementação das intervenções do tipo treinar é facilmente compreensível que as pessoas dependentes e/ou cuidadores não estão a ser capacitados adequadamente para a gestão do regime terapêutico no âmbito do processo respiratório. Isto vai de encontro a alguns estudos em Portugal que concluíram que são principalmente as famílias, que suportam o encargo de cuidar dos seus familiares dependentes (Figueiredo, 2007; Araújo, Paúl & Martins, 2010; Carvalho, 2010; Costa, 2013; Petronilho, 2013), mesmo sem serem preparados pela equipa de saúde para o processo de cuidados (Petronilho, 2007; Louro, 2009). Isto acontece apesar de prestar cuidados impor à família a necessidade de adquirir um conjunto de conhecimentos, capacidades e suporte que lhe permita enfrentar as tarefas do cuidar com capacidade e motivação para responder aos desafios de saúde (Petronilho, 2007; Ekwall, Silberg & Hallberg, 2005).

No domínio do processo respiratório, o EEER deve garantir à pessoa/família a compreensão acerca da sua doença e tratamento, minimizando os sintomas e garantindo os melhores resultados na gestão da doença respiratória (Mc Donald et al., 2018). A participação da pessoa/família na gestão da sua doença crónica fará com que se adapte à nova condição, incentivando a adesão terapêutica e identificação precoce de sinais de agudização da patologia respiratória crónica (Fundação Portuguesa do Pulmão, 2010) para isso devem estar preparados o que certamente não acontecerá nalguns destes casos, dada a percentagem de cuidados que não são realizados a nível das intervenções do tipo treinar que foram identificadas como necessárias. Neste sentido, como também refere Louro (2009), é prioritário que se faça uma preparação adequada da pessoa que vai assumir o papel de prestador de cuidados, ajudá-lo na aquisição de competências para que preste bons cuidados à pessoa dependente com satisfação no desempenho do seu papel. O enfermeiro deve preocupar-se em ajudar a família a desenvolver as suas competências para encontrar as soluções para os problemas de saúde, de forma a cumprir as suas funções de forma eficiente e saudável (Hanson, 2005), porque se os cuidados não forem desenvolvidos pela família, no

domicílio, pode levar a cuidados de enfermagem omissos que podem comprometer a segurança do doente (Azevedo & Sousa, 2012).

Os cuidados que ficam por executar correspondem a alguma parte do cuidado que é omitida no plano de cuidados (Loureiro, 2019) e na literatura encontram-se várias designações: “cuidados de enfermagem omissos” (Kalisch, Landstrom & Hinshaw, 2009), “tarefas deixadas por fazer” (Sochalski, 2004), “priorização/racionalização de cuidados” (Schubert et al., 2008) ou “cuidados incompletos” (Jones et al., 2015). Cuidados de enfermagem omissos (CEO – do inglês missed nursing care), são os cuidados de enfermagem necessários que são omitidos, em parte ou na totalidade, ou significativamente protelados, o que corresponde a um erro de omissão (Kalisch, 2015).

No caso deste estudo os CEO estão bem presentes, porque alem das referidas proporções de implementação face ao esperado, não houve nenhuma intervenção que atingisse 100%, ou seja, que fosse executada na totalidade conforme a prescrição do EEER.

Estes resultados não são exclusivos deste estudo uma vez que desde 2006, várias investigações têm vindo a dar visibilidade a uma elevada percentagem de cuidados que ficam por executar, mostrando que este é um problema significativo nos cuidados hospitalares, a nível internacional e em Portugal (Ausserhofer et al., 2014; Braga, Jesus, & Araújo, 2018; Jones et al., 2015; Kalisch, Tschannen, & Lee, 2011). Mais recentemente, um estudo de Phelan, McCarthy & Adams (2018a) veio alertar para que esta realidade se alarga aos cuidados na comunidade incluindo os cuidados domiciliários. Os resultados do nosso estudo trazem à luz esta realidade no contexto estudado, mostrando uma elevada proporção de cuidados que ninguém realiza ou ficam inacabados o que é preocupante porque é crítico em termos de resultados em saúde e para o bem-estar das pessoas e famílias.

As consequências da falta de cuidados são significativas e englobam fracos resultados em saúde nos doentes, questões de segurança nos cuidados e impacto no pessoal (Sochalski, 2004; Kalisch et al., 2009; Ausserhofer et al., 2014; Jones et al., 2015). Os CEO causam maiores taxas de mortalidade, infeções, menor satisfação dos doentes com os cuidados prestados e, consequentemente, comprometem o bem-estar do enfermeiro e da visão da enfermagem perante a sociedade (Recio-Saucedo et al., 2018), podendo essa omissão colocar o doente em risco de deterioração clínica (Harvey, Thompson, Willis, Meyer & Pearson, 2018). Quando os enfermeiros não têm tempo suficiente para concluir o trabalho necessário, os cuidados aos doentes podem ser atrasados ou omitidos (Phelan, McCarthy & Adams 2018b) originando CEO na

prática diária do enfermeiro, transformando-os num privilegiado indicador de qualidade dos cuidados de enfermagem e segurança do doente (Kalisch, 2015).

Os CEO são reconhecidos pelos enfermeiros por terem impacto no doente, no enfermeiro e na profissão causando um possível agravamento situação de saúde do doente, problemas de consciência no enfermeiro ou visão negativa da profissão pela sociedade (Paiva, Amaral & Moreira, 2021).

Os enfermeiros têm numerosas solicitações no seu trabalho diário, que condicionam a sua resposta às necessidades de cuidados dos cidadãos, mas apesar disso é inaceitável que uma pessoa doente não tenha acesso a cuidados de enfermagem. (Aiken et al., 2017). Há estudos que revelam que isto acontece porque a carga de trabalho dos enfermeiros na comunidade tem sido exagerada (Phelan et al., 2018b) e cada enfermeiro é responsável pela prestação de cuidados a várias pessoas com tempo limitado para cada um deles (Tønnessen, Nortvedt & Førde 2011). Além disso a previsão do número de pessoal para cuidados em segurança na comunidade é problemática para muitos serviços, devido a cargas de trabalho variáveis, doentes que alteram estado de dependência, tempos de deslocação diferentes e capacidade de resposta das diversas equipas de enfermagem (Bowers & Cook, 2012). Por outro lado, a austeridade global vivida nos últimos tempos provocou constrangimentos orçamentais para a saúde, com implicações nas dotações das equipas e consequente aumento da carga de cuidados (Loureiro, 2019), apesar de existir uma relação positiva entre o número de enfermeiros e a redução de CEO. (Aiken et al., 2017).

Por essa razão o objetivo dominante na redução de custos em cuidados domiciliários tem sido criticado, porque a contenção económica não é necessariamente compatível com os valores que os enfermeiros consideram cruciais para a prestação de cuidados de enfermagem eticamente defensáveis e individualizados Nos cuidados domiciliários, os enfermeiros identificam prioridades clínicas nos cuidados tendo em consideração a extensa carga de trabalho e a escassez de pessoal, já que a falta de tempo como um fator dominante e limitativo para a prestação de cuidados de enfermagem domiciliários (Tønnessen et al. 2011).

Deste modo seria importante aprofundar a investigação do fator tempo a nível de cada ECCI, quer seja o tempo utilizado na prestação direta de cuidados aos doentes/familiares assim como o utilizado nas deslocações e situações burocráticas para perceber qual o número de EEER a alocar a cada ECCI.

É fundamental tentar controlar todos os fatores e limitar os cuidados omissos, e neste caso a nível do processo respiratório, também porque de acordo com o ONDR (2020),

as doenças respiratórias continuam como uma das principais causas de morbilidade e mortalidade a nível mundial e também em Portugal.

Além disso, vários estudos têm relacionado as necessidades não satisfeitas com o aumento do risco de hospitalizações, readmissões hospitalares e maior recurso às urgências (Hass et al., 2017) e mortalidade (He et al., 2015). Efetivamente neste estudo encontrámos pessoas com vários internamentos e episódios de urgência num ano, o que também poderá estar relacionado com os cuidados omissos e a falta de assistência profissional no domicílio.

Num estudo mais recente, Beach et al., (2020), com uma amostra representativa da população americana, encontrou uma taxa global de consequências adversas relacionadas com necessidades não satisfeitas de 31,8%, sendo as necessidades que mais frequentemente ficam por satisfazer as que se relacionam com o autocuidado e a prevenção de complicações associadas à imobilidade, onde se podem incluir os focos ventilação e limpeza da via aérea.

Neste contexto, e visto que os cuidados de enfermagem, deixados por fazer ou adiados, comprometem a segurança do doente (Paiva et al., 2021), espera-se que com parte dos resultados deste trabalho se tenha conseguido a identificação contextual dos CEO que é fundamental para a implementação de medidas corretivas para a restruturação dos serviços de enfermagem, de forma a minimizar o problema, potencializar a segurança do doente e a qualidade dos cuidados prestados (Smith, Morin, Wallace & Lake, 2017).

Como refere a OE (2015b), também são elementos importantes face à organização dos cuidados de enfermagem de reabilitação, a dotação de EEER face à necessidade de cuidados, para a excelência do exercício profissional e máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem de reabilitação.

Uma vez que a prestação de cuidados continuados é um direito fundamental da pessoa e os cuidados domiciliários uma alternativa à hospitalização tradicional, é urgente tomar medidas que possibilitem uma resposta coordenada e atempada dos diversos níveis de cuidados como garantia da eficácia do atendimento ao doente, uma vez que a inoperância desta continuidade poderá limitar o sucesso de todo o empenho da equipa de prestação de cuidados (Duarte, 2010; Costa, 2013b). Além disso, os custos de funcionamento das ECCI são substancialmente menores que os constatados nas unidades de internamento da RNCCI (Filipe, 2015).

Relativamente as atitudes terapêuticas consideradas das 130 pessoas dependentes apenas 3,8% necessitavam de oxigenoterapia e em nenhum dos casos foi necessário

ensinar sobre oxigenoterapia, provavelmente porque não seria uma prescrição recente e a pessoa dependente e/ou cuidador já estavam capacitados para a intervenção.

A nível nacional, relativamente aos cuidados respiratórios domiciliários verifica-se um acréscimo de 5976 utentes com prescrição de tratamentos de oxigenoterapia em 2019 comparativamente a 2015, num total de 40.444 utentes, o que corresponde a 0,4% da população portuguesa estimada em 2019 (MS, 2019).

Os valores de SpO2 encontrados variavam entre os 85 e 99%, com média de 95,9%, sendo de realçar apenas o facto de haver pessoas com valores de 85%, o que é muito baixo em relação aos níveis considerados normais.

No que diz respeito ao FEV1, este oscilou entre os 0,17 e os 3,8l com média de 1,8l, o que é considerado baixo quando comparados com o valor médio de 3,24l encontrado por Carvalho, Rosa, Clérigo e Silva (2018) numa população adulta portuguesa saudável com média de 45 anos.

Os valores de PFE encontrados situaram-se entre os 0,94 e 529l/m com média de 263,1l/m que é muito mais baixa do que a encontrada por Teymeny et al., (2008) de 386l/m em pessoas entre os 50 e os 80 anos

Em relação às hipóteses, aplicou-se o teste Qui-quadrado para testar a hipótese “Existe relação entre a situação que originou a dependência (envelhecimento/doença crónica) e limpeza da via aérea comprometida e ventilação comprometida” tendo-se verificado que existe relação estatisticamente significativa entre situação que originou a dependência envelhecimento e as intervenções “executar cinesiterapia respiratória” (p=0,033) e “posicionar para otimizar a ventilação” (p=0,032).

Este resultado, em parte vai ao encontro do estudo de Silva (2012), em que se avaliou a condição de saúde de pessoas dependentes no domicílio, e se verificou que as pessoas mais velhas apresentaram pior condição de saúde e com sinais de compromisso respiratório (Silva, 2012).

Alem disso a mortalidade por doença respiratória manifesta-se sobretudo acima dos 70 anos (MS, 2019), o que está relacionado com a necessidade das referidas intervenções, quando a situação que originou a dependência foi o envelhecimento, visto que há mais probabilidade de problemas respiratórios.

A situação que originou a dependência doença crónica tem relação estatisticamente significativa com o diagnóstico limpeza da via aérea comprometida (p=0,041) e com as intervenções “executar cinesiterapia respiratória” (p=0,024) e “posicionar para otimizar a ventilação” (p=0,031).

Esta última intervenção apesar de ter relações com o envelhecimento e doença crónica foi mais prescrita na doença crónica (23 casos = 71,9%) do que no envelhecimento (19 casos = 59,4%).

A intervenção “executar cinesiterapia respiratória” tem relação estatisticamente significativa com a situação que originou a dependência sendo mais frequente no caso da doença crónica (22 casos = 73,3%) do que no envelhecimento (18 casos = 60%)

Após a aplicação de teste de Qui-quadrado para testar a hipótese “Existe relação entre tipo de instalação da dependência (súbita/gradual) e limpeza da via aérea comprometida e ventilação comprometida” concluiu-se que existe relação estatística entre o tipo de instalação da dependência e “limpeza da via aérea comprometida” (p=0,011) e as intervenções “executar inaloterapia” (p=0,013) e “executar cinesiterapia respiratória” (p=0,006). Por sua vez o tipo de instalação da independência não tem relação estatisticamente significativa com o diagnóstico “ventilação comprometida” e as respetivas intervenções.

Encontramos mais situações de “limpeza da via aérea comprometida” (n=31) nos indivíduos em que o tipo de instalação da dependência foi gradual (23 casos=74,2%) do que quando a instalação da dependência foi súbita (8 casos=25,8%).

No caso da intervenção “executar inaloterapia” verificou-se que só foi necessária nas situações em que a instalação da dependência foi gradual (7 casos=100%).

Relativamente à intervenção executar “cinesiterapia respiratória” (n=30) foi mais frequente nos indivíduos em que em que o tipo de instalação da dependência foi gradual (23 casos=76,7%) do que quando a instalação da dependência foi súbita (7casos=23,3%). No fundo a “limpeza da via aérea comprometida” e as intervenções “executar inaloterapia” e “executar cinesiterapia respiratória” são mais frequentes quando a instalação da dependência foi gradual, o que poderá estar relacionado com o processo de envelhecimento progressivo.

Através do teste de Mann-Whitney para testar a hipótese “Existe relação entre tempo de dependência e ventilação comprometida, e limpeza da via aérea comprometida”, verificaram-se relações estatisticamente significativas entre o tempo de dependência e a intervenção “posicionar para otimizar a ventilação” (p=0,032) e o diagnóstico “limpeza da via aérea comprometida” (p=0,006) e as intervenções que foram prescritas: “aspirar via aérea” (p=0,018), “executar cinesiterapia respiratória” (p=0,014) e “treinar técnica respiratória” (p=0,024).

As pessoas com mais tempo médio de dependência são as que apresentam “limpeza da via aérea comprometida”, necessitam de “aspirar de via aérea”, de “executar cinesiterapia respiratória” e de “posicionar para otimizar a ventilação”.

Constatou-se que as pessoas com limpeza da via aérea comprometida têm em média 40 meses de dependência. As intervenções “posicionar para otimizar a ventilação” e “executar cinesiterapia respiratória” foram necessárias em pessoas com tempos médios de dependência 36,5 meses.

A intervenção “aspirar via aérea” foi prescrita em pessoas com tempo de dependência médio de 71,4 meses, o que poderá ter resultado da evolução da doença. Podemos também refletir se isso não poderia ser evitado se as outras intervenções prescritas, fossem realizadas num tempo útil, de acordo a prescrição realizada pelo EEER.

Também há relação estatisticamente significativa entre tempo de dependência e “treinar técnica respiratória”, mas nesta intervenção ao contrário das anteriores as pessoas com maior tempo médio de dependência (42,3 meses) foi a quem não foi prescrita a intervenção. As pessoas a quem foi prescrita esta intervenção, tinham em média 18,5 meses de dependência, o que admitimos ser o resultado da aquisição de capacidades da pessoa e/ou cuidador, numa fase inicial, e que consequentemente se revelou eficaz.

Para testar a hipótese “Existe relação entre tipologia de referenciação Cuidados de reabilitação e ventilação comprometida e limpeza da via aérea comprometida” utilizou-se o teste Qui-quadrado e foi verificada relação estatisticamente significativa entre a referenciação para cuidados de reabilitação e as intervenções “executar cinesiterapia respiratória” ($p=0,029$) e “treinar técnica respiratória”($p=0,008$). Não há relação estatisticamente significativa entre o diagnóstico ventilação comprometida nem com nenhuma das suas intervenções.

A intervenção “executar cinesiterapia respiratória” era necessária em maior proporção nas pessoas referenciadas para cuidados de reabilitação e a intervenção treinar técnica respiratória apenas foi prescrita em pessoas referenciadas para cuidados de reabilitação (13 casos). Estas duas intervenções são exclusivamente realizadas pelos EEER, o que justifica a referenciação para esta tipologia de cuidados, devido à necessidade de cuidados de enfermagem especializados.

Após a aplicação do teste t-*Student* para amostras independentes concluiu-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre limpeza da via aérea FEV1 ($p=0,011$) e PFE ($p=0,002$). Apesar de não haver diferença estatisticamente significativa entre limpeza de via aérea e SpO2 constatamos que os valores médios de SpO2 nas

pessoas dependentes com limpeza de via aérea comprometida são inferiores (95,5%) aos das pessoas com que não tem limpeza da via aérea comprometida (96,1%).

Como verificado estatisticamente nas pessoas dependentes com limpeza da via aérea comprometida os valores médios de PFE e FEV1 são inferiores aquelas a quem não foi diagnosticado problemas de limpeza das vias aéreas. Além disso os valores obtidos são baixos, o que era expectável dado que nas pessoas com problemas respiratórios a nível da espirometria, verifica-se redução dos fluxos expiratórios, com a capacidade vital mantida, mas com incapacidade de gerar fluxos rápidos, levando a uma acumulação de secreções e assim prejuízo nas trocas gasosas (Spruit et al., 2013).

Dada a idade média das pessoas da amostra, além dos problemas respiratórios, nos idosos existem modificações nas características do sistema respiratório: a diminuição dos fluxos expiratórios máximos, aumento da capacidade vital forçada, aumento do volume residual, redução do volume corrente, capacidade pulmonar total estável, diminuição da capacidade de difusão, diminuição da pressão parcial de oxigénio e da SpO2 resultante da alteração da relação ventilação/perfusão, endurecimento da caixa torácica, aumento da complacência pulmonar diminuição do controlo respiratório e aumento da reatividade das vias aéreas. Além disso, nos idosos há também modificações no domínio dos mecanismos de defesa das quais: redução do transporte muco-ciliar, redução do reflexo da tosse e redução da resposta aguda aos alérgenos externos e da imunidade celular (Roach, 2003), o que provoca alterações a nível dos parâmetros respiratórios conforme constatado.

Recorrendo também ao teste t-*Student* para amostras independentes verificou-se que existe relação estatisticamente significativa entre ventilação comprometida e os valores de SpO2 (p=0,000), FEV1 (0,003) e PFE (0,000). Logicamente estes valores são menores nas pessoas dependentes com ventilação comprometida, o que também tem relação com a média de idade elevada das pessoas dependentes, visto que no sistema respiratório, as consequências do envelhecimento são semelhantes aos que acontecem em outros sistemas: sua função máxima gradualmente declina (Copley et al., 2009).

## CONCLUSÃO

As pessoas dependentes no autocuidado são maioritariamente homens entre os 28 e os 97 anos, com idade média de 77,3 anos com baixa escolaridade, a viver processos de dependência com uma duração média de 2,5 originada principalmente por doença crónica e envelhecimento. Foram referenciadas para ECCI principalmente para cuidados de reabilitação, e no último ano houve pessoas com 15 episódios de urgência e outros com 8 internamentos.

Os cuidadores familiares são principalmente mulheres, com idade compreendida entre os 35 e os 86 anos, sendo a média 67 anos e com baixo nível de escolaridade e alguns mantêm atividade profissional.

O tempo de dependência parece influenciar a presença do foco limpeza da via aérea e a necessidade de intervenções nesta área e na ventilação. Nas pessoas com mais tempo médio de dependência era necessária a intervenção posicionar para otimizar a ventilação, aspirar via aérea, e executar cinesiterapia respiratória e apresentavam limpeza da via aérea comprometida Assim, pode-se inferir que com o avançar do tempo a situação de saúde agrava, o que nos deixa a questão se será pelo evoluir natural da situação ou por cuidados insuficientes e se isso poderia ser minimizado com assistência profissional adequada e atempada.

A intervenção treinar técnica respiratória, pelo contrário é necessária nas pessoas com menor tempo de dependência, provavelmente porque as pessoas com maior tempo de dependência e/ou seus cuidadores já adquiriram essas capacidades.

Constataram-se diferenças estatisticamente significativas entre limpeza da via aérea e FEV1 e PFE, em que estes valores são menores nas pessoas em quem foi identificado este foco. Realçamos que não se verificou uma diferença estatisticamente significativa entre limpeza da via aérea comprometida e SpO2, mas os valores encontrados são menores nas pessoas com esta alteração.

Encontrou-se diferença estatisticamente significativa entre o foco ventilação e SpO2, FEV2 e PFE, com estes valores mais baixos em que foi diagnosticado o problema.

Nas pessoas dependentes no autocuidado assistidas nas ECCI do ACES do Baixo Mondego, 64,6% apresentavam ventilação comprometida e 23,8% limpeza da via aérea comprometida. Visto que estas pessoas foram referenciadas para cuidados em ECCI, e a maior parte para cuidados de reabilitação, não era suposto esta elevada presença de

problemas, que parecem desde logo indicar falta de acompanhamento por profissionais de saúde, principalmente EEER.

Ao calcular a proporção de intervenções implementadas face ao esperado a conclusão mais significativa, diz respeito à relativamente elevada percentagem de cuidados necessários que não são realizados, ou são realizados com menor frequência do que eram prescritos pelo EEER, ficando assim incompletos. A proporção de implementação das diferentes intervenções face ao esperado teve uma média global de 49,1%, com 63,1% a nível da ventilação e 43,5% a nível da limpeza da via aérea. Alem disso verificámos que a proporção de implementação face ao esperado das diferentes intervenções, independentemente de quem executa é bastante divergente situando-se entre os 23,8% e os 82,5%

Ao analisar a média global das proporções de executado face ao esperado, do conjunto das intervenções, por tipo de intervenção, verificamos que as intervenções do tipo executar obtêm a maior média (52,3%) do que treinar (41%). Esta baixa proporção de implementação das intervenções do tipo treinar pode levar a que a pessoa dependente e/ou cuidador não sejam capacitados para a implementação de algumas intervenções, de forma adequada. A presença de compromissos respiratórios aumenta a vulnerabilidade das pessoas dependentes e exige a presença de cuidadores competentes para prestarem os cuidados necessários e suporte profissional adequado para os capacitar. No entanto, pela escolaridade verificada supõe-se que alguns não terão um nível adequado de literacia em saúde o que pode comprometer o exercício do papel de prestador de cuidados e assim ter implicações significativas nos resultados em saúde das pessoas que tem ao seu cuidado.

As intervenções com maior proporção de implementação face ao esperado são “posicionar para otimizar a ventilação” (82,5%) e “aspirar via aérea” (62,5%), ambas executadas na sua maioria pelo cuidador principal numa percentagem de 76,5% e 62,5% respetivamente. Isto pode estar relacionado com a diferente valorização destas necessidades, ou por poderem ser executadas pelo cuidador que supostamente tem mais tempo junto da pessoa dependente e alem disso se essas necessidades não forem satisfeitas de imediato podem originar complicações graves e/ou pôr em causa a vida a curto prazo. Analisando a proporção de intervenções implementadas face ao esperado a conclusão mais significativa, diz respeito à relativamente elevada percentagem de cuidados necessários que não são realizados, ou são realizados com menor frequência do que eram prescritos pelo EEER, ficando assim incompletos. Isto revela-se altamente preocupante podendo contribuir para o agravamento da situação de saúde das pessoas

dependentes, visto que as alterações respiratórias limitam ainda mais a pessoa e agravam a dependência no autocuidado.

Apenas a intervenção treinar técnica respiratória não tem nenhum caso em que não haja implementação da intervenção, independentemente da frequência implementada.

Destaca-se a elevada percentagem de cuidados que é exclusivamente prestada pelos enfermeiros da ECCI, e que quando eles não as implementam, não são implementadas por nenhuma das restantes entidades. De facto, das diferentes intervenções avaliadas como tendo sido necessárias, na sua maioria eram apenas realizadas pelos enfermeiros das quais executar técnica respiratória, executar cinesiterapia respiratória, treinar técnica respiratória e treinar a executar inaloterapia. Estes dados apontam para a existência de um conjunto de intervenções que pela sua complexidade, competências e conhecimentos exigidos, têm que ser garantidos pelas intervenções dos EEER não podendo, nem sendo legitimo que nalgumas situações os cuidadores familiares as assegurem, ou o façam sem acompanhamento próximo e sistemático de profissionais de saúde.

Em média a maioria dos cuidados necessários prestados às pessoas dependentes no autocuidado foram da responsabilidade dos enfermeiros da ECCI (54,4%) o que indica que as pessoas necessitam é claramente de cuidados de saúde profissionais e neste caso cuidados de enfermagem de reabilitação. Apesar disso a proporção média de implementação face ao esperado das intervenções exclusivas da competência dos EEER é de 43,7% face as intervenções em que é possível serem realizadas por qualquer um dos intervenientes (56,3) % e face à média global do processo respiratório que é de 49,1%. Esta situação também não era suposto que acontecesse uma vez que as pessoas estão sob assistência profissional das ECCI, o que revela grande incompletude de cuidados de maior complexidade que exigem suporte profissional frequente, regular e sistemático dos EEER.

Admitimos que esta incompletude de cuidados poderá ser a causa do recurso aos serviços de urgência e internamentos hospitalares verificados, e que provavelmente poderia ser resolvido com a alocação adequada de profissionais nas ECCI, nomeadamente EEER, até porque se 66,9% das pessoas dependentes foram referenciadas para cuidados de reabilitação.

Apesar de haver indicação clara de reabilitação respiratória para parte da população em estudo alguns não tem acesso a estes cuidados o que não está em conformidade com as boas praticas clínicas, tendo-se constatado que existe um conjunto de cuidados que sendo necessário não é realizado por ninguém a 21,9% das pessoas dependentes

variando entre 0% (treinar técnica respiratória) e 66,6% (executar inaloterapia). Perante as necessidades diagnosticadas e não satisfeitas, podemos concluir que o modelo de organização dos cuidados domiciliários oferecidos por estas ECCI não garante a prestação da globalidade dos cuidados necessários das pessoas dependentes, assim como os EEER não garantem a totalidade da satisfação das necessidades que os cuidadores informais não asseguram. Estes por sua vez também não efetuam parte dos cuidados, ou por falta de tempo porque alguns mantém atividade profissional, deixando assim as pessoas dependentes parte do tempo sozinhas, ou porque algumas situações podem exigir cuidados e mobilização de conhecimentos e competências especializadas que não tem, e que nem é legitimo exigir-se.

Neste caso deste estudo acerca do compromisso a nível respiratório apesar da evidência comprovar os benefícios da RR é necessário melhorar a oferta de cuidados, e a capacidade de resposta ao nível da comunidade até porque é sabido que aumentar a capacidade de resposta das ECCI em detrimento de outras tipologias terá menores custos.

Alem disso com resposta eficazes a nível das ECCI, estas poderiam ter um papel preponderante e garantir que as pessoas dependentes poderiam continuar a viver nas suas casas com os cuidados adequados e em segurança até porque de acordo com as razões da sua criação, com a assistência profissional adequada no contexto das ECCI nenhum dos motivos é impeditivo de assistência adequada naquele contexto seja o reabilitar ou capacitar alguém, o que é mais efetivo se decorrer no ambiente da pessoa dependente e onde o cuidador o assiste.

Na nossa opinião a questão desta incompletude de cuidados poderia em parte ser ultrapassada com o alargamento do horário de funcionamento das ECCI para garantir a continuidade de cuidados. Assim as pessoas dependentes não ficariam tanto tempo sem acesso a cuidados profissionais especializados no seu domicílio potencialmente causadores de agravamentos, recurso a urgências ou internamentos evitáveis.

O ideal para ter um modelo assistencial de excelência a nível da ECCI, além da dotação adequada de profissionais era o seu funcionamento efetivo 24 horas por dia durante 365 dias por ano com dotações adequadas em que os profissionais pudessem cumprir o seu planeamento de cuidados além de dar resposta a eventuais situações inesperadas que surgissem fora desse âmbito. No entanto, no imediato outra estratégia seria a criação de uma linha telefónica de apoio permanente a nível do ACES, em que o enfermeiro no desempenho dessa função teria acesso à informação relevante de saúde dessa pessoa

para poder prestar ajuda remota, o que por vezes poderia evitar deslocações aos serviços de urgência.

No decorrer do estudo, deparámo-nos com algumas limitações, nomeadamente com a escassez de estudos sobre a temática assim como na dificuldade em conseguir realizar a avaliação da pessoa dependente nas 72 horas após admissão na ECCI.

Pensamos ter colaborado para o conhecimento da realidade das pessoas dependentes no autocuidado no domicílio e seus cuidadores, a nível do processo respiratório que são assistidas pelas ECCI do ACES do Baixo Mondego.

No entanto, seria importante a replicação do estudo noutras regiões do país, mas de forma mais abrangente para a compreensão mais pormenorizada e sustentada do problema com mais evidência e assim melhor representatividade a nível nacional. Alem disso, achamos que era importante investigar e quantificar o tempo utilizado na prestação direta de cuidados de enfermagem assim como nas deslocações e atividades burocráticas para perceber qual o número de enfermeiros a alocar a cada ECCI. Esses dados, poderiam permitir que os ACES os pudessem utilizar no sentido da reorganização das ECCI, para que estas possam dar resposta às necessidades das pessoas dependentes, e contribuam para as manter nas suas casas com os cuidados necessários.

Ao confirmarmos a existência de cuidados de enfermagem incompletos, as entidades competentes têm fundamento para a procura de soluções para a situação, para responder de forma adequada às necessidades da população e minimizar o problema, aumentar a segurança das pessoas dependentes e favorecer a sua recuperação com a melhoria da qualidade dos cuidados. Isto porque, é contraditório que as pessoas/familiares tenham expectativas que as ECCI dão resposta às suas necessidades e no fundo não são criadas condições para o seu funcionamento efetivo, tal como verificamos, em que não há uma resposta adequada à globalidade das necessidades das pessoas dependentes.

Nesta visão consideramos como necessário que o poder político repense e reveja a dotação de EEER , pelo valor que poderão acrescentar à qualidade de vida das pessoas e populações.

Concluímos reforçando que em função das necessidades identificadas no âmbito respiratório, percebemos a mais-valia dos EEER integrarem equipas que contribuam para a resolução de alterações nos processos corporais em geral, e em particular no respiratório.

**BIBLIOGRAFIA**


Abreu, P.J. (2003). *Fisioterapia respiratória*. In M.J.M. Gomes & R. Sotto-Mayor, *Tratado de Pneumologia* (pp. 1813-1821). Lisboa, Portugal: Permanyer

Abreu, W. C. (2008). *Transições e contextos multiculturais*. Coimbra, Portugal: Formasau.

Administração Central do Sistema de Saúde. (2007). A equipa de cuidados continuados integrados: Orientações para a sua constituição nos centros de saúde. Recuperado de https://www.acss.minsaude.pt/wpcontent/uploads/2020/05/Orienta%C3%A7%C3%B5es-para-a-constitui%C3%A7%C3%A3o-de-equipa-de-Cuidados-Continuados-Integrados-2007.pdf

Administração Central do Sistema de Saúde. (2011*). Manual de normas de enfermagem Procedimentos técnicos* (2ª ed.). Lisboa, Portugal.

Administração Central do Sistema de Saúde. (2016). *Cuidados continuados saúde e apoio social: Plano de desenvolvimento da RNCCI 2016-2019*. Lisboa, Portugal: Ministério da Saúde. Recuperado de https://www.seg-social.pt/documents/10152/3735071/Plano-de-desenvolvimento-da-RNCCI-2016-2019/c5053a1b-582a-40f0-b601-cc1bb6f29a6e

Administração Central do Sistema de Saúde, Departamentos Regionais de Saúde (2017). Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) – 2016. Lisboa, Portugal. Autor. Recuperado de https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/07/RNCCI-Relatorio-Monitorizacao-Anual-2016.pdf

Administração Central do Sistema de Saúde, Departamentos Regionais de Saúde. (2018*). Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) - 2017*. Lisboa Portugal: Autor. Recuperado de https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2018/11/Relatorio-de-Monitorizacao-da-RNCCI-2017.pdf

Administração Central do Sistema de Saúde, Departamentos Regionais de Saúde. (2019). *Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*

*(RNCCI). 2018.* Lisboa, Portuga, Autor. Recuperado de https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/07/Relatorio-de-Monitorizacao-RNCCI_2018.pdf

Administração Central do Sistema de Saúde, Departamentos Regionais de Saúde. (2021). *Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).* Lisboa, Portuga, Autor. Recuperado de https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/07/Relatorio-de-Monitorizacao-da-RNCCI-sem-2021-vFinal.pdf

Aiken, L. H., Sloane, D., Griffiths, P., Rafferty, A. M., Bruyneel, L., McHugh, M., ... & Sermeus, W. (2017). Nursing skill mix in European hospitals: cross-sectional study of the association with mortality, patient ratings, and quality of care. *BMJ Quality & Safety*, 26 (7), 559-568.

Almeida, L., & Freire, T. (2008). *Metodologia de investigação em psicologia e educação* (5ª ed.). Braga, Portugal: Psiquílibrios.

Almeida, M. (2009). *Promoção da Saúde depois dos 65 anos: elementos para uma política integrada de envelhecimento* (Tese de doutoramento). Universidade Nova de Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública, Portugal.

Almeida, A., Mafra, S., Silva, E., & Kanso, S. (2015). A Feminização da Velhice: Em foco as características socioeconômicas, pessoais e familiares das idosas e o risco social. *Textos & Contextos*, 14 (1), 115-131. Recuperado de https://doi.org/10.15448/1677-9509.2015.1.19830

Alves, M. (2016). Hospital at home: A realidade dentro e fora de Portugal. *Medicina Interna*, 23 (1), 40-43

Amaral, A. (2014). Resultados dos cuidados de enfermagem qualidade e efetividade (Tese de doutoramento). Universidade de Coimbra, Faculdade de Economia, Portugal.

Araújo, I. Paul, C. & Martins, M. (2010). Cuidar no paradigma da desinstitucionalização: a sustentabilidade do idoso dependente na família. *Revista de Enfermagem Referência*, 2 (3), 45-53.

Arcuri, J., Abarshi, E., Preston, N., Brine, J. & Lorenzo, V. (2016). Benefits of interventions for respiratory secretion management in adult palliative care patients: a systematic review. *BMC Palliative Care, 15(74), 1-11.* doi: 10.1186/s12904- 016-0147-y

Ausserhofer, D., Zander, B., Busse, R., Schubert, M., Geest, S. De, Rafferty, A. M., … Schwendimann, R. (2014). Prevalence, patterns and predictors of nursing care left undone in European hospitals: Results from the multicountry cross-sectional RN4CAST study. *BMJ Quality and Safety*, 23(2), 126-135. doi: 10.1136/bmjqs-2013-002318

Azevedo, P., & Sousa, P. (2012). Partilha da informação em enfermagem: Dimensões do papel de prestador de cuidados*. Revista de Enfermagem Referência*, 3 (7), 113-122 doi.org/10.12707/ RIII11140

Bach, J. & Gonçalves, M. (2006). Pulmonary Rehabilitation in Neuromuscular Disorders and Spinal Cord Injury. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 12(1), 27-44.

Baptista, I., & Perista, P. (2018). *ESPN thematic report on challenges in long-term care: Portugal.* Recuperado de https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEjKxZrQqt_tAhXBi1wKHcyNAD8QFjABegQIAhAC&url=https%3A%2F%2Fec.europa.e u%2Fsocial%2FBlobServlet%

Barreto, C. (2003). *Terapêutica inalatória*. In M.J.M. Gomes & R. Sotto-Mayor, *Tratado de Pneumologia* (pp. 1829-1836). Lisboa, Portugal: Permanyer.

Beach, S. R., Schulz, R., Friedman, E. M., Rodakowski, J., Martsolf, R. G., & James, A. E. (2020). Adverse consequences of unmet needs for care in high-need/high-cost older adults. *Journals of Gerontology*: Series B, 75(2), 459-470. doi:10.1093/geronb/gby021

Bento, M. (2020). *Contributos para a definição de um modelo organizacional dos cuidados às pessoas dependentes no autocuidado e seus cuidadores, em contexto domiciliário - Estudo realizado nas ECCI do ACES Baixo Mondego* (Tese de doutoramento). Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Portugal.

Blair, C. (1999). Effect of self-care ADLs on self-esteem of intact nursing home resident. *Issues in Mental Health Nursing*, 20 (6), 559-570.

Boechat, J., Manhães, F., Filho, R., & Istoé, R. (2012). A síndrome do imobilismo e seus efeitos sobre o aparelho locomotor do idoso. *Inter Science Place*, 1(22), 89-107. doi:10.6020/1679-9844/2205

Boland, L., Légaré, F., Perez, M. M., Menear, M., Garvelink, M. M., McIsaac, D. I., … Stacey, D. (2017). Impact of home care versus alternative locations of care on elder

health outcomes: An overview of systematic reviews. *BMC Geriatrics*, 17(1), 1-15. doi: 10.1186/s12877-016-0395-y

Bowles, K. (2000). *Patient problems and nurse interventions during acute care and discharge planning.* Journal of Cardiovascular Nursing, 14(3), 29-41. Recuperado de https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10756472/

Bowers, B. & Cook, R. (2012). Using referral guidelines to support best care outcomes for patients. *British Journal of Community Nursing*, 17(3), 134-138.

Braga, C., Jesus, É. & Araújo, B. (2018). RN4Cast Study in Portugal: Nurses and care left undone. *Journal of Hospital Administration*, 7(2), 58. doi:10.5430/jha.v7n2p58

Braithwaite, V. (2000). Contextual or General Stress Outcomes. Making Choices Through Caregiving Appraisals. *The Gerontologist*; 40 (6), 706-717. doi: 10.1093/geront/40.6.706

Branco, P. S., Barata, S., Barbosa, J., Cantista, M., Lima, A. & Maia, J. (2012). *Temas de Reabilitação/Reabilitação Respiratória*. Porto, Portugal: Servier.

Brito, M.A.C. (2012). *A reconstrução da autonomia após um evento gerador de dependência no autocuidado - Uma teoria explicativa* (Tese de doutoramento). Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saude, Portugal.

Cabrita, M. J. (2004). O idoso a autonomia e a acessibilidade. *Servir*, 52 (5), 212-220.

Carvalho, M. (2010). Os cuidados familiares prestados às pessoas idosas em situação de dependência: características do apoio informal familiar em Portugal. *Revista Kairós*, 12 (1), 77-96.

Carvalho, S., Rosa, P., Clérigo, A., Silva, C. (2018). Valores de referência espirométricos para uma população portuguesa adulta caucasiana: estudo piloto. *Saúde & Tecnologia*, Novembro 2018, 37-43 . Recuperado de https://repositorio.ipl.pt/handle/10400.21/10257

Chaves, G., Fregonezi, G., Dias, F. , Ribeiro, C., Guerra, R., Freitas, D., … Mendonça, K. (2013). Chest physiotherapy for pneumonia in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 20(9) doi: 10.1002/14651858.CD010277.pub2.

Cline, D. D. (2015). Complexity of care: A concept analysis of older adult health care experiences. *Nursing Education Perspectives*, 36 (2), 108-113. doi:10.5480/14-1362

Coito, A. (2018). *O autocuidado em eventos de hospitalização: prevenção do declínio funcional em idosos no processo de internamento* (Dissertação de mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal.

Collière, M. F. (2003). *Cuidar a primeira arte da vida*. Loures, Portugal: Lusociência.

Copley, S.; Wells, A.; Hawtin, K., Gibson, D., Hodson, J., Jacques, A. & Hansell, D. (2009). Lung morphology in the elderly: comparative CT study of subjects over 75 years old versus those under 55 years old. *Radiólogo*, 251 (2), 566-573. Recuperado de https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19401580/

Cordeiro, M., & Menoita, E. (2012). *Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória: Conceitos, Princípios e Técnicas*. Loures, Portugal: Lusociência.

Cordeiro, M. C., & Menoita, E. C. (2014). *Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória: Conceitos, Princípios e Técnicas*. Lisboa, Portugal: Lusociência.

Cordeiro, M. C., Menoita, E., & Mateus, D. (2012). Limpeza das Vias Aéreas: Conceitos, Técnicas e Princípios. *Journal of Aging and Innovation*, 1(5). Recuperado de http://journalofagingandinnovation.org/pt/volume-numero52012/limpezadasviasaereas/

Costa, A.C.J.S. (2013*). Famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado – Estudo exploratório de base populacional no concelho de Lisboa* (Tese de doutoramento). Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Portugal.

Costa, A. (2013b). *Relevância e acessibilidade à informação em Cuidados Continuados: Opinião dos enfermeiros das Equipas de Cuidados Continuados Integrados* (Dissertação de mestrado). Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Portugal.

Crisafulli, E. & Clini, E. (2012). Measures of dyspnea in pulmonary rehabilitation. *Multidisciplinary Respiratory Medicine* (5), 202-210. Recuperado de: https://mrmjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/2049-6958-5-3-202

Cunha, S. (2010). *Planear e Inovar: Contributo para o planeamento de recursos com base nas necessidades autoavaliadas da população com 65 e mais anos* (Dissertação de mestrado). Universidade Nova de Lisboa, Escola Nacional de Saúde Publica, Portugal. Recuperado de https://run.unl.pt/handle/10362/5547

Decreto-lei nº 101/2006 de 6 de junho. *Diário da República nº109/2006 - I Série A*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.

DeLisa, J. A., & Gans, B. (2002). *Tratado de Medicina de Reabilitação: Princípios e Práticas* (3ª ed). São Paulo, Brasil: Manole.

Denyes, M. J., Orem, D. E., & Bekel, G. (2001). Self-care: A foundational science. *Nursing Science Quarterly*, 14 (1), 48-54. doi:10.1177/089431840101400113

Despacho nº 10143/2009 de 16 de abril. *Diário da República nº 74 - II série*. Ministério da Saúde, Gabinete do Secretário de Estado da Saúde. Lisboa, Portugal.

Dias, C. M., Siqueira, T. M., Faccio, T. R., Gontijo, L. C., Salge, J. A. D. S. B., & Volpe, M. S. (2011). Bronchial hygiene technique with manual hyperinflation and thoracic compression: effectiveness and safety. *Revista Brasileira de terapia intensiva*, 23 (2), 190-198.

Direção Geral da Saúde (2006). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas.* Lisboa, Portugal: Autor. Recuperado de https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-para-a-saude-das-pessoas-idosas-pdf.aspx

Direção Geral de Saúde (2009). Orientações Técnicas sobre Reabilitação Respiratória na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC). Lisboa, Portugal: Autor.

Direção Geral de Saúde (2013). Programa Nacional para as doenças Respiratórias 2012 – 2016 (2ª ed.). Lisboa, Portugal: Autor.

Direção Geral da Saúde (2016). *Critérios da qualidade para a realização de espirometrias em adultos.* Lisboa, Portugal: Autor.

Direção Geral da Saúde. (2017). *Programa Nacional para as Doenças Respiratórias 2017*. Lisboa, Portugal: Autor. Recuperado de https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie-884765-pdf.aspx?v=%3D%3DDwAAAB%2BLCAAAAAAABAArySzItzVUy81MsTU1MDAFAHzFEfkPAAAA

Direção Geral de Saúde (2019). *Manual de Boas Práticas Literacia em Saúde - Capacitação dos Profissionais de Saúde.* Lisboa, Portugal: Autor. Recuperado de https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/manual-de-boas-praticas-literacia-em-saude-capacitacao-dos-profissionais-de-saude-pdf.aspx

Dixe, M. A., Frontini, R., Sousa, P. M., Peralta, T. J., Teixeira, L. F., & Querido, A. I. (2019). Dependent person in self-care: Analysis of care needs. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 34(3), 727-735. doi:10.1111/scs.12777

Duarte, S. (2010). *Continuidade em cuidados domiciliários papel do enfermeiro* (Tese de doutoramento). Recuperado de https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/3816/1/ulsd060954_td_Susana_Duarte.pdf

Ducharme, F., Lachance, L., Gangbe, M., Zarit, S., Caron, C., Levesque, L., Vézina, J. (2006). Older husbands as caregivers: factors associated with health and the intention to end home caregiving. *Research on Aging*, 29(1), 3-31. Recuperado de https://doi.org/10.1177/0164027506291749

Duke, M., & Street, A. (2003). Hospital in the home: Constructions of the nursing role: A literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 12(6), 852-859. doi:10.1046/j.1365-2702.2003.00808.x

Ekwall, A.; Silberg, B; Hallberg, I. (2005). Loneliness as a predictor of quality of life among older caregivers. *Journal of Advanced Nursing*, 49(1), 23-32.

Elkan , R., Kendrick, D., Dewey, M., Hewitt, M., Robinson, J., Blair, M., …. Brummell, K. (2001). Effectiveness of home based support for older people: systematic review and meta-analysis. *British Medical Journal*, 323 (7315), 719-725. Recuperado de https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11576978/

Espanha, R., Ávila, P. & Mendes, R.V. (2016). Literacia em Saúde em Portugal: Relatório síntese. Lisboa, Portugal: Fundação Calouste Gulbenkian.

European Respiratory Society. (2013). Recuperado de http://www.erswhitebook.org

Faro, A.C. (2006) Enfermagem em reabilitação: ampliando os horizontes. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 40 (1), 128-133. Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n1/a18v40n1.pdf

Fernandes, F., Leite, J., Nascimento, B., & Baciuk, E. (2013). Atuação fisioterapêutica em imobilismo no leito prolongado. *Revista intellectus*, (25), 161 – 176. http://www.revistaintellectus.com.br/downloadartigo.ashx?codigo=309

Fernandes, P.G.J. (2014*). Famílias que integram dependentes no autocuidado no concelho da Maia – Caracterização das necessidades da pessoa dependente* (Dissertação de mestrado). Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal

Ferreira, A.S. (2011). (*In) dependência funcional em idosos domiciliados: "Intervenção de enfermagem de reabilitação"* (Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu, Portugal.

Figueiredo, R. (2007). *A pessoa em fim de vida no hospital: modelos de cuidados que emergem da documentação de enfermagem* (Dissertação de mestrado). Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Portugal.

Filho W. & Souza, R. (2000). Anatomia e fisiologia do envelhecimento. In E. Carvalho, & M. Netto (Ed.), *Geriatria: fundamentos clínica e terapêutica* (pp. 31-40). São Paulo, Brasil: Atheneu.

Filipe, M. (2015). *Contributo para um modelo de contratualização de cuidados dm contexto domiciliário: estudo exploratório sobre os custos de funcionamento das ECCI* (Tese de doutoramento). Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Portugal.

Fórum das Sociedades Respiratórias Internacionais (2017). O impacto global da doença respiratória. Recuperado de: https://www.who.int/gard/publications/The_Global_Impact_of_Respiratory_Disease_POR.pd

Foster, P. C., & Bennett, A.M. (2000). Dorothea E. Orem. In J. George (Ed.), *Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional* (pp. 83 - 101). Porto Alegre, Brasil: Artemed editora.

França, E., Ferrari, F., Fernandes, P., Cavalcanti, R., Duarte, A., Martinez, B., ... & Damasceno M. (2012). Fisioterapia em pacientes críticos adultos: recomendações do Departamento de Fisioterapia da Associação de Medicina Intensiva Brasileira. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva* , 24 (1):6-12. Recuperado de http://dx.doi-orr/10.1590/50103-507x201200010003.

Freitas, D. A., Dias, F. A., Chaves, G. S., Ferreira, G. M., Ribeiro, C. T., Guerra, R. O., & Mendonça, K. M. (2015). Standard (head-down tilt) versus modified (without head-down tilt) postural drainage in infants and young children with cystic fibrosis. *The Cochrane Library*. doi: 10.1002/14651858.cd010297.pub3

Friedman, Y. (2006): Mapping the literature of home health nursing. *J Med Assoc*. 94(2), 49-55.

Fundação Portuguesa do Pulmão (2010). Doenças respiratórias crónicas em Portugal: estratégias, intervenções e desafios. Lisboa, Portugal: Autor. Recuperado de http://pns.dgs.pt/files/2010/06/fpp.pdf

Hjelle, K., Tuntland, H., Førland, O., & Alvsvag, H. (2016). Driving forces for home based reablement: A qualitative study of older adults experiences. *Health & Social Care in the Community*, 25(5), 1581-1589. https://doi.org/10.1111/hsc.12324

Garrote, J. (2005): La valoración geriátrica hoy: atención Domiciliaria. Revista Multidisciplinar de Gerontologia. 15(1), 16-22. Recuperado de

https://www.researchgate.net/publication/258045810_La_valoracion_geriatrica_hoy_atencion_domiciliaria

Gomes, B., & Ferreira, D. (2017). Reeducação da Função Respiratória. In C. Marques-Vieira, L. Sousa (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 253-262). Loures, Portugal: Lusodidacta.

Gonçalves, P.J.P. (2013*). Famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado – Estudo exploratório de base populacional no concelho do Porto* (Tese de doutoramento). Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Portugal.

Gokdemir, Y., Karadag-Saygi, E., Erdem, E., Bayindir, O., Ersu, R., Karadag, B. & Karakoc, F. (2014). Comparison of conventional pulmonary rehabilitation and high-frequency chest wall oscillation in primary ciliary dyskinesia. *Pediatric pulmonology*, 49(6), 611-616.

Gosselink, R. (2006). Physical therapy in adults with respiratory disorders: where are we? *Brazilian Journal of Physical Therapy,* 10(4). Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141335552006000400002&script=sci_arttext&tlng=pt

Gronkiewicz, C. & Coover, L. (2011) Reabilitação respiratória e pulmonar. In Hoeman, S. (Ed.), Enfermagem de Reabilitação – Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados (pp.319-349). Loures, Portugal: Lusodidacta.

Guerreiro, M.D. (2003). Pessoas sós: múltiplas realidades. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 43, 31-49. Recuperado de http://hdl.handle.net/10071/291

Hammon, W.E. & Hasson, S.M. (2004) In D. Frownfelter & E. Dean (3ª ed.), *Fisioterapia Cardiopulmonar – Principios e Prática.* Rio de Janeiro, Brasil: Revinter.

Hammond, T., & Wilson, A. (2013). Polypharmacy and falls in the elderly : a literature review. *Nursing and Midwifery Studies*, 2(2), 171–175. Recuperado de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4228551/

Hanson, S. (2005). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria Prática e Investigação*. Camarate, Portugal, Lusociência.

Harvey, C., Thompson, S., Willis, E., Meyer, A., & Pearson, M. (2018). Understanding how nurses ration care. *Journal of Health Organization and Management*, 32(3), 1477-7266. doi: 10.1108/jhom-09-2017-0248.

Hass, Z., DePalma, G., Craig, B. A., Xu, H., Sands, L. P., & Pruchno, R. (2017). Unmet need for help with activities of daily living disabilities and emergency department admissions among older medicare recipients. *Gerontologist*, 57(2), 206-210. doi:10.1093/geront/gnv142

He, S., Craig, B. A., Xu, H., Covinsky, K. E., Stallard, E., Thomas, J., … Sands, L. P. (2015). Unmet need for ADL assistance is associated with mortality among older adults with mild disability. *Journals of Gerontology: Series A*, 70 (9), 1128-1132. doi:10.1093/gerona/glv028

Heitor, M. C., Tapadinhas, M. C., Ferreira, J. M., Olazabal, M., & Maia, M. O. (1998). *Reeducação Funcional Respiratória* (2ª ed.). Lisboa, Portugal: Boehringer Ingelheim.

Heitor, M., Canteiro, M., Ferreira, J., Olazabal, M. & Maia, M. (2017). *Reeducação funcional respiratória* (3ª ed). Lisboa, Portugal: Boehringer Ingelheim.

Hellstrom, Y., & Hallberg, I. R. (2001). Perspectives of elderly people receiving home help on health, care and quality of life. *Health e Social Care in the Community*, 9(2), 61-71. Recuperado de https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11560722/

Hesbeen, W. (2002*). A reabilitação: Criar novos caminhos*. Lisboa, Portugal: Lusociência.

Holland, A. E., Hill, C. J., Glaspole, I., Goh, N., & McDonald, C. F. (2012). Predictors of benefit following pulmonary rehabilitation for interstitial lung disease. *Respiratory medicine*, 106(3), 429-435. doi: 10.1016/j.rmed.2011.11.014

Huang, T.T., & Liang, S.H. (2005). A randomized clinical trial of the effectiveness of a discharge planning intervention in hospitalized elders with hip fracture due to falling. *Journal of Clinical Nursing*, 14(10), 1193-1201.

Hyatt, R. E., Scanlon, P. D., & Nakamura, M. (2014). *Interpretation of pulmonary function tests*. Filadélfia, Estados Unidos da América: Lippincott Williams & Wilkins.

Imaginário, C. M. (2004). *O idoso dependente em contexto familiar*. Coimbra, Portugal: Formasau.

Instituto Nacional de Estatística. (2021). *Censos 2021: Resultados provisórios*. Lisboa, Portugal: Autor. Recuperado de https://censos.ine.pt/scripts/db_censos_2021.html

International Council of Nurses (2005). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: (CIPE/ICNP®) versão beta 2. Lisboa, Portugal: Associação Portuguesa de Enfermeiros.

International Council of Nurses (2011). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão 2. Genebra, Suíça: Autor.

Internacional Council of Nurses (2015). *Classificação internacional para a prática de enfermagem*: *CIPE versão 2015*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.

International Council Of Nurses (2019). *Browser CIPE*. Recuperado de https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser

Jones, T. L., Hamilton, P., & Murry, N. (2015). Unfinished nursing care, missed care, and implicitly rationed care: State of the science review. *International Journal of Nursing Studies*, 52(6), 1121-1137. doi:10.1016/j.ijnurstu.2015.02.012

Junior, P., Módolo, N. S., Andrade, S., Guimarães, M. M., Braz, L. G., & El Dib, R. (2014). Incentive spirometry for prevention of postoperative pulmonary complications in upper abdominal surgery. *The Cochrane database of systematic reviews*, *2014*(2), doi: 10.1002/14651858.CD006058.pub3.

Kagaya, H., Takahashi, H., Sugawara, K., Kasai, C., Kiyokawa, N. & Shioya, T. (2009). Effective Home-Based Pulmonary Rehabilitation in Patients with Restrictive Lung Diseases. *Tohoku Journal Experimental Medicine*, 218, 215-219.

Kalisch, B. (2006). Missed nursing care. *Journal of Nursing Care Quality*, 21(4), 314-315. doi:10.1097/00001786-200610000-00007

Kalisch, B. J., Landstrom, G. L., & Hinshaw, A. S. (2009). Missed nursing care: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 65(7), 1509-1517. doi:10.1111/j.1365-2648.2009.05027.x

Kalisch, B. J., Tschannen, D., & Lee, K. H. (2011). Do staffing levels predict missed nursing care?. *International Journal for Quality in Health Care, 23(3)*, 302-308. doi:10.1093/intqhc/mzr009

Kalisch, B. (2015). *Errors of omission: how missed nursing care imperils patients*. Maryland, Estados Unidos da América: American Nurses Association.

Kisner, C. & Colby, L.A. (2005). *Exercícios Terapêuticos: Fundamentos e Técnicas*. São Paulo, Brasil: Manole.

Kollak, I. (2006). The concept of self-care. In H. Kim & I. Kollak (Eds.), *Nursing theories: Conceptual & philosophical foundations* (pp. 42-53). New York, NY: Springer Publishing Company.

Lafont, C. (2003). Patologia da imobilidade, prevenção das complicações. *Servir*, 51 (4), 196-203.

Lanza, F. C., Alves, C. S., Santos, R. L., Camargo, A. A., & Dal Corso, S. (2015). Expiratory Reserve Volume During Slow Expiration With Glottis Opened in Infralateral Decubitus Position (ELTGOL) in Chronic Pulmonary Disease: Technique Description and Reproducibility. *Respiratory Care*, 60(3), 406-411 doi:10.4187/respcare.03384

Larson, J., Johnson, J., & Angst, D. (2000). Função Respiratória e reabilitação Pulmonar. In D. Hoeman, *Enfermagem de Reabilitação: Aplicação e Processo* (pp. p. 393-433). Loures, Portugal, Lusociência.

Leite, V., & Faro, A.C. (2005). O cuidar do enfermeiro especialista em reabilitação físico-motora. Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 39 (1), 92-96. Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n1/a12v39n1.pdf

Leonardo, V. (2011). *Famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado: recursos utilizados pelos prestadores de cuidados* (Dissertação de mestrado). Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Portugal.

Lopes, L. (2009). A problemática do prestador de cuidados: uma revisão da literatura. *Nursing*, 6-12.

Lopes, H., Mateus, C., & Rosati, N. (2018). Impact of long term care and mortality risk in community care and nursing homes populations. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 76, 160-168. doi:10.1016/j.archger.2018.02.009

Loureiro, A. (2019). *Cuidados de Enfermagem Omissos e Fatores Relacionados* (Dissertação de mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal

Loureiro, A. (2016*). Intervenção do Enfermeiro de família na gestão da sobrecarga da cuidador informal* (Dissertação de mestrado). Universidade de Aveiro, Escola superior de Saúde, Portugal.

Louro, M. C. (2009). *Cuidados continuados no domicílio* (Tese de doutoramento). Universidade do Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Recuperado de https://hdl.handle.net/10216/26337

Luke J. (2016). Why Hospitals and Payers are Recommending Home Care Upon Discharge Instead of SNF or Traditional Home Health Services -- Alternative Payment Model Hospital Incentives Aligning with Patient Choice. *World hospitals and health services: the official journal of the International Hospital Federation*, 52(1), 33–36. Recuperado de https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27180473/

Lynes, D. (2007). *The Management of COPD in Primary and Secondary Care*. London, UK: M & K Publishing

Maresova, P., Javanmardi, E., Barakovic, S., Barakovic Husic, J., Tomsone, S., Krejcar, O., & Kuca, K. (2019). Consequences of chronic diseases and other limitations associated with old age: A scoping review. *BMC Public Health*, 19 (1). doi:10.1186/s12889-019-7762-5

Martins, T., Ribeiro J.& Garret, C. (2003). Estudo de validação do Questionário de Avaliação da Sobrecarga para Cuidadores Informais. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 4 (1), 131-148.

Martins, R. (2011). *A dependência no autocuidado no seio das famílias clássicas do concelho de lisboa: abordagem exploratória à dimensão do fenómeno* (Dissertação de mestrado). Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Portugal.

Martins, A. (2013). *A Qualidade de Vida na Pessoa com DPOC, Contributos da Cinesiterapia Respiratória* (Dissertação de mestrado). Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Escola Superior de Saúde, Portugal. Recuperado de http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/1211/1/Ana_Martins.pdf

McCarthy, B., Casey, D., Devane, D., Murphy, K., Murphy, E., & Lacasse, Y. (2015). *Pulmonary rehabilitation for chronic obstructive pulmonary disease*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2. Recuperado de https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003793.pub3/epdf/full

McDonald, V.M., Roberts, M., Inder, K. (2018). The Respiratory Nurse in Pulmonary Rehabilitation. In E. Clini,, A. Holland, F. Pitta, T. Troosters (Eds.) *Textbook of Pulmonary Rehabilitation* (pp. 183-194). Nova Iorque, Estados Unidos da América: Springer International Publishing.

McEwen, M.; Wills, E. (2009). *Bases teóricas para enfermagem*. Porto Alegre, Brasil: Artmed.

Mckoy, N. A., Wilson, L. M., Saldanha, I. J., Odelola, O. A., & Robinson, K. A. (2016). Active cycle of breathing technique for cystic fibrosis. *The Cochrane database of systematic reviews*, 7(7). doi: 10.1002/14651858.CD007862.pub4

Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Messias, D., & Shumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle Range Theory. *Advances in Nursing Science*, 23, 12-28.

Meleis, A. (2010). *Transitons theory: Middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. New York, USA: Springer Publishing Company.

Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Messias, D., & Schumacher, K. (2010). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. In A. Meleis (Ed.), *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice* (pp. 52-72). New York, USA: Springer Publishing Company.

Meleis, A. (2012). *Theoretical Nursing: Development & Progress (5ª ed.).* Philadelphia, Estado Unidos da América: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins

Menoita, E. (2014a). Reabilitação respiratória na pessoa idosa. In M. Cordeiro, & E. Menoita (Eds.). *Manual de boas práticas na reabilitação respiratória: conceitos, princípios e técnicas* (pp. 317-320). Loures, Portugal: Lusociência.

Miller, M.R., Hankinson, J., Brusasco,V., Burgos,F. Casaburi,R., Coates, A., … Wanger, J. (2005). Standardisation of spirometry. *European Respiratory Journal*, 26, 319–338

Miller, S., Owens, L., & Silverman, E. (2015). Physical Examination of the Adult Patient with Chronic Respiratory Disease. Medsurg Nursing, 24 (3), 195-198.

Ministério da Saúde. (2019). *Relatório Anual: Acesso a cuidados de nos estabelecimentos do SNS e entidades convencionadas 2019.* Lisboa, Portugal: Autor. Recuperado de https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2020/09/Relatorio_Anual_Acesso_2019.pdf

Mónico, L.S.M., Custódio, J.R. A., Frazão, A.A., Parreira, P., Correia S. & Fonseca, C. (2017). A família no cuidado aos seus idosos: Gestão da sobrecarga e estratégias para enfrentar dificuldades. *Revista Ibero Americana de Saúde e Envelhecimento*, 3 (2), 982 – 998

Morrison, L., & Agnew, J. (2014). Oscillating devices for airway clearance in people with cystic fibrosis. *The Cochrane database of systematic reviews*, (7) doi: 10.1002/14651858.CD006842.pub3

Morrison, L. (2015). Evaluation of the oscillatory Cough Assist E70 in adults with cystic fibrosis (CF). *Journal of Cystic Fibrosis*, 14(1), S101. doi: 0.1016/S1569-1993(15)30344-1

Murashima, S., Nagata, S., Toba, K., Ouchi, Y. & Sagawa, Y. (2000). Characteristics of patients referred for discharge planning from a geriatric ward at a national university hospital in Japan: implications for improving hospital programs. *Nursing and Health Sciences*, 2, 153-161.

Naira, S. (2013). *Prevenção da Pneumonia por aspiração: revisão sistemática* (Dissertação de mestrado). Universidade do Porto, instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Portugal.. Recuperado de https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/70898/2/30768.pdf

Naylor, M.D., Broten, D., Campbell, R., Jacobsen, B.S., Mezey, M.D., Pauly, M., & Schwartz, J.S. (1999). Comprehensive discharge planning and home follow-up of hospitalized elders: a randomized clinical trial. *Journal of the American Medical Association*. 281(7), 613-620.

Nicolini, A., Cardini, F., Landucci, N., Lanata, S., Ferrari-Bravo, M., & Barlascini, C. (2013). Effectiveness of treatment with high frequency chest wall oscillation in patients with bronchiectasis. *BMC Pulmonary Medicine*, 1321. doi:10.1186/1471-2466-13-21.

Observatório Nacional das Doenças Respiratórias (2013). *Prevenir a doença Acompanhar e Reabilitar o doente*. Lisboa, Portugal: Autor

Observatório Nacional das Doenças Respiratórias. (2016). *11º Relatório prevenir as doenças respiratórias acompanhar e reabilitar os doentes*. Lisboa, Portugal: Autor.

ONDR: Observatório Nacional das Doenças Respiratórias. (2017). *Relatório 2017*. Lisboa: Portugal: Autor. Recuperado de http://respirarmelhor.pt/wp-content/uploads/2017/11/Relatório-Completo-ONDR-2017.pdf

Observatório Nacional das Doenças Respiratórias. (2018). *13º relatório: Panorama das doenças respiratórias em Portugal. Retrato da saúde 2018. O estado da Saúde em Portugal.* Lisboa, Portugal: Autor. Recuperado de http://respirarmelhor.pt/wp-content/uploads/2019/08/Relat%C3%B3rio-do-Observat%C3%B3rio-Nacional-de-Doen%C3%A7as-Respirat%C3%B3rias-ONDR-2018.pdf

Observatório Nacional das Doenças Respiratórias. (2020). *14º Relatório.* Lisboa: Portugal: Autor. Recuperado de https://www.fundacaoportuguesadopulmao.org/ficheiros/ondr2020.pdf

Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2015). *Acesso aos cuidados de saúde: Um direito em risco? Relatório de Primavera 2015*. Lisboa, Portugal: Autor. Recuperado de http://opss.pt/wpcontent/uploads/2018/06/RelatorioPrimavera20

Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2018). *Meio Caminho andado. Relatório de Primavera 2018.* Lisboa, Portugal: Autor.

Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2019). *Saúde um direito humano*. Relatório de Primavera 2019. Lisboa, Portugal: Autor.

Olazabal, M. (2003). Métodos de limpeza das vias aéreas. In M.J.M. Gomes & R. Sotto-Mayor, *Tratado de Pneumologia* (pp. 1807-1813). Lisboa, Portugal: Permanyer.

Oliveira, D. & D'Elboux, J. (2012). Estudos nacionais sobre cuidadores familiares de idosos: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65 (5), 829–838. Recuperado de https://doi.org/10.1590/s0034-71672012000500017

Ordem dos Enfermeiros (2009). *Guia de Boa Prática de Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Traumatismo Vertebro-Medular.* Lisboa, Portugal: Comissão de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Recuperado de https://repositorioenfreab.files.wordpress.com/2018/09/guia-de-boa-prc3a1tica-de-cuidados-de-enfermagem-c3a0-pessoa-com-traumatismo-vc3a9rtebro-medular.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das Competências específicas do enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Lisboa, Portugal: Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Recuperado de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao_aprovadoAG20Nov2010.

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Enfermagem de Reabilitação.* Porto, Portugal: Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Recuperado de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEEReabilitacao.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015a). *Áreas Investigação Prioritárias para e Especialidade de Enfermagem de Reabilitação.* Porto, Portugal: Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Recuperado de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/Areas_Investigacao_Prioritarias_para_EER.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2015b). *Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação.* Porto, Portugal: Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Recuperado de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/PadraoDocumental_EER.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2018). G*uia Orientador de Boa Prática - Reabilitação Respiratória.* Lisboa, Portugal: Conselho de Enfermagem e Mesa do Colégio de Enfermagem de Reabilitação. Recuperado de

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5441/gobp_reabilita%C3%A7%C3%A3o-respirat%C3%B3ria_mceer_final-para-divulga%C3%A7%C3%A3o-site.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2020). *Ontologia de Enfermagem.* Recuperado de https://ontologia.ordemenfermeiros.pt/Browser

Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice (6ª ed.).* St. Louis, Estados Unidos da América: Mosby.

Organização Mundial da Saúde (2000). *Health Systems: Improving Performance*. Genebra, Suíça: OMS. Recuperado de https://apps.who.int/iris/handle/10665/42281

Organização Mundial de Saúde (2002). Saúde 21. *Uma Introdução ao enquadramento político da saúde para todos na região europeia da OMS*. Loures, Portugal: Lusociência

Organização Mundial de Saúde (2015). *Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde*. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf;jsessionid=34536F49E1948879757E4EF9F8C100D1?sequence=6

Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico. (2019). *Health at a Glance 2019: OECD indicators*. Paris, França: OECD Publishing. Recuperado de https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en.

Osadnik, C. R., McDonald, C. F., Jones, A. P., & Holland, A. E. (2012). Airway clearance techniques for chronic obstructive pulmonary disease. *The Cochrane database of systematic reviews*, (3). doi:10.1002/14651858.CD008328.pub2

Osadnik, C., Stuart-Andrews, C., Ellis, S., Thompson, B., McDonald, C. F., & Holland, A. E. (2013). Positive expiratory pressure via mask does not improve ventilation inhomogeneity more than huffing and coughing in individuals with stable chronic obstructive pulmonary disease and chronic sputum expectoration. *Respiration*,87 (1), 38-44.

Paiva, A., Cardoso, A., Sequeira, C., Morais, E., Bastos, F., Pereira, F., … Marques, P. (2014). *Análise da parametrização nacional do Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem - SAPE®.* Porto, Portugal: Escola Superior de Enfermagem do Porto

Paiva, I., Amaral, A., Moreira, I. (2021). Cuidados de enfermagem omissos: perceção de enfermeiros de um hospital de oncologia português. *Revista de Enfermagem Referência*, 5 (5), 1-6. Doi: 10.12707/RV20075

Palange, P., & Simonds, A. K. (2013). *ERS handbook of respiratory medicine*. Sheffield, Reino Unido: European Respiratory Society.

Pamplona, P. & Morais, L. (2007). Treino de exercício na doença pulmonar crónica. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 13 (1), 101-12.

Paúl, C. & Fonseca, A. (2005). *Envelhecer em Portugal* (1ª ed.). Lisboa, Portugal: Climepsi editores.

Pellegrino, R., Viegi, G., Brusasco, V., Crapo, R. O., Burgos, F., Casaburi, R. E. A.,... & Jensen, R. (2005). Interpretative strategies for lung function tests. *European Respiratory Journal*, 26(5), 948-968.

Pereira, R., Sá, P., & Jorge, S. (2006). A informação produzida pelos sistemas de contabilidade de custos nos hospitais públicos Portugueses: Características e lacunas. *Revista de Contabilidade e Finanças,* 84

Pereira, E. (2011). *Famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado relevância da definição dos cuidados prestados* (Dissertação de mestrado). Recuperado de https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/62191?locale=pt

Petronilho, F. (2007). *Preparação do regresso a casa*. Coimbra, Portugal, Formasau.

Petronilho, F. (2012). *Autocuidado: Conceito central da enfermagem*. Coimbra, Portugal: Formasau.

Petronilho, F. (2013). *A alta hospitalar do doente dependente no autocuidado: Decisões, destinos, padrões de assistência e de utilização dos recurso: Estudo exploratório sobre o impacte nas transições do dependente e do familiar cuidador* (Tese de doutoramento). Universidade de Lisboa. Portugal. Recuperado de http://hdl.handle.net/10451/10572

Petronilho, F., Pereira, C., Magalhães, A., Carvalho, D., Oliveira, J., Castro, P., & Machado, M. (2017). Evolution of self-care dependent individuals admitted to the National Network for Integrated Continuous Care. *Revista de Enfermagem Referência*, 4 (14), 39-48. doi:10.12707/RIV17027

Phelan, A., McCarthy, S., & Adams, E. (2018a). Examining missed care in community nursing: A cross section survey design. *Journal of Advanced Nursing*, 74(3), 626-636. doi:10.1111/jan.13466

Phelan, A., McCarthy, S., & Adams, E. (2018b). Examining the context of community nursing in Ireland and the impact of missed care. *British Journal of Community Nursing*, 23 (1), 34-40. doi:10.12968/bjcn.2018.23.1.34

Pimenta, S. (2016). *Mobilidade reduzida dos idosos no domicílio – condições determinantes* (Dissertação de mestrado). Recuperado de https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/18054/1/Disserta%c3%a7%c3%a3o_MER_16_FINAL_1.pdf

Pimentel, L. (2001). *O lugar do idoso na família: contextos e trajectórias*. Coimbra, Portugal: Quarteto Editora.

Pinto, B., Gomes, A., Oliveira, A., Ivo C., Costa, G., Ramos, J. ... Freitas, A. (2013). Reinternamentos hospitalares em Portugal na última década. *Acta Médica Portuguesa*, 26 (6), 711-720.

Pontes, M.M. (2016). Doença crónica. In Marques-Vieira, C. & Sousa, L. (Eds.) *Cuidados de enfermagem de reabilitação ao longo da vida*. Loures, Portugal: Lusodidacta.

Pordata (2021). *Base de Dados Portugal Contemporâneo*. Lisboa, Portugal: Fundação Francisco Manuel dos Santos. Recuperado de https://www.pordata.pt/Portugal

Portaria nº 174/2014 de 10 de setembro. *Diário da República nº 174/2014 – 1ª Série*. Ministério das Finanças, Ministério da Saúde & Ministério do Emprego, Solidariedade e Segurança Social. Lisboa, Portugal.

Portaria n.º 50/2017 de 2 de fevereiro. *Diário da República nº 24/2017 – 1ª Série*. Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social. Lisboa, Portugal.

Potter, P. A., & Perry, A. G. (2006). *Fundamentos de Enfermagem: Conceitos e Procedimentos*. Loures, Portugal: Lusociência.

Presto, B., & Damázio, L. (2009). *Fisioterapia Respiratória* (4.ª ed.). Rio de Janeiro, Brasil: Elsevier.

Quanjer, P. H., Stanojevic, S., Cole, T. J., Baur, X., Hall, G. L., Culver, B. H.,... & Stocks, J. (2012). Multi-ethnic reference values for spirometry for the 3–95-yr age range: the global lung function 2012 equations*. European Respiratory Journal*, 40 (6), 1324-1343. Recuperado de https://erj.ersjournals.com/content/40/6/1324

Queirós, P. J. (2010). *Autocuidado, transições e bem-estar. Revista Investigação em Enfermagem, 21, 5-7.*

Queirós, P. J. (2014). Conceitos disciplinares em uso por estudantes de licenciatura e de mestrado em enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência, 4(2), 29-40*. doi: 10.12707/RIII13120

Rebelatto, J. & Morelli, J. (2004). *Fisioterapia Geriátrica: A prática da assistência ao idoso*. São Paulo, Brasil: Editora Manole Limitada.

Rebelatto, J. & Morelli, J. (2007). *Fisioterapia Geriátrica: A prática da assistência ao idoso* (2ªa ed.). São Paulo, Brasil: Editora Manole Limitada.

Recio-Saucedo, A., Dall'Ora, C., Maruotti, A., Ball, J., Briggs, J., Meredith, P.,... & Griffiths, P. (2018). What impact does nursing care left undone have on patient outcomes? Review of the literature. *Journal of clinical nursing*, 27(11-12), 2248-2259. doi: 10.1111/jocn.14058.

Regadas, S., & Marques, G. (2012). A enfermagem e as famílias prestadoras de cuidados. In J. C. Carvalho, M. C. Barbieri-Figueiredo, H. I. Fernandes, A. I. Vilar, L. Andrade, M. R. Santos, P. Oliveira, *Transferibilidade do conhecimento em enfermagem de família* (pp. 251-258). Porto, Portugal: Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Regadas, S.C.R.S. (2021). *Famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado – estudo exploratório de base populacional no concelho de Paços de Ferreira* (Tese de doutoramento). Universidade Católica Portuguesa, instituto de Ciências da Saúde, Portugal.

Ribeiro, O. (2011). *Famílias com dependentes no autocuidado: Um olhar sobre a pessoa dependente* (Dissertação de mestrado). Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas, Portugal.

Ribeiro, O. & Pinto, C. (2014). Caracterização da pessoa dependente no autocuidado: um estudo de base populacional num concelho do norte de Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Publica*, 32 (1), 27–36. Recuperado de https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2013.07.001

Rice, R. (2004). *Prática de enfermagem nos cuidados domiciliários*. Loures: Portugal, Lusociência.

Rice, R. (2006). *Home Care Nursing Practice: Concepts and Application*. Philadelphia: United States America: Mosby.

Ries, A.L., Bauldoff, G.S., Casaburi, R., Mahler, D.A., Rochester, C.L., Mahler, D.A., … Herrerias, C. (2007). Pulmonary rehabilitation: Joint ACCP/AACVPR evidence based clinical practice guidelines. *Chest Journal*, 131 (5), 4S-42S. doi: 10.1378/chest.06-2418

Roach, S. (2003). *Introdução à enfermagem gerontológica*. Rio de Janeiro, Brasil: Guanabara Koogan, 2003.

Rocha, A., Mota, F., Silva, M., Bonates, L., & Rocha, A. (2014). Qualidade de vida de idosos que cuidam de idosos no domicílio. *Revista de Enfermagem UFPE*, 9 (2), 548–557. Recuperado de https://doi.org/10.5205/reuol.7028-60723-1-SM.0902201509

Rocha, M.C.A. (2015). *Dependência no autocuidado em contexto familiar – Estudo exploratório de base populacional no concelho da Maia* (Dissertação de mestrado). Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Portugal.

Rochester, C. L., Vogiatzis, I., Holland, A. E., Lareau, S. C., Marciniuk, D. D., Puhan, M. A., … ATS/ERS Task Force on Policy in Pulmonary Rehabilitation (2015). An Official American Thoracic Society/European Respiratory Society Policy Statement: Enhancing Implementation, Use, and Delivery of Pulmonary Rehabilitation. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 192(11), 1373–1386. https://doi.org/10.1164/rccm.201510-1966ST

Rodrigues, F. (2014) Reabilitação Respiratória. In Relatório do ONDR (2014/2015). Recuperado de http://www.ondr.pt/10_Relatorio_ONDR.pdf

Rodrigues, C.M.N.C. (2020). *Famílias com pessoas dependentes no autocuidado: Implicações para o enfermeiro de família* (Dissertação de Mestrado). Universidade de Coimbra, Faculdade de Economia, Portugal.

Rosas, F. & Brito, J. (1996*). Dicionário de História do Estado Novo*. Lisboa, Portugal: Bertrand.

Ruder, S. (2008). The challenges of family member caregiving: how the home health and hospice clinician can help at the end of life. *Home healthcare nurse*, 26 (2), 131–136. doi: 10.1097/01.NHH.0000311034.00721.73

Sá, M. & Oliveira, A. (2017). Compromisso do autocuidado em pessoas com doença crónica. *Investigação Qualitativa em Saúde*, 2, 752-757. Recuperado de https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/16011/1/1270-4957-1-PB_MCS_E_AO_1_.pdf

Salgueiro, H. (2008). Perceção do estado de saúde e de qualidade de vida da família que coabita e cuida de um idoso dependente. *Revista Investigação em Enfermagem*, 17, 51-63.

Salvi, D., Agarwal, R., Salvi, S., Barthwal, B. S., & Khandagale, S. (2014). Effect of Diaphragmatic Breathing on Spirometric Parameters in Asthma Patients and Normal Individuals. *Indian Journal Of Physiotherapy & Occupational Therapy*, 8(3), 43-48 doi:10.5958/0973-5674.2014.00354.2

Sandberg, J. & Eriksson, H. (2007). The hard thing is the change's: the importance of continuity for older men caring for their wives. *Quality in Ageing and Older Adults*, 8(2), 5-15. Recuperado de https://doi.org/10.1108/14717794200700008

Santos, E., Marcelino, L., Abrantes, L., Marques, C., Correia, R., Coutinho, E., & Azevedo, I. (2015). O Cuidado Humano Transicional Como Foco da Enfermagem: Contributos das Competências Especializadas e Linguagem Classificada CIPE®. *Millenium*, 49 (20), 153-171. Recuperado de https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8083

Santos, M.; Pedro, M.; Nuno, L. & Azevedo, T. (2009). Sentimentos do familiar cuidador face à intervenção do enfermeiro de reabilitação. *Revista Investigação em Enfermagem*, 19, 15-24.

Santos-Orlandi A., Brito T., Ottaviani A., Rossetti E., Zazzetta M., Pavarini I.(2017) Elderly who take care of elderly:a study on the Frailty Syndrome. *Revista Brasileira de Enfermagem*,70 (7), 822-829. Recuperado de http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0474

Schubert, M., Glass, T. R., Clarke, S. P., Aiken, L. H., Schaffert-Witvliet, B., Sloane, D. M., & De Geest, S. (2008). Rationing of nursing care and its relationship to patient outcomes: The Swiss extension of the International Hospital Outcomes Study. International *Journal for Quality in Health Care*, 20(4), 227-237. doi:10.1093/intqhc/mzn017

Schulz, R., & Eden, J. (Eds.). (2016). *Families caring for an aging America*. doi:10.17226/23606

Scott, P. A., Suhonen, R., & Kirwan, M. (2020). Missed care, care left undone: Organization ethics and the appropriate use of the nursing resource. *Nursing Philosophy*, 21 (1), 1-2. doi:10.1111/nup.12288

Sequeira, C. (2010*). Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Porto, Portugal, Lidel.

Serrão, C. (2014). *Manual de boas práticas. Literacia em Saúde: Um desafio na e para a terceira Idade*. Lisboa: Projeto Literacia em Saúde. Recuperado de: http://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/5979/1/Manual%20de%20Boas%20Pr%C3%A1ticas%20%20Literacia%20em%20sa%C3%BAde%20na%20terceira%20idade.pdf.

Silva, A.P. (2007). "Enfermagem avançada": um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina*. Servir*, 55 (1-2), 11 - 20.

Silva, A. S. N. (2012). *Avaliação da condição de saúde dos indivíduos dependentes no autocuidado inseridos no seio das famílias clássicas do concelho do Porto* (Dissertação de mestrado). Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Portugal.

Silva, J. (2017). *A dispneia e a fadiga nas pessoas com doença pulmonar obstrutiva crónica na realização das suas atividades de vida diária: um contributo para a prática clínica dos enfermeiros de reabilitação* (Dissertação de mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Silva, A. (2019). Intervenção da Enfermagem de Reabilitação na Limpeza das Vias Aéreas: Prevenção de Complicações (Tese de mestrado). Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde.

Simões J., Augusto, G.F., Fronteira,I., Hernández-Quevedo, C. (2017). Portugal: Health system review. *Health Systems in Transition*, 19(2), 1–184.

Smith, J., Morin, K., Wallace, L., & Lake, E. (2017). Association of the nurse work environment, collective efficacy and missed care. *Western Journal of Nursing Research*, 40(6), 1-20. https://doi. org/10.1177/0193945917734159

Sochalski, J. (2004). Is more better?: The relationship between nurse staffing and the quality of nursing care in hospitals. *Medical Care*, 42(2), 67-73.

Söderhamn, O. (2000). Self-care activity as structure: a phenomenological approach. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy,* 7 (4), 183-189.

Sousa, M.R., Martins, T., & Pereira, f. (2015). O refletir das práticas dos enfermeiros na abordagem à pessoa com doença crónica. *Revista de Enfermagem Referência*, 6, 55-63. Recuperado de http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn6/serIVn6a07.pdf

Souza, M.H. L. & Elias, D. O. (2006). *Fundamentos da Circulação Extracorpórea* (2ª ed.). Rio de Janeiro, Brasil: Centro Editorial Alfa Rio.

Spasova S., Baeten, R., Coster, S., Ghailani, D., Peña-Casas, R., & Vanhercke, B. (2018). *Challenges in long-term care in Europe: A study of national policies 2018*. Recuperado de https://data.europa.eu/doi/10.2767/84573

Spruit, M. A., Singh, S. J., Garvey, C., ZuWallack, R., Nici, L., Rochester, C., & Pitta, F. (2013). An official American Thoracic Society/European Respiratory Society statement: key concepts and advances in pulmonary rehabilitation. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 188(8), 13-64. Recuperado de https://www.atsjournals.org/doi/pdf/10.1164/rccm.201309-1634ST

Strickland, S. L., Rubin, B. K., Drescher, G. S., Haas, C. F., O'Malley, C. A., Volsko, T. A., ... Hess, D. R. (2013). AARC clinical practice guideline: effectiveness of nonpharmacologic airway clearance therapies in hospitalized patients. *Respiratory Care*, 58(12), 2187-2193 doi:10.4187/respcare.02925.

Swaminathan, N. (2011). Autogenic drainage for airway clearance in cystic fibrosis. *Cochrane Database Of Systematic Reviews*, (1), doi:10.1002/14651858.CD009595

Taylor, S. (2004). Teoria do défice de autocuidado de enfermagem. In M. Alligood, & A. Tomey (Eds.), *Teóricas de enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem* (pp. 211-236). Lisboa, Portugal: Lusociência.

Teymeny, A., Rissato, C., Matos, L., Boaventura, C., Lopes, C., Carvalho, E. (2008). Pico de fluxo expiratório em voluntários de 50 a 80 anos. *Fisioterapia Brasil*, 9 (6), 399-406. Recuperado de https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/fisioterapiabrasil/article/view/1730

Tomey, A., & Alligood, M. (2002). *Teóricas de enfermagem e a sua obra: Modelos e Teorias de Enfermagem (5ª ed.)*. Loures, Portugal: Lusociência.

Tomey, A., & Alligood, M. (2007). *Modelos y Teorías en Enfermería (6ª ed)*. Madrid, Espanha: Elsevier.

Tønnessen, S., Nortvedt, P., & Førde, R. (2011). Rationing home-based nursing care: Professional ethical implications. *Nursing Ethics*, 18 (3), 386-396. doi:10.1177/0969733011398099

Torres, S. (2016). *Cuidador Informal de Idosos Dependentes: o cuidar, as emocões e as estratégias adaptativas* (Tese de Doutoramento). Recuperado de https://ria.ua.pt/bitstream/10773/17385/1/tese%2Banexos%5B1%5D.pdf

Trindade, A.M.., Sousa, T.L. F. & Albuquerque, A.L.P. (2015). A interpretação da espirometria na prática pneumológica: até onde podemos avançar com o uso dos seus parâmetros? *Revista Pulmão RJ*, 24(1), 3-7.

United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2019). *World population ageing 2019: Highlights*. Recuperado de https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopul ationAgeing2019-Highlights.pdf

Veríssimo, C., & Moreira, I. (2004). Os cuidadores familiares/informais. Cuidar do doente idoso e dependente em domicílio. *Pensar em enfermagem*, 8 (1), 20-24.

Viegas, L. (2020). *Promoção da qualidade dos cuidados familiares e de saúde do cuidador: uma intervenção estruturada de enfermagem.* (Tese de doutoramento). Universidade de Lisboa, Portugal.

Volsko, T. (2013). Airway clearance therapy: finding the evidence. *Respiratory Care*. 58 (10), 1669-1678. doi: 10.4187/respcare.02590

Welsh, E. J. (2015). Interventions for bronchiectasis: an overview of Cochrane systematic reviews. *Cochrane Database Of Systematic Reviews*, (7), doi:10.1002/14651858.CD010337.pub2.

World Health Organization (2008): *Home Care in Europe*. Recuperado de https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/96467/E91884.pdf

World Health Organization (2017). *Global strategy and action plan on ageing and health.* Recuperado de https://www.who.int/ageing/WHO-GSAP-2017.pdf?ua=1

Young, Y., Kalamaras, J., Kelly, L., Hornick, D., & Yucel, R. (2015). Is aging in place delaying nursing home admission? *Journal of the American Medical Directors Association*, 16(10), 900.e1-900.e6. doi:10.1016/j.jamda.2015.07.017

Zia, A., Kamaruzzaman, S., & Tan, M. (2015). Polypharmacy and falls in older people: Balancing evidence-based medicine against falls risk. *Postgraduate Medicine*, 127 (3), 330–337. Recuperado de http://doi.org/10.1080/00325481.2014.996112

# ANEXOS

**ANEXO I**

Formulário

# Formulário de avaliação das necessidades de cuidados de saúde e sociais das pessoas dependentes no autocuidado a viver no domicílio e dos seus cuidadores no contexto das ECCI's

## PARTE I – DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

### PESSOA DEPENDENTE

**Sexo**
- ○ M
- ○ F

**Idade**
☐☐

**Estado civil**
- ○ Casado/ União de facto
- ○ Solteiro
- ○ Viúvo
- ○ Divorciado

**Nacionalidade**
- ○ Portuguesa
- ○ Não portuguesa (especificar) ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

**Nível de escolaridade**
- ○ Nenhum
- ○ Ensino básico -1.º ciclo (4 anos)
- ○ Ensino básico - 2.º ciclo (6 anos)
- ○ Ensino básico - 3.º ciclo (9 anos)
- ○ Ensino secundário (11 ou 12 anos)
- ○ Ensino superior

**Profissão**
- ○ Membros das forças armadas
- ○ Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa
- ○ Especialistas das profissões intelectuais e científicas
- ○ Técnicos e profissionais de nível intermédio
- ○ Pessoal administrativo e similares
- ○ Pessoal dos serviços e vendedores
- ○ Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas
- ○ Operários, artificies e trabalhadores similares
- ○ Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem
- ○ Trabalhadores não qualificados
- ○ Doméstico
- ○ Desempregado
- ○ Pensionista / Reformado
- ○ Estudante
- ○ Outra

**Situação que originou a dependência**

| Sim | Não | |
|---|---|---|
| ○ | ○ | Envelhecimento |
| ○ | ○ | Acidente |
| ○ | ○ | Doença aguda |
| ○ | ○ | Doença crónica |
| ○ | ○ | Outra |

**Instalação da dependência**
- ○ Súbita
- ○ Gradual

**Tempo de dependência**
☐☐ Anos ☐☐ Meses

**Consumo medicamentos**
- ○ Não
- ○ Sim

**Variedades de fármacos (n.º)**
☐☐

**Internamentos no último ano**
- ○ Nenhum
- ○ Um
- ○ Dois
- ○ Três
- ○ Mais de três (especificar) ☐☐

**Episódios de recursos ao SU, no último ano**
- ○ Nenhuma
- ○ Uma
- ○ Duas
- ○ Três
- Mais de três (especificar) ☐☐

**Número de fármacos nas tomas/dia**
☐☐

### CUIDADOR PRINCIPAL

**Sexo**
- ○ M
- ○ F

**Idade**
☐☐

**Estado civil**
- ○ Casado/ União de facto
- ○ Solteiro
- ○ Viúvo
- ○ Divorciado

**Nacionalidade**
- ○ Portuguesa
- ○ Não portuguesa (especificar) ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

**Nível de escolaridade**
- ○ Nenhum
- ○ Ensino básico -1.º ciclo (4 anos)
- ○ Ensino básico - 2.º ciclo (6 anos)
- ○ Ensino básico - 3.º ciclo (9 anos)
- ○ Ensino secundário (11 ou 12 anos)
- ○ Ensino superior

**Profissão**
- ○ Membros das forças armadas
- ○ Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa ○
Especialistas das profissões intelectuais e científicas
- ○ Técnicos e profissionais de nível intermédio Pessoal
- ○ administrativo e similares
- ○ Pessoal dos serviços e vendedores
- ○ Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas ○
Operários, artificies e trabalhadores similares
- ○ Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem ○
Trabalhadores não qualificados
- ○ Doméstico Desempregado
- ○ Pensionista / Reformado
- ○ Estudante
- ○ Outro

**Data de Admissão à ECCI:**

**Data de Avaliação:**

**Tipologia de Referência:**

- ☐ Cuidados de Reabilitação
- ☐ Cuidados de Enfermagem
- ☐ Cuidados de Fisioterapia
- ☐ Acompanhamento Psicológico
- ☐ Cuidados Paliativos

# Formulário de avaliação das necessidades de cuidados de saúde e sociais das pessoas dependentes no autocuidado a viver no domicílio e dos seus cuidadores no contexto das ECCI's

**Legenda:**
**FREQUÊNCIA: x/dia; x/semana; x/mês**
**QUEM IMPLEMENTA OS CUIDADOS NECESSÁRIOS: E – Enfermeiro da ECCI; C – Cuidador principal; F – Outro membro da família/amigo; S – Outro serviço de enfermagem contratado; I – IPSS; N – Ninguém; Outro (Especificar):**

**Constituição da família**

- ◯ Família constituída apenas pelo casal
- ◯ Família constituída por casal e um filho
- ◯ Família constituída por casal e dois ou mais filhos
- ◯ Grupo de pessoas que coabita e que consiste em mais do que apenas os pais e os filhos
- ◯ Família constituída por figura parental única; mãe, pai ou outro cuidador e presença de uma ou mais crianças ou outros dependentes.

**A família não assegura:**

- ◯ Fazer compras
- ◯ Arranjar a casa
- ◯ Armazenamento dos alimentos
- ◯ Preparação dos alimentos
- ◯ Acompanhar membro da família a serviço de saúde

**Capacidades do cuidador dificultadoras do exercício do papel**

- ◯ Capacidade física para posicionar
- ◯ Capacidade física para assistir no erguer-se
- ◯ Capacidade física para transferir
- ◯ Capacidade física para assistir no andar
- ◯ Capacidade física para deslocar cliente em cadeira de rodas
- ◯ Capacidade física para alimentar
- ◯ Capacidade física para dar banho
- ◯ Capacidade física para vestir/despir
- ◯ Adquirir nova informação
- ◯ Capacidade na gestão do regime medicamentoso

**Memória**

- ◯ Dificuldade/Incapacidade para recuperar informação
- ◯ Dificuldade/Incapacidade para adquirir nova informação

**Atitudes terapêuticas**

| | Beneficiário | Freq. Esperada | Freq. implementada | Quem implementa |
|---|---|---|---|---|
| ◯ **Oxigenoterapia** | | | | |
| ⬡ Ensinar sobre oxigenoterapia | ◯Doente ◯Cuidador ◯Ambos | | | |
| ◯ **Sonda gástrica** | | | | |
| ⬡ Treinar a otimizar sonda gástrica | ◯Doente ◯Cuidador ◯Ambos | | | |
| ◯ **Cateter venoso periférico** | | | | |
| ⬡ Executar tratamento ao local de inserção do cateter venoso periférico | | | | |
| ◯ **Cateter urinário** | | | | |
| ⬡ Trocar cateter urinário | | | | |
| ⬡ Ensinar sobre prevenção de infeção do sistema urinário | ◯Doente ◯Cuidador ◯Ambos | | | |

**Formulário de avaliação das necessidades de cuidados de saúde e sociais das pessoas dependentes no autocuidado a viver no domicílio e dos seus cuidadores no contexto das ECCI's**

## Notas/Observações:

- **FAMÍLIA/ FAMILIAR CUIDADOR:**
  - **Família (estrutura, desenvolvimento e funcionalidade/dinâmica)**
  - **Outras atividades (instrumentais) não asseguradas pela família:**
  - **Outras dificuldades manifestadas pelo Familiar Cuidador (FC) no exercício do papel de cuidador**

- ATITUDES TERAPÊUTICAS:
  - **Oxigenoterapia:**
  - **Sonda gástrica:**
  - **Cateter venoso periférico:**
  - **Cateter urinário:**

**Formulário de avaliação das necessidades de cuidados de saúde e sociais das pessoas dependentes no autocuidado a viver no domicílio e dos seus cuidadores no contexto das ECCI's**

| | Beneficiário | Freq. esperada | Freq. implementada | Quem implementa |
|---|---|---|---|---|
| ○ **Traqueostomia** | | | | |
| 〇 Executar cuidados à traqueostomia | | | | |
| 〇 Trocar cânula de traqueostomia | | | | |
| 〇 Ensinar sobre traqueostomia | ○Doente ○Cuidador ○Ambos | | | |
| 〇 Ensinar sobre autovigilância da pele peri-traqueostomia | ○Doente ○Cuidador ○Ambos | | | |
| 〇 Treinar cuidados à traqueostomia | ○Doente ○Cuidador ○Ambos | | | |
| 〇 Treinar cuidados à pele periestomal | ○Doente ○Cuidador ○Ambos | | | |
| 〇 Treinar a trocar cânula | ○Doente ○Cuidador ○Ambos | | | |
| 〇 Ensinar sobre acesso a dispositivos | ○Doente ○Cuidador ○Ambos | | | |
| 〇 Providenciar os dispositivos aconselhados | | | | |
| ○ **Ostomia de eliminação** | | | | |
| 〇 Executar cuidados à ostomia | | | | |
| 〇 Trocar saco | | | | |
| 〇 Trocar placa | | | | |
| 〇 Ensinar sobre a ostomia de eliminação | ○Doente ○Cuidador ○Ambos | | | |
| 〇 Ensinar sobre autovigilância da pele peri-ostomia | ○Doente ○Cuidador ○Ambos | | | |
| 〇 Treinar cuidados à ostomia | ○Doente ○Cuidador ○Ambos | | | |
| 〇 Treinar cuidados à pele periestomal | ○Doente ○Cuidador ○Ambos | | | |
| 〇 Treinar a trocar saco | ○Doente ○Cuidador ○Ambos | | | |
| 〇 Treinar a trocar placa | ○Doente ○Cuidador ○Ambos | | | |
| 〇 Ensinar sobre acesso a dispositivos | ○Doente ○Cuidador ○Ambos | | | |
| 〇 Providenciar os dispositivos aconselhados | | | | |
| **Processo neuromuscular** | | | | |
| ○ **Consciência comprometida** | | | | |
| ○ **Paresia** | | | | |
| ○ **Desuso** | | | | |
| ○ **Rigidez articular** | | | | |
| 〇 Executar técnica de exercício músculo-articular passivo | | | | |
| 〇 Executar técnica de exercício músculo-articular ativo-assistido | | | | |
| 〇 Executar técnica de exercício músculo-articular ativo-resistido | | | | |
| 〇 Executar técnica de mobilização ativa-assistida da face | | | | |
| 〇 Executar técnica de mobilização passiva da face | | | | |
| 〇 Instruir exercícios músculo-articulares | ○Doente ○Cuidador ○Ambos | | | |
| 〇 Treinar exercícios músculo-articulares | ○Doente ○Cuidador ○Ambos | | | |
| 〇 Instruir exercícios isométricos | ○Doente ○Cuidador ○Ambos | | | |
| 〇 Treinar exercícios isométricos | ○Doente ○Cuidador ○Ambos | | | |

**Formulário de avaliação das necessidades de cuidados de saúde e sociais das pessoas dependentes no autocuidado a viver no domicílio e dos seus cuidadores no contexto das ECCI's**

## Notas/Observações:

- **ATITUDES TERAPÊUTICAS:**
  - **Traqueostomia:**
  - **Ostomia de eliminação:**
  - **Cateter venoso periférico:**
  - **Cateter urinário:**

- **PROCESSO NEUROMUSCULAR**
  - **Consciência comprometida**
  - **Paresia** **Desuso**

| **Local do corpo** | **Topologia** | | **Força muscular** | |
|---|---|---|---|---|
| Membro superior | dt | esq | dt | esq |
| Membro inferior | dt | esq | dt | esq |
| Face | dt | esq | | |
| Pálpebra | | | | |
| outros | | | | |

| **Local do corpo** | **Topologia** | | **Força muscular** | |
|---|---|---|---|---|
| Membro superior | dt | esq | dt | esq |
| Membro inferior | dt | esq | dt | esq |
| Face | dt | esq | | |
| Pálpebra | | | | |
| outros | | | | |

  - **Rigidez articular**

| **Local do corpo** | **Topologia** | | **Tipo de movimento** |
|---|---|---|---|
| Ombro (art. escapulo -umeral) | dt | esq | |
| Cotovelo (art úmero – cubital) | dt | esq | |
| Punho (art rádio- metacárpica) | dt | esq | |
| Dedos da mão (art Interfalangicas) | dt | esq | |
| Anca (art coxofemoral) | dt | esq | |
| Joelho (art femorotibial) | dt | esq | |
| Tornozelo (art tíbio -társica) | dt | esq | |
| Dedos do pé (art Interfalangicas) | dt | esq | |
| outros | dt | esq | |

| **Tipo de movimento** |
|---|
| • Flexão/extensão |
| • Adução/abdução |
| • Circundação do polegar |
| • Imponência do polegar |
| • Desvio radial |
| • Desvio cubital |
| • Supinação/pronação |
| • Rotação interna/externa |
| • Eversão/inversão |

**Formulário de avaliação das necessidades de cuidados de saúde e sociais das pessoas dependentes no autocuidado a viver no domicílio e dos seus cuidadores no contexto das ECCI's**

| | Beneficiário | Freq. esperada | Freq. implementada | Quem implementa |
|---|---|---|---|---|
| ○ **Espasticidade** | | | | |
| ○ Posicionar em padrão antiespástico | | | | |
| ○ Aplicar ortótese estática de alongamento | | | | |
| ○ Instruir a posicionar em padrão antiespástico | ○Doente ○Cuidador ○Ambos | | | |
| ○ Treinar a posicionar em padrão antiespástico | ○Doente ○Cuidador ○Ambos | | | |
| ○ **Equilíbrio comprometido** | | | | |
| ○ Executar técnica de treino do equilíbrio estático | | | | |
| ○ Assistir no treino do equilíbrio | | | | |
| ○ Ensinar sobre prevenção de quedas | ○Doente ○Cuidador ○Ambos | | | |
| ○ Instruir o treino do equilíbrio estático | ○Doente ○Cuidador ○Ambos | | | |
| ○ Treinar equilíbrio estático | ○Doente ○Cuidador ○Ambos | | | |
| ○ **Comunicação** | | | | |
| ○ Implementar estratégias facilitadoras da comunicação | | | | |
| ○ Ensinar sobre sistemas alternativos de comunicação | ○Doente ○Cuidador ○Ambos | | | |
| ○ **Dor** | | | | |
| ○ Gerir analgesia | | | | |
| ○ Aplicar calor | | | | |
| ○ Aplicar frio | | | | |
| ○ Executar técnica de imaginação guiada | | | | |
| ○ Executar técnica de distração | | | | |
| ○ Executar massagem | | | | |
| **Processo cardiorrespiratório** | | | | |
| ○ **Ventilação comprometida** | | | | |
| ○ Posicionar para otimizar a ventilação | | | | |
| ○ Iniciar oxigenoterapia | | | | |
| ○ Executar técnica respiratória | | | | |
| ○ **Limpeza da via aérea comprometida** | | | | |
| ○ Aspirar via aérea | | | | |
| ○ Executar inaloterapia | | | | |
| ○ Executar cinesiterapia respiratória | | | | |
| ○ Treinar técnica respiratória | ○Doente ○Cuidador ○Ambos | | | |
| ○ Treinar a executar inaloterapia | ○Doente ○Cuidador ○Ambos | | | |
| ○ **Perfusão dos tecidos periféricos comprometida** | | | | |
| ○ Posicionar para otimizar a perfusão periférica dos tecidos | | | | |
| ○ Aplicar meias elásticas | | | | |
| ○ Aplicar ligadura de compressão | | | | |
| ○ Ensinar sobre posicionamento facilitador da perfusão dos tecidos | ○Doente ○Cuidador ○Ambos | | | |
| ○ Ensinar sobre exercícios para prevenir complicações do compromisso da perfusão dos tecidos | ○Doente ○Cuidador ○Ambos | | | |
| ○ Treinar exercícios músculo articulares promotores da perfusão periférica dos tecidos | ○Doente ○Cuidador ○Ambos | | | |

**Formulário de avaliação das necessidades de cuidados de saúde e sociais das pessoas dependentes no autocuidado a viver no domicílio e dos seus cuidadores no contexto das ECCI's**

## Notas/Observações:

- **PROCESSO NEUROMUSCULAR**
  - **Espasticidade**

| Local do corpo | Topologia | | Força muscular | |
|---|---|---|---|---|
| Membro superior | dt | esq | dt | esq |
| Membro inferior | dt | esq | dt | esq |

  - **Equilíbrio comprometido**
  - **Comunicação**
  - **Dor**

- **PROCESSO CARDIORRESPIRATÓRIO**
  - **Ventilação comprometida**
  - **Limpeza da via aérea comprometida**
  - **Perfusão dos tecidos periféricos comprometida**
  - **SpO2**
  - **FEV1**
  - **PEF**

**Formulário de avaliação das necessidades de cuidados de saúde e sociais das pessoas dependentes no autocuidado a viver no domicílio e dos seus cuidadores no contexto das ECCI's**

| | Beneficiário | Freq. esperada | Freq. implementada | Quem implementa |
|---|---|---|---|---|
| **Processo do sistema gastrointestinal** | | | | |
| ○ **Mastigação comprometida** | | | | |
| ○ **Deglutição comprometida** | | | | |
| ○ Planear dieta | | | | |
| ○ Remover resíduos de alimentos da cavidade oral após a refeição | | | | |
| ○ Posicionar durante a refeição para facilitar a deglutição | | | | |
| ○ Inserir sonda gástrica | | | | |
| ○ Alimentar através de sonda gástrica | | | | |
| ○ Posicionar para prevenir a aspiração | | | | |
| ○ Ensinar sobre dieta para facilitar a mastigação | ○Doente ○Cuidador ○Ambos | | | |
| ○ Ensinar sobre prevenção da aspiração | ○Doente ○Cuidador ○Ambos | | | |
| ○ Ensinar sobre inspeção da cavidade oral após as refeições | ○Doente ○Cuidador ○Ambos | | | |
| ○ Ensinar sobre dieta para facilitar a deglutição | ○Doente ○Cuidador ○Ambos | | | |
| ○ Treinar técnica de deglutição | ○Doente ○Cuidador ○Ambos | | | |
| ○ **Impactação fecal** | | | | |
| ○ Remover fecaloma | | | | |
| ○ **Incontinência intestinal** | | | | |
| ○ Planear eliminação intestinal | | | | |
| ○ Irrigar intestino | | | | |
| ○ Aplicar fralda | | | | |
| ○ Ensinar sobre planeamento da eliminação intestinal | ○Doente ○Cuidador ○Ambos | | | |
| ○ Ensinar sobre prevenção da maceração do períneo | ○Doente ○Cuidador ○Ambos | | | |
| ○ Ensinar sobre regime dietético | ○Doente ○Cuidador ○Ambos | | | |
| **Processo do sistema urinário** | | | | |
| ○ **Retenção urinária** | | | | |
| ○ Planear a eliminação urinária | | | | |
| ○ Inserir cateter urinário | | | | |
| ○ Otimizar cateter urinário | | | | |
| ○ Ensinar sobre prevenção da retenção urinária | ○Doente ○Cuidador ○Ambos | | | |
| ○ Treinar autocateterização vesical | ○Doente ○Cuidador ○Ambos | | | |
| ○ **Incontinência urinária** | | | | |
| ○ Planear eliminação urinária | | | | |
| ○ Inserir cateter urinário | | | | |
| ○ Otimizar cateter urinário | | | | |
| ○ Aplicar dispositivo urinário | | | | |
| ○ Executar técnica de estimulação das zonas gatilho da micção | | | | |
| ○ Providenciar dispositivos aconselhados | | | | |
| ○ Ensinar sobre acesso a dispositivos | ○Doente ○Cuidador ○Ambos | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ◯ Ensinar sobre planeamento da eliminação urinária | ◯Doente ◯Cuidador ◯Ambos | | | |
| ◯ Ensinar sobre prevenção da maceração do períneo | ◯Doente ◯Cuidador ◯Ambos | | | |
| ◯ Treinar autocateterização vesical | ◯Doente ◯Cuidador ◯Ambos | | | |
| ◯ Treinar a estimular zonas gatilho da micção | ◯Doente ◯Cuidador ◯Ambos | | | |
| ◯ Treinar a trocar dispositivo urinário | ◯Doente ◯Cuidador ◯Ambos | | | |
| **Processo do sistema tegumentar** | | | | |
| ◯ **Membrana mucosa comprometida** | | | | |
| ◯ Tratar membrana mucosa | | | | |
| ◯ Lavar cavidade oral | | | | |
| ◯ Ensinar sobre tratamento da membrana mucosa | ◯Doente ◯Cuidador ◯Ambos | | | |
| ◯ Ensinar sobre sinais de complicação da membrana mucosa | ◯Doente ◯Cuidador ◯Ambos | | | |

## Notas/Observações:

- **PROCESSO DE SISTEMA GASTROINTESTINAL**
  - **Mastigação comprometida**
  - **Deglutição comprometida**
  - **Impactação fecal**
  - **Incontinência intestinal**
- **PROCESSO DE SISTEMA URINÁRIO**
  - **Retenção urinária**
  - **Incontinência urinária**
- **PROCESSO DE SISTEMA TEGUMENTAR**
  - **Membrana mucosa comprometida**

**Formulário de avaliação das necessidades de cuidados de saúde e sociais das pessoas dependentes no autocuidado a viver no domicílio e dos seus cuidadores no contexto das ECCI's**

| | Beneficiário | Freq. esperada | Freq. implementada | Quem implementa |
|---|---|---|---|---|
| ○ **Eritema pelas fraldas** | | | | |
| 〇 Aplicar creme na região perineal | | | | |
| 〇 Ensinar sobre tratamento do eritema | ○Doente ○Cuidador ○Ambos | | | |
| 〇 Ensinar sobre troca da fralda | ○Doente ○Cuidador ○Ambos | | | |
| 〇 Ensinar sobre vigilância da pele | ○Doente ○Cuidador ○Ambos | | | |
| ○ **Úlcera de pressão** | | | | |
| 〇 Executar tratamento da úlcera de pressão | | | | |
| 〇 Ensinar sobre cuidados à úlcera de pressão | ○Doente ○Cuidador ○Ambos | | | |
| 〇 Ensinar sobre sinais de complicação da úlcera de pressão | ○Doente ○Cuidador ○Ambos | | | |
| ○ **Úlcera venosa** | | | | |
| 〇 Executar tratamento da úlcera venosa | | | | |
| 〇 Aplicar meias elásticas | | | | |
| 〇 Aplicar ligadura de compressão | | | | |
| 〇 Ensinar sobre cuidados à úlcera venosa | ○Doente ○Cuidador ○Ambos | | | |
| 〇 Ensinar sobre sinais de complicação da úlcera venosa | ○Doente ○Cuidador ○Ambos | | | |
| 〇 Ensinar sobre terapia compressiva | ○Doente ○Cuidador ○Ambos | | | |
| 〇 Ensinar sobre estratégias de promoção do retorno venoso | ○Doente ○Cuidador ○Ambos | | | |
| ○ **Úlcera diabética** | | | | |
| 〇 Executar tratamento da úlcera diabética | | | | |
| 〇 Posicionar para otimizar a perfusão periférica dos tecidos | | | | |
| 〇 Ensinar sobre cuidados à úlcera diabética | ○Doente ○Cuidador ○Ambos | | | |
| 〇 Ensinar sobre sinais de complicação da úlcera diabética | ○Doente ○Cuidador ○Ambos | | | |
| 〇 Ensinar sobre posicionamento facilitador da perfusão dos tecidos | ○Doente ○Cuidador ○Ambos | | | |
| **Processo do sistema regulador** | | | | |
| ○ **Hipo/Hiperglicemia** | | | | |
| 〇 Gerir regime medicamentoso | | | | |
| 〇 Ensinar sobre regime medicamentoso | ○Doente ○Cuidador ○Ambos | | | |
| 〇 Ensinar sobre complicações da hipo/hiperglicemia | ○Doente ○Cuidador ○Ambos | | | |
| 〇 Ensinar sobre controlo da hipo/hiperglicemia | ○Doente ○Cuidador ○Ambos | | | |
| 〇 Ensinar sobre glicemia | ○Doente ○Cuidador ○Ambos | | | |
| 〇 Ensinar sobre insulina | ○Doente ○Cuidador ○Ambos | | | |
| 〇 Ensinar sobre prevenção de complicações da hipoglicemia/hiperglicemia | ○Doente ○Cuidador ○Ambos | | | |
| 〇 Ensinar sobre sinais de hipo/hiperglicemia | ○Doente ○Cuidador ○Ambos | | | |
| 〇 Treinar a avaliar a glicemia capilar | ○Doente ○Cuidador ○Ambos | | | |
| 〇 Treinar a administrar insulina | ○Doente ○Cuidador ○Ambos | | | |
| 〇 Ensinar sobre acesso a dispositivos | ○Doente ○Cuidador ○Ambos | | | |
| 〇 Providenciar os dispositivos aconselhados | | | | |

**Formulário de avaliação das necessidades de cuidados de saúde e sociais das pessoas dependentes no autocuidado a viver no domicílio e dos seus cuidadores no contexto das ECCI's**

## Notas/Observações:

- **PROCESSO DE SISTEMA TEGUMENTAR**
  - **Eritema pelas fraldas**

  - **Úlcera de pressão**

| **Local do corpo** | **Topologia** | | **Categoria** |
|---|---|---|---|
| Região sagrada | | | |
| Região trocantérica | dt | esq | |
| Calcâneo | dt | esq | |
| Orelha | dt | esq | |
| Ombro | dt | esq | |
| Narina (asa) | dt | esq | |
| Outra: _____ | dt | esq | |

  - **Úlcera venosa**

| **Local do corpo** | **Topologia** | | **observações** |
|---|---|---|---|
| Membro inferior | dt | esq | |
| perna | dt | esq | |
| Pé | dt | esq | |

  - **Úlcera diabética**

| **Local do corpo** | **Topologia** | | **observações** |
|---|---|---|---|
| Membro inferior | dt | esq | |
| perna | dt | esq | |
| Pé | dt | esq | |
| Dedo do pé | dt | esq | |

  -

- **PROCESSO DE SISTEMA REGULADOR**
  - **Hipo/Hiperglicemia**

**Formulário de avaliação das necessidades de cuidados de saúde e sociais das pessoas dependentes no autocuidado a viver no domicílio e dos seus cuidadores no contexto das ECCI's**

| | Beneficiário | Freq. esperada | Freq. implementada | Quem implementa |
|---|---|---|---|---|
| ○ **Desidratação** | | | | |
| 〇 Gerir hidratação | | | | |
| 〇 Administrar solução de hidratação | | | | |
| 〇 Ensinar sobre regime de ingestão de líquidos | ○Doente ○Cuidador ○Ambos | | | |
| 〇 Ensinar sobre desidratação | ○Doente ○Cuidador ○Ambos | | | |
| ○ **Edema** | | | | |
| 〇 Posicionar para diminuir edema | | | | |
| 〇 Ensinar sobre sinais de retenção de líquidos | ○Doente ○Cuidador ○Ambos | | | |
| 〇 Ensinar sobre complicações da retenção de líquidos | ○Doente ○Cuidador ○Ambos | | | |
| 〇 Ensinar sobre prevenção de lesões tegumentares | ○Doente ○Cuidador ○Ambos | | | |
| 〇 Ensinar sobre sinais de compromisso do processo neurovascular | ○Doente ○Cuidador ○Ambos | | | |
| 〇 Ensinar sobre posicionamento para diminuir o edema | ○Doente ○Cuidador ○Ambos | | | |
| ○ **Intolerância à atividade** | | | | |
| 〇 Ensinar sobre conservação de energia | ○Doente ○Cuidador ○Ambos | | | |
| 〇 Ensinar sobre gestão dos períodos de atividade e repouso | ○Doente ○Cuidador ○Ambos | | | |
| **Autocuidado** | | | | |
| ○ **Virar-se comprometido** | | | | |
| 〇 Posicionar | | | | |
| 〇 Posicionar usando dispositivo | | | | |
| 〇 Aplicar colchão de alívio de pressão | | | | |
| 〇 Ensinar sobre prevenção de complicações na articulação da anca enquanto deitado | ○Doente ○Cuidador ○Ambos | | | |
| 〇 Treinar o virar | ○Doente ○Cuidador ○Ambos | | | |
| 〇 Treinar o virar usando dispositivo | ○Doente ○Cuidador ○Ambos | | | |
| 〇 Ensinar sobre acesso a dispositivos | ○Doente ○Cuidador ○Ambos | | | |
| 〇 Providenciar os dispositivos aconselhados | | | | |
| ○ **Transferir-se comprometido** | | | | |
| 〇 Transferir | | | | |
| 〇 Transferir usando dispositivo | | | | |
| 〇 Ensinar sobre prevenção de quedas | ○Doente ○Cuidador ○Ambos | | | |
| 〇 Treinar a transferir | ○Doente ○Cuidador ○Ambos | | | |
| 〇 Treinar a transferir através de dispositivo | ○Doente ○Cuidador ○Ambos | | | |
| 〇 Treinar para prevenção de complicações na articulação da anca durante o transferir-se | ○Doente ○Cuidador ○Ambos | | | |
| 〇 Ensinar sobre acesso a dispositivos | ○Doente ○Cuidador ○Ambos | | | |
| 〇 Providenciar os dispositivos aconselhados | | | | |
| ○ **Sentar-se comprometido** | | | | |
| 〇 Ensinar sobre prevenção de complicações na articulação da anca durante o sentar-se | ○Doente ○Cuidador ○Ambos | | | |

**Formulário de avaliação das necessidades de cuidados de saúde e sociais das pessoas dependentes no autocuidado a viver no domicílio e dos seus cuidadores no contexto das ECCI's**

## Notas/Observações:

- **PROCESSO DE SISTEMA REGULADOR**
  - **Desidratação**
  - **Edema**
  - **Intolerância à atividade**

- **AUTOCUIDADO**
  - **Virar-se comprometido**
  - **Transferir-se comprometido**
  - **Sentar-se comprometido**

# Formulário de avaliação das necessidades de cuidados de saúde e sociais das pessoas dependentes no autocuidado a viver no domicílio e dos seus cuidadores no contexto das ECCI's

| | Beneficiário | Freq. esperada | Freq. implementada | Quem implementa |
|---|---|---|---|---|
| ○ **Cuidar da higiene pessoal comprometido** | | | | |
| ◇ Dar banho na cama | | | | |
| ◇ Dar banho no chuveiro | | | | |
| ◇ Treinar a tomar/dar banho | ○Doente ○Cuidador ○Ambos | | | |
| ◇ Treinar a tomar/dar banho usando dispositivo | ○Doente ○Cuidador ○Ambos | | | |
| ◇ Treinar uso do sanitário | ○Doente ○Cuidador ○Ambos | | | |
| ◇ Ensinar sobre acesso a dispositivos | ○Doente ○Cuidador ○Ambos | | | |
| ◇ Providenciar os dispositivos aconselhados | | | | |
| ○ **Vestir-se ou despir-se comprometido** | | | | |
| ◇ Vestir/despir | | | | |
| ◇ Treinar a vestir ou despir | ○Doente ○Cuidador ○Ambos | | | |
| ◇ Treinar a vestir ou despir usando dispositivo | ○Doente ○Cuidador ○Ambos | | | |
| ◇ Ensinar sobre acesso a dispositivos | ○Doente ○Cuidador ○Ambos | | | |
| ◇ Providenciar os dispositivos aconselhados | | | | |
| ○ **Andar comprometido** | | | | |
| ◇ Gerir o ambiente físico para prevenir queda | | | | |
| ◇ Ensinar sobre prevenção de quedas | ○Doente ○Cuidador ○Ambos | | | |
| ◇ Ensinar sobre adaptação do domicílio para usar cadeira de rodas | ○Doente ○Cuidador ○Ambos | | | |
| ◇ Treinar o andar | | | | |
| ◇ Treinar o andar com auxiliar de marcha | | | | |
| ◇ Treinar a usar cadeira de rodas | ○Doente ○Cuidador ○Ambos | | | |
| ◇ Ensinar sobre acesso a dispositivos | ○Doente ○Cuidador ○Ambos | | | |
| ◇ Providenciar os dispositivos aconselhados | | | | |
| ○ **Alimentar-se comprometido** | | | | |
| ◇ Alimentar através de sonda enteral | | | | |
| ◇ Treinar a alimentar | ○Doente ○Cuidador ○Ambos | | | |
| ◇ Treinar a alimentar usando dispositivo | ○Doente ○Cuidador ○Ambos | | | |
| ◇ Ensinar sobre acesso a dispositivos | ○Doente ○Cuidador ○Ambos | | | |
| ◇ Providenciar os dispositivos aconselhados | | | | |
| ○ **Autogestão do regime medicamentoso comprometida** | | | | |
| ◇ Administrar medicação | | | | |
| ◇ Gerir regime medicamentoso | | | | |
| ◇ Ensinar sobre gestão do regime medicamentoso | ○Doente ○Cuidador ○Ambos | | | |
| ◇ Ensinar sobre regime medicamentoso | ○Doente ○Cuidador ○Ambos | | | |
| ◇ Ensinar sobre ajuste da medicação de acordo com os resultados da vigilância | ○Doente ○Cuidador ○Ambos | | | |
| ◇ Treinar a administrar medicação | ○Doente ○Cuidador ○Ambos | | | |
| ◇ Treinar a gerir regime medicamentoso usando dispositivo | ○Doente ○Cuidador ○Ambos | | | |
| ◇ Ensinar sobre acesso a dispositivos | ○Doente ○Cuidador ○Ambos | | | |
| ◇ Providenciar os dispositivos aconselhados | | | | |

**Formulário de avaliação das necessidades de cuidados de saúde e sociais das pessoas dependentes no autocuidado a viver no domicílio e dos seus cuidadores no contexto das ECCI's**

## Notas/Observações:

- **AUTOCUIDADO**
  - **Cuidar da higiene pessoal comprometido**
  - **Vestir-se ou despir-se comprometido**
  - **Andar comprometido**
  - **Alimentar-se comprometido**
  - **Autogestão do regime medicamentoso comprometida**

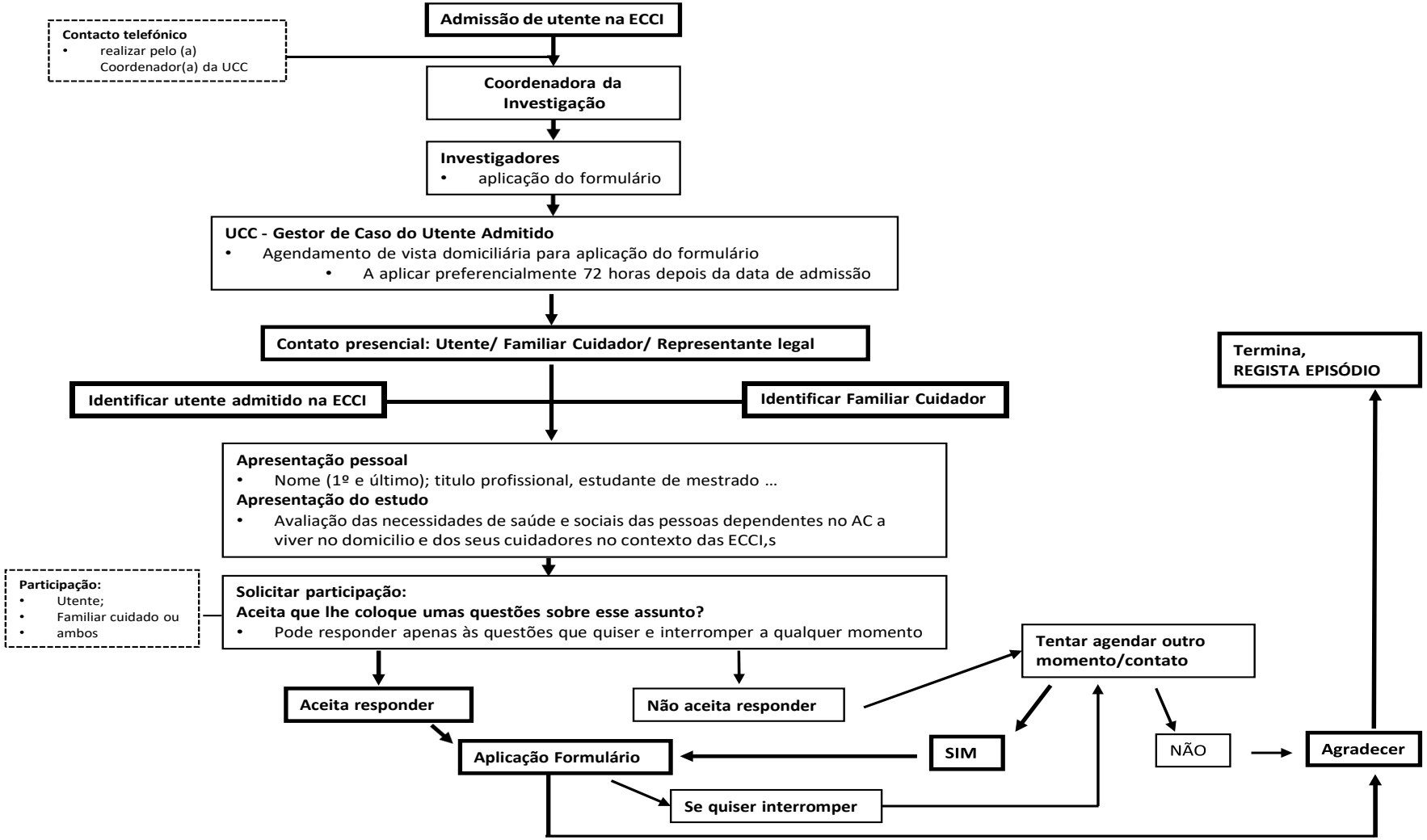
**Formulário de avaliação das necessidades de cuidados de saúde e sociais das pessoas dependentes no autocuidado a viver no domicílio e dos seus cuidadores no contexto das ECCI's**

**Notas/Observações GERAIS:**

**ANEXOII**

Fluxograma para aplicação do formulário

## Fluxograma para aplicação do formulário



**ANEXOIII**

Guia orientador para aplicação do formulário

**Guia Orientador para a aplicação do formulário**

Orientações Gerais

- O Formulário destina-se a ser a aplicado a Utentes/Pessoas Dependentes e seus cuidadores admitidos em ECCI, preferencialmente até 3 dias após admissão e exclusivamente após obtenção consentimento informado da Pessoa dependente/Utenteou do seu representante legal, em conformidade com o fluxograma de aplicação do formulário que se encontra no final desta página;

- Formulário a preencher em conjunto com o enfermeiro "gestor de caso" do utente admitido em ECCI, **com base na sua opinião clínica**;
- A "frequência esperada" refere-se à frequência de implementação da Intervenção de Enfermagem/cuidado que seria necessário, tendo por base a evidência científica, o juízo clinico do enfermeiro e a condição clínica do utente;

- A "frequência em uso" refere-se à frequência com que a intervenção/cuidado éefetivamente implementado;

- Pode-se identificar o Diagnóstico de Enfermagem, sem que se identifique qualquer Intervenção de Enfermagem/cuidado a ser implementada;

- **Assinalar como necessárias intervenções de tipo "Ensinar, Instruir e Treinar;** quer tendo por cliente o indivíduo, quer o familiar cuidador; pressupõem que no processo de apreciação ter sido identificado o **"Potencial para melhorar o conhecimento sobre ou a capacidade para"** com base na "opinião clínica do enfermeiro…" que reporta que o conhecimento ou a capacidade: "necessita sermelhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir", "necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir" ou já é "facilitador(a)".

- Nas intervenções do tipo ensinar sobre acesso a dispositivos/providenciar dispositivos aconselhados. Considerar dispositivo ou produto de apoio - "qualquer produto (incluindo dispositivos, equipamentos, instrumentos, tecnologia e software), especialmente produzido ou geralmente disponível, para prevenir, compensar, monitorizar, aliviar ou neutralizar as incapacidades, limitações das atividades e restrições na participação" e são os referidos na lista constante no Despacho nº 7197/2016 de 1 de junho (Instituto Nacional para a Reabilitação, 2016).

- **Conceitos e critérios a utilizar na apreciação da existência de compromisso nos ProcessosCorporais, autocuidados e processo familiar**

| PROCESSOS DE VIDA/SAÚDE | FOCO DE ATENÇÃO/JUÍZO DIAGNÓSTICO | CONCEITO (CIPE) | CONSENSUALIZAÇÃO DE PROCESSOS DE AVALIAÇÃO |
|---|---|---|---|
| Atitudes Terapêuticas | • Oxigenoterapia | Terapia | Presença |
| | • Sonda Gástrica | Sonda Entérica | Presença |
| | • Cateter Venoso Periférico | Cânula | Presença |
| | • Cateter Urinário | Cateter | Presença |
| | • Traqueostomia | Estoma | Presença |
| | • Ostomia de Eliminação | Estoma | Presença |
| Processo Psicológico | • Memória | Dificuldade/incapacidade derecuperar informação<br>Dificuldade/Incapacidade para adquirir nova informação | Mini Mental State Examination(MMSE) |
| Processo Neuromuscular | • Consciência Comprometida | Status: resposta mental a impressões resultantes de umacombinação dos sentidos; mantendo a mente alerta e sensível ao ambiente exterior. | Resposta: Abertura dos olhos<br>- nenhuma<br>- À dor<br>- Ao estímulo verbal<br>Resposta: verbal<br>- Nenhuma<br>- Incompreensível<br>- Inapropriada<br>- Confusa<br>Resposta: motora<br>- Nenhuma<br>- Extensão anormal<br>- Flexão anormal<br>- movimento de retirada à dor |
| | • Desuso | Hipoatividade: falta deatividade | Força - movimento muscular(associado a um local do corpo/Topologia)<br>ausência de contração visívelou palpável<br>contração visível ou palpável,mas sem movimento<br>movimento ativo se eliminada agravidade<br>movimento ativo contra a gravidade, mas não contra aresistência<br>ptose<br>desvio da comissura labial<br>comapagamento do sulco naso labial |
| | • Paresia | Paralisia: paralisia total ou parcial; perda incompleta ou completa da capacidade de mover partes do corpo, tais como a boca, a orofaringe ou apálpebra. | Força - movimento muscular(associado a um local do corpo/Topologia)<br>- Ausência de contração visívelou palpável<br>- Contração visível ou palpável,<br>mas sem movimento |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | - Movimento ativo se eliminadaa gravidade<br>- Movimento ativo contra a gravidade, mas não contra aresistência<br>Ptose<br>Desvio da comissura labial comapagamento do sulco naso labial |
| | • Rigidez Articular | Processo do sistema musculosquelético comprometido: angulação da articulação; fibrose do tecido conjuntivo da cápsula articular que impede a mobilidade normal da mão, dos dedos da mão, do cotovelo, do ombro, dopé, do joelho ou dos dedos do pé; movimentos limitados ou incapacidade de movimentos e alinhamento anormal da articulação, associada a atrofia ou encurtamento das fibras musculares devido a ausência de movimentos articulares passivos ou ativos, ou a perda da elasticidade normal da pele, devido à formação de extenso tecido cicatricial sobre a articulação. | Mobilidade articular (associadoa um local do corpo/Topologia)<br>Sem mobilidade articular<br>Mobilidade articular limitada<br>Tipo de movimento (associadoao mesmo local do corpo/Topologia)<br>Flexão/extensão<br>Adução/abdução<br>Circundação do polegarOponência do polegar Desvio radial<br>Desvio cubital<br>Supinação/pronação<br>Rotação interna/externa<br>Eversão/inversão |
| | • Espasticidade | Processo do sistema musculosquelético comprometido: contração descontrolada dos músculos esqueléticos; aumento do tónusmuscular; rigidez muscular e movimentos descoordenados. | Tónus<br>- Hipertonia<br>- Impossibilidade de movimento passivo porelevada resistência<br>- Elevada resistência muscular ao movimento passivo<br>- ligeira resistência muscularao movimento passivo |
| | • Equilibrio Comprometido | | **Escala de Equilíbrio deBerg**<br>Controlo postural em repouso<br>- Instabilidade quandosentado com apoio<br>- Instabilidade quandosentado sem apoio<br>- Instabilidade quando de pé com apoio<br>- Instabilidade quando de pé sem apoio<br>Controlo postural em movimento<br>-Instabilidade ao levantar-se, transferir-se ou virar-se<br>- Instabilidade ao andar<br>- Instabilidade ao rodar sobre si próprio |
| | • Comunicação | Comportamento interativo: dar e receber informações utilizando comportamentos | Avaliar<br>Emissão verbal de mensagem |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | verbais e não-verbais face a face ou com meios tecnológicos sincronizados ounão sincronizados. | - Não é capaz de falar<br>- Tem dificuldade em expressar verbalmente os pensamentos<br>-Tem dificuldade em expressar as palavras<br><br>Compreensão da mensagem<br><br>- compromisso da compreensão da mensagem |
| | • Dor | Perceção comprometida: aumento de sensação corporal desconfortável, referência subjetiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tónus muscular, comportamento de autoproteção, limitação do focode atenção, alteração da perceção do tempo, fuga do contacto social, processo de pensamento comprometido, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite. | "Escala Visual Analógica" (convertida em escala numérica efeitos de registo), "Escala Numérica" (DGS, 2003)<br><br>e<br><br>PAINED. |
| Processo Cardiorespiratório | • Ventilação Comprometida | Processo do sistema respiratório: deslocar o ar paradentro e para fora dos pulmõescom frequência e ritmo respiratórios determinados; profundidade inspiratória e força expiratória. | Frequência respiratória<br>- Hipopneia<br>- Hiperpneia Ritmo respiratório:<br>- Irregular<br>Simetria do movimentorespiratório<br>- Assimétrico Profundidade da ventilação<br>- Inspirações profundas<br>- Inspirações superficiais<br><br>Utilização dos músculos acessórios da ventilação<br><br>Avaliar saturação do oxigénio no sangue<br>- Hipoxemia<br><br>Comunicação de falta de ar<br>- Comunica falta de ar ao realizar atividades simples<br>- Comunica falta de ar ao realizar atividades que exigem pequeno esforço físico<br>- Comunica falta de ar ao realizar atividades que exigemgrande esforço físico<br><br>Avaliar<br><br>**Tipo de atividade (exemplo):**<br><u>Atividade simples</u><br>Sentar-se<br>Levantar-se<br>Alimentar-se<br>Ir ao wc<br><u>Atividades que exigem pequenos esforços:</u><br>Lides da casa (varrer, lavar a louça, pequenas tarefas)<br>Subir escadas<br>Transportar objetos |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | <u>Atividades que exigem grandes esforços</u>:<br>Caminhar rápido/ grandes distâncias<br>transportar pesos<br>Subir rapidamente escadas |
| | • Limpeza da via aérea Comprometida | Processo do sistema respiratório: manter aberta a passagem de ar desde a boca até aos alvéolos pulmonares através da capacidade para limpar as secreções ou obstruções do trato respiratório. | Reflexo da tosse<br>- Ausente<br><br>Eficácia da tosse<br><br>Não mobiliza as secreções das vias aéreas inferiores<br><br>Mobiliza as secreções das viasa acumulando-as ao nível supraglótico<br><br>Sons respiratórios<br>- Síbilos<br>- Crepitações<br>- Roncos<br>- Atrito pleural |
| | • Perfusão dos tecidos periféricos Comprometida | Perfusão dos tecidos inefetiva | Avaliar: Temperatura das extremidades<br>- Diminuída<br>- Aumentada<br><br>Coloração das extremidades<br>- Coloração marmórea nas extremidades<br>- Coloração pálida das extremidades<br>- Coloração cianótica das extremidades<br><br>Tempo de preenchimento capilar aumentado<br>Frequência do pulso periférico |
| Processo do Sistema Gastrointestinal | • Mastigação Comprometida | Comer ou beber: decomposição mecânica dos alimentos na boca, esmagando-os com os dentes e os movimentos da língua. | Avaliar: Movimentos do ciclo mastigatório<br>- Trituração e incisão diminuídas<br>- Incisão diminuída<br>- Trituração diminuída<br>Simetria do ciclo mastigatório<br>- Assimetria<br>Duração do ciclo mastigatório<br>- Aumentada (face à consistência dos alimentos) |
| | • Deglutição comprometida | Comer ou beber: passagem dos líquidos e dos alimentos fragmentados, pelo movimentoda língua e dos músculos, da boca para o estômago através da orofaringe e esófago. | Estado da deglutição<br>- Aumento do tempo de deglutição para líquidos (superior a 2 segundos)<br>- Aumento do tempo de deglutição para sólidos (superior a 10 segundos)<br>- Perda de conteúdo da cavidade oral<br>- Acumulação involuntária de conteúdo na cavidade oral<br>- Ausência de encerramento dos lábios durante a deglutição |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | - Movimento assimétrico dalíngua e lábios<br>- Alteração da voz após adeglutição<br>- Refluxo nasal de conteúdo dacavidade oral<br>- Tosse associada à deglutição<br>- Movimentos repetitivos de elevação da laringe durante adeglutição<br>- Posição anormal da cabeçadurante a deglutição |
| | • Impactação Fecal | Obstipação: ausência de emissão de fezes, evacuação dolorosa, sensação de pressão e preenchimento retal, massa palpável ou coleção de fezes endurecidas no reto. | Avaliar: Consistência das fezes<br>- Em sibalas<br>- Moldada com sibalas<br>- Moldada com fendas nasuperfície<br>- Mole<br>- Pastosa ou semilíquida<br>- Líquida<br>Massa palpável de fezes no reto |
| | • Incontinência Intestinal | Continência intestinal: passagem involuntária e expulsão não controlada de fezes. | Avaliar existência de Expulsãonão controlada de fezes |
| Processo do Sistema Urinário | • Retenção Urinária | Status urinário: acumulação involuntária de urina na bexiga;esvaziamento incompleto da bexiga associado a perda da suafunção muscular; efeitos secundários da medicação narcótica ou lesão da bexiga. | Presença de globo vesical Sensação de esvaziamento incompleto da bexiga |
| | • Incontinência Urinária | Status de continência: passagem involuntária de urina;incapacidade de controlo voluntário dos esfíncteres vesical e uretral. | Avaliar reconhecimento davontade de urinar Eliminação urinária involuntária<br>- Durante o sono<br>- Por aumento da pressão intra-abdominal<br>- Em intervalos regulares antes de atingir recetáculo apropriado<br>- após forte sensação de urgência para urinar |
| Processo do Sistema Tegumentar | • Membrana Mucosa Comprometida | Componente do sistema tegumentar: camadas de revestimento natural, sem queratina, na superfície interna do corpo, forrando cavidades ou canais que abrem para o exterior do corpo; incluem as mucosas da boca, nariz, vagina,tubo digestivo, vias respiratórias e trato genito- urinário; as mucosas protegem as estruturas subjacentes, segregam muco que lubrifica asestruturas associadas, absorvemágua, sais e outros solutos. | Avaliar integridade dasmembranas mucosas<br>- Localização do compromisso<br>- Coloração<br>- Humidade<br>- Textura |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | • Eritema pelas Fraldas | Eritema: erupção localizada naárea de pele em contacto com as fraldas. | Observação de Sinais deEritema |
| | • Úlcera de Pressão | Úlcera: dano, inflamação ou ferida da pele ou estruturas subjacentes como resultado dacompressão tecidular e perfusão inadequada. | Escala de Braden |
| | • Úlcera Venosa | Úlcera: lesão circunscrita semelhante a uma loca, normalmente situada na perna, acima do maléolo; edema em torno da ferida; pele seca em torno da ferida; descamação acastanhada ou descoloração dapele; lipodermatos clerose; atrofia da pele; exantema; dor edor na ferida, associada a insuficiência venosa crónica, lesão dos retalhos venosos e diminuição do retorno do sangue venoso dos membros inferiores para o tronco. | IPBT<br>Mmedição do índice de pressãotornozelo/braço (IPTB) com recurso a um Doppler manual<br><br>Opinião clínica Enf. |
| | • Úlcera Diabética | Ferida: ferida aberta ou lesão; perda da camada mais profundade tecido; lesão circunscrita semelhante a uma loca; diminuição do aporte sanguíneo; tecido de granulação vermelho; necrose do tecido celular subcutâneo; odor da ferida; sensibilidade em redor da periferia, dor, crosta de tecido inflamado e necrótico associado a um processo inflamatório, infecioso ou maligno. | Circular Normativa da DGS 005/2011 de 21/01/2011 |
| Processo do Sistema Regulador | • Hipoglicémia | Processo do sistema regulador comprometido | Avaliar Glicémia capilar |
| | • Hiperglicemia | Processo do sistema regulador comprometido | Avaliar Glicémia capilar |
| | • Desidratação | Processo do sistema regulador comprometido | Avaliar:<br>Sede<br>Tempo de preenchimentocapilar<br>Turgor da pele<br>- Aumentado, com apagamentodas pregas cutâneas naturais<br>- Diminuído, com formação depregas cutâneas não naturais Estado de hidratação da pele<br>- Pele húmida / viscosa<br>- Pele seca / descamativa |
| | • Edema | Retenção de líquidos | Avaliar: Tumefação dos tecidos<br>- Não depressível<br>- Depressível<br>Sinal de Godet |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | - Sinal de Godet elevado (>= 4mm)<br>- Sinal de Godet moderado (>=2 e < 4 mm)<br>- Sinal de Godet ligeiro (> 0 e <2 mm)<br>Turgor da pele<br>- Aumentado, com apagamentodas pregas cutâneas naturais<br>- Diminuído, com formação de pregas cutâneas não naturais<br>Estado de hidratação da pele<br>húmida / viscosa<br>Pele seca / descamativa |
| | • Intolerância à atividade | Status comprometido: falta de capacidade ou energia para tolerar ou completar atividades. | Avaliar<br><br>Comunicação de cansaço<br>- Comunica cansaço permanente e ausência de recuperação da energia com orepouso<br>- Comunica cansaço para pequenos esforços e recuperação da energia com orepouso<br><br>**Tipo de atividade (exemplo):**<br><u>Atividade simples</u><br>Sentar<br>Levantar-se<br>Alienar-se Ir ao<br>wc<br><br><u>Atividades que exigem pequenos esforços:</u><br>Lides da casa (varrer, lavar a louça, pequenas tarefas) Subir escadas<br>Transportar objetos<br><br><u>Atividades que exigem grandes esforços</u>:<br>Caminhar rápido/ grandes distâncias<br>Transportar pesos<br>Subir rapidamente escadas |
| Autocuidado | • Virar-se Comprometido | Virar: mover e mudar o corpode um lado para outro e de frente para trás. | Mudar de posição na cama<br>- Não inicia o movimento de rodar o corpo na cama e não seposiciona<br>- Inicia o movimento de rodar ocorpo de um lado para o outro na cama, mas não o termina o posicionamento |
| | • Transferi-se Comprometido | Capacidade comprometida para: deslocar-se e mudar o corpo de um local para outro. | Mobiliza o corpo entre superfícies próximas<br>- Não se mobiliza entre duas superfícies próximas<br>- Mobiliza-se entre duas superfícies próximas de formainsegura e lentificada<br><br>**Escala de Equilíbrio de Berg** |
| | • Sentar-se Comprometido | Capacidade comprometida para sentar-se - Baixar: mover-se, | Mobiliza o corpo para a posição de sentado |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | modificando a posição do corpo, partindo da posição dedeitado ou de pé para a de sentado. | - Inicia o movimento de baixara posição do corpo, partindo da posição de pé para a de sentado, procurando apoios<br>- Inicia o movimento de modificar a posição do corpo, partindo da posição de deitadopara a de sentado, mas não o consegue completar |
| | • Cuidar da Higiene PessoalComprometido | Capacidade comprometida para Executar: Tomar banho, mudarde roupa, levantar da cama, associado a padrão cultural e nível socioeconómico. | Não:<br>- Obtém objetos para o banho<br>- Abre a torneira<br>- Lava e seca o corpo Aplica produtos de higiene<br>- Penteia-se<br>- Barbeia-se<br>- Corta as unhas<br>- Limpa-se após o uso do sanitário<br>- Ajusta a roupa após o uso do sanitário |
| | • Vestir-se ou despir-se Comprometido | Incapacidade de vestir- se/despir-se e arranjar-se | Não:<br>Escolhe as roupas<br>Retira roupa da gaveta ou armário<br>Veste-se<br>Abotoa<br>Ata cordões Calça<br>meias Calça<br>sapatos |
| | • Andar Comprometido | Capacidade comprometida para andar - Mobilizar: movimento do corpo de um lugar para outro, movendo as pernas passoa passo; capacidade para sustentar o peso do corpo e andar com uma marcha eficaz, com velocidades que vão de lenta a moderada ou rápida; subir ou descer escadas e rampas. | Mobilidade através da marcha<br>- Incapaz de realizar a marcha (mover as pernas passo a passoe suster o peso do corpo)<br>-Marcha lenta e insegura em pequenas distâncias planas<br>- Marcha lenta e insegura emplano inclinado<br>- Marcha com limitações para subir ou descer escadas Mobilidade com uso de auxiliarde marcha<br><br>**Escala de Equilíbrio de Berg** |
| | • Alimentar-se Comprometido | Capacidade comprometida para: levar e colocar na boca osalimentos sólidos e líquidos. | Não: Leva os alimentos à boca/sonda de alimentação<br>Prepara os alimentos para a refeição<br>Organiza os alimentos para a refeição |
| | • Gestão do regime Medicamentoso comprometido | Capacidade comprometida parase encarregar de, e organizar o regime medicamentoso | Não: Organiza a medicaçãoconforme horário<br>Prepara a medicação conformea dose<br>Administra a medicação pelavia adequada<br>Ajusta a medicação de acordo com autovigilância<br><br>Armazena a medicação de acordo com as recomendações técnicas |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Proceso familiar | Preparação daFamília para integrar um familiar dependente/ Capacidade do cuidados dificultadoras do exercício do papel | • Capacidade Física para posicionar | | Avaliar potencial para melhorara capacidade para:<br>- Capacidade Física/instrumental<br>- Consciencialização das mudanças que implica tomarconta (novo papel)<br>- Força de vontade expressa naaprendizagem para tomar conta<br>- Envolvimento no processo deensino/ aprendizagem |
| | | • Capacidade física paravestir/despir | | iden |
| | | • Capacidade física paraassistir no erguer-se | | iden |
| | | • Capacidade física paratransferir | | iden |
| | | • Capacidade física paraassistir no andar | | iden |
| | | • Capacidade Física para deslocar cliente em cadeira de rodas | | iden |
| | | • Capacidade física paraalimentar | | iden |
| | | • Capacidade física para darbanho | | iden |
| | | • Capacidade para adquirir nova informação | Incapaz de reter novainformação Dificulda de em reter nova informaç ão | Em caso de dúvida:<br>- Pedir para tomar atenção ereter algumas palavras (ex. pêra, gato, bola)<br>- Passado algum tempo voltar aquestionar e confirmar se reteve informação.<br><br>Avaliar Potencial para melhoraro conhecimento sobre: Capacidade cognitiva Consciencialização das mudanças no estado de saúde/tomar conta (novo papel)Força de vontade expressa na aprendizagem para tomar contaEnvolvimento no processo de ensino/ aprendizagem |
| | | Capacidade na gestão do regime medicamentoso | Capacidade para gerir o regime | Avaliar/observar capacidade para desempenhar atividades para obter, arrumar com segurança, administrar de acordo com a prescrição, ajustar as doses, aplicar os medicamentos prescritos, deitar fora os medicamentos de modoadequado . |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Avaliação da participação da família na Organização do funcionamento da casa | • Fazer Compras | | Observar/questionar sobre |
| | | • Arranjar a Casa | | Observar/questionar sobre |
| | | • Armazenamento dos Alimentos | | Observar/questionar sobre |
| | | • Acompanhar membro da família a Serviço de saúde | | Observar/questionar sobre |

**ANEXO IV**

Consentimento informado

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA PARTICIPAÇÃO EM ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO

**Termo de Consentimento Informado de participação no estudo Contributos para a definição de um modelo funcional/organizacional dos cuidados às pessoas dependentes no autocuidado e seus cuidadores, em contexto domiciliário.**

O Presente estudo, enquadra-se no âmbito do Programa de Doutoramento em Enfermagem, pela Universidade Católica Portuguesa que a investigadora, Maria da Conceição Saraiva da Silva Costa Bento, com email cbento@esenfc.pt, enfermeira e professora na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, está a realizar.

O estudo foi submetido a parecer da Comissão de Ética da UICISA:E e obteve parecer favorável.

O estudo tem como finalidade contribuir para a definição de um "Modelo funcional/organizacional dos cuidados às pessoas dependentes no autocuidado, que permita a sua permanência no domicílio".

Para a concretização da finalidade a que nos propomos necessitamos de conhecer as necessidades de cuidados de saúde e sociais das pessoas dependentes no autocuidado a viver no domicílio e seus cuidadores; bem como os cuidados que lhes são prestados e a existência de necessidades eventualmente não satisfeitas. Neste estudo optámos por colher a informação relativa a pessoas dependentes no autocuidado a viver no domicílio e seus cuidadores, referenciadas para Equipas de Cuidados Continuados Integrados.

Os dados de que necessitamos de obter para este estudo são os diagnósticos de enfermagem resultantes da avaliação do/a Enfermeiro/a sobre a sua situação, as intervenções prescritas em face das necessidades observadas, as intervenções implementadas, bem como a pessoa (profissional de saúde, cuidador, outros) que as implementam.

Os dados serão colhidos pela(o) sua/seu Enfermeiro, que será acompanhado por outro/a Enfermeira/o colaborador nesta investigação, que o convidará a participar neste estudo, lhe dará todas as informações que considerar necessárias e lhe pedirá a necessária autorização.

Se aceitar participar no estudo garantimos o anonimato (não será identificado em qualquer

registo ou documento) a confidencialidade dos dados que nos confiar e que os mesmos apenas serão usados para os fins do estudo.

**A sua Participação é muito importante. Pelo que muito gostaríamos de poder contar com a sua colaboração**.

Muito Obrigada,

**Termo de Consentimento Informado**

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

- Reconheço que todos os procedimentos da investigação me foram explicados dando respostas a todas as minhas dúvidas;

- Fui informado (a) de que a minha participação neste estudo é voluntária podendo-me retirar a qualquer momento, sem que isso traga qualquer tipo de prejuízo;

- Asseguraram-me que não serei identificado(a) e que será mantido o caracter

confidencial de todas as informações;

- Concordo inteiramente com as condições que me foram apresentadas, consinto participar neste estudo e autorizo a análise dos dados fornecidos.

confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

**Nome: _____**

**Assinatura:_____**

**Data: …… /…… /……..**

**Termo de consentimento a ser assinado pela pessoa dependente no autocuidado se para isso for competente ou pelo seu tutor legal.**

**ANEXO V**

Pedido de autorização para realização do estudo

Excelentíssima Senhora

Presidente da Administração Regional de Saúde do

Centro, IP Dra. Rosa Maria dos Reis Marques Furtado

de Oliveira

Assunto: Pedido de autorização para realização de investigação

Maria da Conceição Saraiva da Silva Costa Bento, enfermeira, portadora do Cartão de Cidadão 04464043, professora da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, a frequentar o Programa de Doutoramento em Enfermagem, na Universidade Católica Portuguesa, tendo como proposta de tese de doutoramento o estudo com o título provisório "**Contributos para a definição de um modelo funcional/organizacional dos cuidados às pessoas dependentes no autocuidado e seus cuidadores, em contexto domiciliário**" vem, muito respeitosamente, solicitar autorização para desenvolver no Agrupamento de Centros de Saúde-Baixo Mondego, da Administração Regional de Saúde do Centro, o trabalho de investigação científica que lhe está subjacente.

O trabalho de investigação que nos propomos desenvolver, conforme projeto que se anexa, respeita ao domínio disciplinar da Enfermagem e tem como finalidade contribuir para a definição de um "Modelo funcional/organizacional dos cuidados às pessoas dependentes no autocuidado, que permita a sua permanência no domicilio".

Numa primeira fase, propomo-nos desenvolver um estudo exploratório que tem como objetivo identificar as necessidades de cuidados de saúde e sociais das pessoas dependentes no autocuidado a viver no domicílio e seus cuidadores que estão a ser assistidas por ECCI.

Numa segunda fase, em posse dos resultados da primeira fase do estudo, evoluiremos para a identificação dos fatores que dificultam a completude assistencial face às necessidades de cuidados de saúde e sociais das pessoas dependentes no autocuidado a viver no domicílio e seuscuidadores e para a identificação de soluções com potencial de resposta face aos fatores identificados como da completude assistencial

Na primeira fase será usado na recolha de dados um formulário construído para o efeito,

com base nos diagnósticos e intervenções de enfermagem resultantes da análise de conteúdo às parametrizações nacionais do SClinico realizada na Escola Superior de Enfermagem do Porto (Paiva et al, 2014)) e que esteve na base da definição de uma parametrização nacional

atualmente em uso no âmbito das ECCI. Serão identificados os diagnósticos de enfermagem, as intervenções prescritas em face das necessidades, as intervenções implementadas, bem como a pessoa (profissional de saúde, cuidador, outros) que as implementam. Propomos que os dados para preenchimento do formulário sejam recolhidos a partir do final de fevereiro de 2019. A nossa proposta é que a recolha de dados seja realizada pelos Enfermeiros das ECCI(s) responsáveis pelos cuidados às pessoas dependentes no autocuidado e cuidadores, que serão acompanhados por um enfermeiro (estudante de mestrado – colaborador para esta fase da investigação), a quem se fará formação para o efeito.

Caso V. Exa venha a dar a necessária autorização para a realização deste estudo, reuniremos formalmente com o Conselho Clínico do Agrupamento de Centros de Saúde Baixo Mondego ecom todos os elementos envolvidos (enfermeiros das unidades de cuidados continuados integrados no sentido de lhes explicar os objetivos do estudo e a natureza da sua participação esolicitar a sua colaboração.

Aguardo respeitosamente deferimento a

este pedido.Com os mais cordiais e

respeitosos cumprimentos;

Coimbra, Dezembro de 2018-12-18

(Maria da Conceição Saraiva da Silva Costa Bento)

Cópia da autorização

***Contributos para a definição de um modelo funcional/organizacional doscuidados às pessoas dependentes no autocuidado e seus cuidadores, em contexto domiciliário***

De Secretariado CA <secretariado.ca@arscentro.min-saude.pt> em 2019-05-27 17:40

Exma. Senhora
Professora Conceição Bento

Relativamente ao estudo referenciado em assunto, que foi objeto de parecer favorável por parte da Comissão de Ética deste instituto, e homologação do Conselho Diretivo em 23MAI19, encarrega-me aSenhora Presidente de informar que está autorizada a sua realização no ACES Baixo Mondego.
Com os melhores cumprimentos

**Maria do Céu Duarte Branco**
Coordenadora do Gabinete do Secretariado do Conselho Diretivo

**ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO CENTRO IP | REGIONAL HEALTH ADMINISTRATION OF CENTRALPORTUGAL**
Alameda
Júlio
Henriques
3000-457
Coimbra
Tel.: 239 796 800 | Fax: 239 796 861
www.arscentro.min-saude.pt

**Anexo VI**

Pareceres das Comissões de ética da UICISA:E e da Comissão de Ética para a Saúde da ARS

## COMISSÃO DE ÉTICA

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem** (UICISA: E)

da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra** (ESEnfC)

**Parecer Nº 546/ 01-2019**

**Título do Projecto:** Contributos para a definição de um modelo funcional/organizacional dos cuidados às pessoas dependentes no autocuidado e seus cuidadores, em contexto domiciliário

**Identificação das Proponentes**

Nome(s): Maria da Conceição Saraiva da Silva Costa Bento

Filiação Institucional: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Investigador Responsável/Orientador: Abel Paiva e Silva

**Relator**: Ana Margarida Abrantes

**Parecer**

A necessidade atual de descentrar a assistência na saúde de uma visão "hospitalocêntrica" para uma visão mais focada na assistência na comunidade está na base da definição dos objetivos do estudo proposto pelos autores. Assim, constituem objetivos da investigação identificar as necessidades de cuidados de saúde e sociais e os cuidados de saúde e sociais efetivamente prestados às pessoas dependentes no autocuidado a viver no domicílio e seus cuidadores atualmente assistidas por Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI); identificar as necessidades de cuidados de saúde e sociais das pessoas dependentes no autocuidado, a viver no domicílio e seus cuidadores; identificar os fatores que dificultam a completude assistencial face às necessidades de cuidados de saúde e sociais das pessoas dependentes no autocuidado a viver no domicílio e seus cuidadores; e identificar as soluções face aos fatores que dificultam a completude assistencial face às necessidades de cuidados de saúde e sociais das pessoas dependentes no autocuidado a viver no domicílio e seus cuidadores, atualmente assistidas nas ECCI.

A data prevista de colheita de dados encontra-se agendada para o período entre março e julho de 2019, encontrando-se o término do projeto definido para julho de 2020. Será um estudo exploratório de natureza quantitativa com o propósito de definir um Modelo funcional/organizacional dos cuidados às pessoas dependentes no autocuidado, que permita a sua permanência no domicílio.
A amostra será composta indivíduos, num total de 154, dependentes no autocuidado a viver no domicílio e seus cuidadores, atualmente assistidas nas ECCI do Agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Mondego.
Encontram-se definidos os critérios de inclusão e está assegurada a confidencialidade dos dados obtidos. O estudo não possui qualquer risco, estando identificados os ganhos esperados, assim como os questionários a utilizar.

Sendo assim, somos do parecer que o projeto pode ser aprovado sem restrições de natureza ética, não dispensando a autorização por parte das Instituições onde decorre o estudo.

O relator: Ana Abrantes

Data: 16/01/2019 O Presidente da Comissão de Ética: Maria Filomena Botelho

126/23

GOVERNO DE PORTUGAL
MINISTÉRIO DA SAÚDE

ARSC ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO CENTRO, I.P.

# COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

| **PARECER FINAL:** | **DESPACHO:** |
|---|---|
| **FAVORÁVEL** | Homologado segundo parecer 23.05.19 |

Conselho Diretivo
da A.R.S. do Centro, I.P.

Dr.ª Rosa Reis Marques
Presidente,

Dr. João Rodrigues
Vice-Presidente,

Dr. Luís Militão Cabral
Vogal,

Dr. Mário Ruivo
Vogal,

| **ASSUNTO:** | Título: "Contributos para a definição de um modelo funcional/organizacional dos cuidados às pessoas dependentes no auto-cuidado e seus cuidadores, em contexto domiciliário" - **23/2019**<br>Autora: Maria da Conceição S. S. C. Bento (Escola Sup de Enfermagem de Coimbra).<br>Co-autor (orientador da tese de doutoramento no programa de doutoramento da UCP): Abel Paiva e Silva (Escola Superior Enfermagem do S. João) |
|---|---|

Este trabalho pretende contribuir para a definição de um modelo funcional/organizacional dos cuidados às pessoas dependentes no auto-cuidado e seus cuidadores, em contexto domiciliário, na região do Baixo Mondego. Assim, a população a incluir, cerca de 150 pessoas, pertence aos Centros de Saúde do Baixo Mondego, incluída através das unidades de cuidados continuados integrados.
Aplicarão questionários/formulários desenvolvidos para este objetivo, e apresentados juntamente com o projeto, que está claro e completo.
Não está claro que os dados serão anonimizados, mas o trabalho desenvolve-se dentro dos cuidados das unidades referidas.
Não existem encargos financeiros para as instituições de saúde.
Há um consentimento informado adequado.
Foi pedida autorização à UICISA (Escola Superior de Enfermagem de Coimbra).
Não existem constrangimentos éticos.

Relator e Presidente da CES da ARS do Centro,

Prof. Doutor Carlos A. Fontes Ribeiro

**Anexo VII**

Estatística Inferencial

Situação que originou a dependência - Envelhecimento * Executar cinesiterapia respiratória

**Crosstab**

| | | | Executar cinesiterapia respiratória | | Total |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | Não | Sim | |
| Situação que originou a dependência - Envelhecimento | Não | Contagem | 62 | 12 | 74 |
| | | Contagem Esperada | 56,9 | 17,1 | 74,0 |
| | | % em Situação que originou a dependência -Envelhecimento | 83,8% | 16,2% | 100,0% |
| | | % em Executar cinesiterapia respiratória | 62,0% | 40,0% | 56,9% |
| | Sim | Contagem | 38 | 18 | 56 |
| | | Contagem Esperada | 43,1 | 12,9 | 56,0 |
| | | % em Situação que originou a dependência -Envelhecimento | 67,9% | 32,1% | 100,0% |
| | | % em Executar cinesiterapia respiratória | 38,0% | 60,0% | 43,1% |
| Total | | Contagem | 100 | 30 | 130 |
| | | Contagem Esperada | 100,0 | 30,0 | 130,0 |
| | | % em Situação que originou a dependência -Envelhecimento | 76,9% | 23,1% | 100,0% |
| | | % em Executar cinesiterapia respiratória | 100,0% | 100,0% | 100,0% |

**Testes qui-quadrado**

| | Valor | gl | Significância Assintótica (Bilateral) | Sig exata (2 lados) | Sig exata (1 lado) |
|---|---|---|---|---|---|
| Qui-quadrado de Pearson | 4,555[a] | 1 | ,033 | | |
| Correção de continuidade[b] | 3,702 | 1 | ,054 | | |
| Razão de verossimilhança | 4,524 | 1 | ,033 | | |
| Teste Exato de Fisher | | | | ,038 | ,028 |
| Associação Linear por Linear | 4,520 | 1 | ,034 | | |
| N de Casos Válidos | 130 | | | | |

a. 0 células (0,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 12,92.

b. Computado apenas para uma tabela 2x2

Situação que originou a dependência - Envelhecimento * Posicionar para otimizar a ventilação

**Crosstab**

| | | | Posicionar para otimizar a ventilação | | Total |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | Não | Sim | |
| Situação que originou a dependência - Envelhecimento | Não | Contagem | 61 | 13 | 74 |
| | | Contagem Esperada | 55,8 | 18,2 | 74,0 |
| | | % em Situação que originou a dependência -Envelhecimento | 82,4% | 17,6% | 100,0% |
| | | % em Posicionar paraotimizar a ventilação | 62,2% | 40,6% | 56,9% |
| | Sim | Contagem | 37 | 19 | 56 |
| | | Contagem Esperada | 42,2 | 13,8 | 56,0 |
| | | % em Situação que originou a dependência -Envelhecimento | 66,1% | 33,9% | 100,0% |
| | | % em Posicionar paraotimizar a ventilação | 37,8% | 59,4% | 43,1% |
| Total | | Contagem | 98 | 32 | 130 |
| | | Contagem Esperada | 98,0 | 32,0 | 130,0 |
| | | % em Situação que originou a dependência -Envelhecimento | 75,4% | 24,6% | 100,0% |
| | | % em Posicionar paraotimizar a ventilação | 100,0% | 100,0% | 100,0% |

**Testes qui-quadrado**

| | Valor | gl | Significância Assintótica (Bilateral) | Sig exata (2 lados) | Sig exata (1 lado) |
|---|---|---|---|---|---|
| Qui-quadrado de Pearson | 4,598[a] | 1 | ,032 | | |
| Correção de continuidade[b] | 3,759 | 1 | ,053 | | |
| Razão de verossimilhança | 4,569 | 1 | ,033 | | |
| Teste Exato de Fisher | | | | ,040 | ,027 |
| Associação Linear por Linear | 4,563 | 1 | ,033 | | |
| N de Casos Válidos | 130 | | | | |

a. 0 células (0,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 13,78.

b. Computado apenas para uma tabela 2x2

Situação que originou a dependência Doença crónica * Posicionar para otimizar a ventilação

**Crosstab**

| | | | Posicionar para otimizara ventilação | | Total |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | Não | Sim | |
| Situação que originou a dependência – Doença crónica | Não | Contagem | 49 | 9 | 58 |
| | | Contagem Esperada | 43,7 | 14,3 | 58,0 |
| | | % em Situação que originou a dependênciaDoença crónica | 84,5% | 15,5% | 100,0% |
| | | % em Posicionar paraotimizar a ventilação | 50,0% | 28,1% | 44,6% |
| | Sim | Contagem | 49 | 23 | 72 |
| | | Contagem Esperada | 54,3 | 17,7 | 72,0 |
| | | % em Situação que originou a dependênciaDoença crónica | 68,1% | 31,9% | 100,0% |
| | | % em Posicionar paraotimizar a ventilação | 50,0% | 71,9% | 55,4% |
| Total | | Contagem | 98 | 32 | 130 |
| | | Contagem Esperada | 98,0 | 32,0 | 130,0 |
| | | % em Situação que originou a dependênciaDoença crónica | 75,4% | 24,6% | 100,0% |
| | | % em Posicionar paraotimizar a ventilação | 100,0% | 100,0% | 100,0% |

**Testes qui-quadrado**

| | Valor | gl | Significância Assintótica (Bilateral) | Sig exata (2 lados) | Sig exata (1 lado) |
|---|---|---|---|---|---|
| Qui-quadrado de Pearson | 4,671[a] | 1 | ,031 | | |
| Correção de continuidade[b] | 3,828 | 1 | ,050 | | |
| Razão de verossimilhança | 4,826 | 1 | ,028 | | |
| Teste Exato de Fisher | | | | ,040 | ,024 |
| Associação Linear por Linear | 4,636 | 1 | ,031 | | |
| N de Casos Válidos | 130 | | | | |

a. 0 células (0,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 14,28.
b. Computado apenas para uma tabela 2x2

Situação que originou a dependência Doença crónica * Limpeza da via aérea comprometida

**Crosstab**

| | | | Limpeza da via aérea comprometida | | Total |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | Não | Sim | |
| Situação que originou a dependência Doençacrónica | Não | Contagem | 49 | 9 | 58 |
| | | Contagem Esperada | 44,1 | 13,9 | 58,0 |
| | | % em Situação que originou a dependênciaDoença crónica | 84,5% | 15,5% | 100,0% |
| | | % em Limpeza da viaaérea comprometida | 50,0% | 29,0% | 45,0% |
| | Sim | Contagem | 49 | 22 | 71 |
| | | Contagem Esperada | 53,9 | 17,1 | 71,0 |
| | | % em Situação que originou a dependênciaDoença crónica | 69,0% | 31,0% | 100,0% |
| | | % em Limpeza da viaaérea comprometida | 50,0% | 71,0% | 55,0% |
| Total | | Contagem | 98 | 31 | 129 |
| | | Contagem Esperada | 98,0 | 31,0 | 129,0 |
| | | % em Situação que originou a dependênciaDoença crónica | 76,0% | 24,0% | 100,0% |
| | | % em Limpeza da viaaérea comprometida | 100,0% | 100,0% | 100,0% |

**Testes qui-quadrado**

| | Valor | gl | Significância Assintótica (Bilateral) | Sig exata (2 lados) | Sig exata (1 lado) |
|---|---|---|---|---|---|
| Qui-quadrado de Pearson | 4,184[a] | 1 | ,041 | | |
| Correção de continuidade[b] | 3,380 | 1 | ,066 | | |
| Razão de verossimilhança | 4,312 | 1 | ,038 | | |
| Teste Exato de Fisher | | | | ,061 | ,032 |
| Associação Linear por Linear | 4,152 | 1 | ,042 | | |
| N de Casos Válidos | 129 | | | | |

a. 0 células (0,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 13,94.

b. Computado apenas para uma tabela 2x2

Situação que originou a dependência Doença crónica * Executar cinesiterapia respiratória

**Crosstab**

| | | | Executar cinesiterapia respiratória | | Total |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | Não | Sim | |
| Situação que originou a dependência Doença crónica | Não | Contagem | 50 | 8 | 58 |
| | | Contagem Esperada | 44,6 | 13,4 | 58,0 |
| | | % em Situação que originou a dependênciaDoença crónica | 86,2% | 13,8% | 100,0% |
| | | % em Executar cinesiterapia respiratória | 50,0% | 26,7% | 44,6% |
| | Sim | Contagem | 50 | 22 | 72 |
| | | Contagem Esperada | 55,4 | 16,6 | 72,0 |
| | | % em Situação que originou a dependênciaDoença crónica | 69,4% | 30,6% | 100,0% |
| | | % em Executar cinesiterapia respiratória | 50,0% | 73,3% | 55,4% |
| Total | | Contagem | 100 | 30 | 130 |
| | | Contagem Esperada | 100,0 | 30,0 | 130,0 |
| | | % em Situação que originou a dependênciaDoença crónica | 76,9% | 23,1% | 100,0% |
| | | % em Executar cinesiterapia respiratória | 100,0% | 100,0% | 100,0% |

**Testes qui-quadrado**

| | Valor | gl | Significância Assintótica (Bilateral) | Sig exata (2 lados) | Sig exata (1 lado) |
|---|---|---|---|---|---|
| Qui-quadrado de Pearson | 5,085[a] | 1 | ,024 | | |
| Correção de continuidade[b] | 4,184 | 1 | ,041 | | |
| Razão de verossimilhança | 5,283 | 1 | ,022 | | |
| Teste Exato de Fisher | | | | ,035 | ,019 |
| Associação Linear por Linear | 5,045 | 1 | ,025 | | |
| N de Casos Válidos | 130 | | | | |

a. 0 células (0,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 13,38.
b. Computado apenas para uma tabela 2x2

Instalação da dependência * Limpeza da via aérea comprometida

**Crosstab**

| | | | Limpeza da via aérea comprometida | | Total |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | Não | Sim | |
| Instalação da dependência | Súbita | Contagem | 51 | 8 | 59 |
| | | Contagem Esperada | 44,8 | 14,2 | 59,0 |
| | | % em Instalação dadependência | 86,4% | 13,6% | 100,0% |
| | | % em Limpeza da viaaérea comprometida | 52,0% | 25,8% | 45,7% |
| | Gradual | Contagem | 47 | 23 | 70 |
| | | Contagem Esperada | 53,2 | 16,8 | 70,0 |
| | | % em Instalação dadependência | 67,1% | 32,9% | 100,0% |
| | | % em Limpeza da viaaérea comprometida | 48,0% | 74,2% | 54,3% |
| Total | | Contagem | 98 | 31 | 129 |
| | | Contagem Esperada | 98,0 | 31,0 | 129,0 |
| | | % em Instalação dadependência | 76,0% | 24,0% | 100,0% |
| | | % em Limpeza da viaaérea comprometida | 100,0% | 100,0% | 100,0% |

**Testes qui-quadrado**

| | Valor | gl | Significância Assintótica (Bilateral) | Sig exata (2 lados) | Sig exata (1 lado) |
|---|---|---|---|---|---|
| Qui-quadrado de Pearson | 6,531[a] | 1 | ,011 | | |
| Correção de continuidade[b] | 5,517 | 1 | ,019 | | |
| Razão de verossimilhança | 6,796 | 1 | ,009 | | |
| Teste Exato de Fisher | | | | ,013 | ,009 |
| Associação Linear por Linear | 6,480 | 1 | ,011 | | |
| N de Casos Válidos | 129 | | | | |

a. 0 células (0,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 14,18.
b. Computado apenas para uma tabela 2x2

Instalação da dependência * Executar inaloterapia

**Crosstab**

| | | | Executar inaloterapia | | Total |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | Não | Sim | |
| Instalação da dependência | Súbita | Contagem | 59 | 0 | 59 |
| | | Contagem Esperada | 55,8 | 3,2 | 59,0 |
| | | % em Instalação dadependência | 100,0% | 0,0% | 100,0% |
| | | % em Executar inaloterapia | 48,0% | 0,0% | 45,4% |
| | Gradual | Contagem | 64 | 7 | 71 |
| | | Contagem Esperada | 67,2 | 3,8 | 71,0 |
| | | % em Instalação dadependência | 90,1% | 9,9% | 100,0% |
| | | % em Executar inaloterapia | 52,0% | 100,0% | 54,6% |
| Total | | Contagem | 123 | 7 | 130 |
| | | Contagem Esperada | 123,0 | 7,0 | 130,0 |
| | | % em Instalação dadependência | 94,6% | 5,4% | 100,0% |
| | | % em Executar inaloterapia | 100,0% | 100,0% | 100,0% |

**Testes qui-quadrado**

| | Valor | gl | Significância Assintótica (Bilateral) | Sig exata (2 lados) | Sig exata (1 lado) |
|---|---|---|---|---|---|
| Qui-quadrado de Pearson | 6,148[a] | 1 | ,013 | | |
| Correção de continuidade[b] | 4,365 | 1 | ,037 | | |
| Razão de verossimilhança | 8,798 | 1 | ,003 | | |
| Teste Exato de Fisher | | | | ,016 | ,013 |
| Associação Linear por Linear | 6,101 | 1 | ,014 | | |
| N de Casos Válidos | 130 | | | | |

a. 2 células (50,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 3,18.
b. Computado apenas para uma tabela 2x2

Instalação da dependência * Executar cinesiterapia respiratória

**Crosstab**

| | | | Executar cinesiterapia respiratória | | Total |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | Não | Sim | |
| Instalação da dependência | Súbita | Contagem | 52 | 7 | 59 |
| | | Contagem Esperada | 45,4 | 13,6 | 59,0 |
| | | % em Instalação dadependência | 88,1% | 11,9% | 100,0% |
| | | % em Executar cinesiterapia respiratória | 52,0% | 23,3% | 45,4% |
| | Gradual | Contagem | 48 | 23 | 71 |
| | | Contagem Esperada | 54,6 | 16,4 | 71,0 |
| | | % em Instalação dadependência | 67,6% | 32,4% | 100,0% |
| | | % em Executar cinesiterapia respiratória | 48,0% | 76,7% | 54,6% |
| Total | | Contagem | 100 | 30 | 130 |
| | | Contagem Esperada | 100,0 | 30,0 | 130,0 |
| | | % em Instalação dadependência | 76,9% | 23,1% | 100,0% |
| | | % em Executar cinesiterapia respiratória | 100,0% | 100,0% | 100,0% |

**Testes qui-quadrado**

| | Valor | gl | Significância Assintótica (Bilateral) | Sig exata (2 lados) | Sig exata (1 lado) |
|---|---|---|---|---|---|
| Qui-quadrado de Pearson | 7,651[a] | 1 | ,006 | | |
| Correção de continuidade[b] | 6,538 | 1 | ,011 | | |
| Razão de verossimilhança | 8,043 | 1 | ,005 | | |
| Teste Exato de Fisher | | | | ,007 | ,005 |
| Associação Linear por Linear | 7,592 | 1 | ,006 | | |
| N de Casos Válidos | 130 | | | | |

a. 0 células (0,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 13,62.
b. Computado apenas para uma tabela 2x2

Teste Mann-Whitney

**Postos**

| | Posicionar para otimizar a ventilação | N | Posto Médio | Soma de Classificações |
|---|---|---|---|---|
| Tempo de dependência emmeses | Não | 98 | 61,46 | 6023,50 |
| | Sim | 32 | 77,86 | 2491,50 |
| | **Total** | **130** | | |

**Estatísticas de teste [a]**

| | Tempo de dependência em meses |
|---|---|
| U de Mann-Whitney | 1172,500 |
| Wilcoxon W | 6023,500 |
| Z | -2,141 |
| Significância Sig. (bilateral) | ,032 |

a. Variável de Agrupamento: Posicionar para otimizar a ventilação

**Estatísticas de grupo**

| | Posicionar para otimizar a ventilação | N | Média | Erro Desvio | Erro padrão da média |
|---|---|---|---|---|---|
| Tempo de dependênciaem meses | Não | 98 | 28,48 | 46,768 | 4,724 |
| | Sim | 32 | 36,53 | 36,681 | 6,484 |

Teste Mann-Whitney

**Postos**

| | Limpeza da via aérea comprometida | N | Posto Médio | Soma de Classificações |
|---|---|---|---|---|
| Tempo de dependência emmeses | Não | 99 | 60,38 | 5977,50 |
| | Sim | 31 | 81,85 | 2537,50 |
| | **Total** | **130** | | |

**Estatísticas de teste [a]**

| | Tempo de dependência em meses |
|---|---|
| U de Mann-Whitney | 1027,500 |
| Wilcoxon W | 5977,500 |
| Z | -2,774 |
| Significância Sig. (bilateral) | ,006 |

a. Variável de Agrupamento: Limpeza da via aérea comprometida

**Estatísticas de grupo**

| | Limpeza da via aérea comprometida | N | Média | Erro Desvio | Erro padrãoda média |
|---|---|---|---|---|---|
| Tempo de dependência emmeses | Não | 99 | 27,47 | 44,634 | 4,486 |
| | Sim | 31 | 40,00 | 43,397 | 7,794 |

Teste Mann-Whitney

**Postos**

| | Aspirar via aérea | N | Posto Médio | Soma de Classificações |
|---|---|---|---|---|
| Tempo de dependência emmeses | Não | 123 | 63,64 | 7827,50 |
| | Sim | 7 | 98,21 | 687,50 |
| | **Total** | **130** | | |

**Estatísticas de teste [a]**

| | Tempo de dependência em meses |
|---|---|
| U de Mann-Whitney | 201,500 |
| Wilcoxon W | 7827,500 |
| Z | -2,366 |
| Significância Sig. (bilateral) | ,018 |

a. Variável de Agrupamento: Aspirar via aérea

**Estatísticas de grupo**

| | Aspirar via aérea | N | Média | Erro Desvio | Erro padrão da média |
|---|---|---|---|---|---|
| Tempo de dependênciaem meses | Não | 123 | 28,13 | 42,331 | 3,817 |
| | Sim | 7 | 71,43 | 63,786 | 24,109 |

Teste Mann-Whitney

**Postos**

| | Executar cinesiterapia respiratória | N | Posto Médio | Soma de Classificações |
|---|---|---|---|---|
| Tempo de dependência emmeses | Não | 100 | 61,04 | 6104,00 |
| | Sim | 30 | 80,37 | 2411,00 |
| | **Total** | **130** | | |

**Estatísticas de teste [a]**

| | Tempo de dependência em meses |
|---|---|
| U de Mann-Whitney | 1054,000 |
| Wilcoxon W | 6104,000 |
| Z | -2,468 |
| Significância Sig. (bilateral) | ,014 |

a. Variável de Agrupamento: Executar cinesiterapia respiratória

**Estatísticas de grupo**

| | Executar cinesiterapia respiratória | N | Média | Erro Desvio | Erro padrão da média |
|---|---|---|---|---|---|
| Tempo de dependênciaem meses | Não | 100 | 28,64 | 45,912 | 4,591 |
| | Sim | 30 | 36,53 | 39,532 | 7,218 |

Teste Mann-Whitney

**Postos**

| | Treinar técnica respiratória ao doente | N | Posto Médio | Soma de Classificações |
|---|---|---|---|---|
| Tempo de dependência emmeses | Não | 18 | 17,78 | 320,00 |
| | Sim | 11 | 10,45 | 115,00 |
| | **Total** | **29** | | |

**Estatísticas de teste** [a]

| | Tempo de dependência em meses |
|---|---|
| U de Mann-Whitney | 49,000 |
| Wilcoxon W | 115,000 |
| Z | -2,258 |
| Significância Sig. (bilateral) | ,024 |
| Sig exata [2*(Sig. de 1 extremidade)] | ,024[b] |

a. Variável de Agrupamento: Treinar técnica respiratória ao doente
b. Não corrigido para vínculos.

**Estatísticas de grupo**

| | Treinar técnica respiratória ao doente | N | Média | Erro Desvio | Erro padrão da média |
|---|---|---|---|---|---|
| Tempo de dependênciaem meses | Não | 18 | 42,78 | 42,469 | 10,010 |
| | Sim | 11 | 18,45 | 17,409 | 5,249 |

**Teste t-*Student***

Limpeza da via aérea comprometida * SpO2, FEV1, PFE

**Estatísticas de grupo**

| | LIMPEZA DA VIA AÉREA COMPROMETIDA | N | MÉDIA | DESVIO PADRÃO |
|---|---|---|---|---|
| SpO2 | Não | 72 | 96.0803 | 2.48800 |
| | Sim | 28 | 95.5000 | 1.91485 |
| FEV1 | Não | 53 | 1.8815 | .80196 |
| | Sim | 7 | 1.0557 | .62153 |
| PFE | Não | 53 | 279.2830 | 100.14132 |
| | Sim | 7 | 140.8486 | 130.42216 |

**Teste de amostras independentes**

Teste-t para igualdade de médias

| | | df | Sig. (2 extremidades) | Diferença média |
|---|---|---|---|---|
| SpO2 | Variâncias iguais assumidas | 98 | .267 | .58333 |
| | Variâncias iguais não assumidas | 63.656 | .215 | .58333 |
| FEV1 | Variâncias iguais assumidas | 58 | .011 | .82580 |
| | Variâncias iguais não assumidas | 8.879 | .011 | .82580 |
| PFE | Variâncias iguais assumidas | 58 | .002 | 138.43445 |
| | Variâncias iguais não assumidas | 6.966 | .031 | 138.43445 |

**Teste t-*Student***

Ventilação comprometida * SpO2, FEV1, PF

**Estatísticas de grupo**

| | VENTILAÇÃO COMPROMETIDA | N | MÉDIA | DESVIO PADRÃO |
|---|---|---|---|---|
| SpO2 | Não | 23 | 97,6957 | 1,52061 |
| | Sim | 77 | 95,3896 | 2,29505 |
| FEV1 | Não | 20 | 2,2250 | ,77901 |
| | Sim | 40 | 1,5653 | ,76197 |
| PEF | Não | 20 | 361,7500 | 82,06857 |
| | Sim | 40 | 213,8235 | 90,90645 |

**Teste de amostras independentes**

Teste-t para igualdade de médias

| | | df | Sig. (2 extremidades) | Diferença média |
|---|---|---|---|---|
| SpO2 | Variâncias iguais assumidas | 98 | ,000 | 2,30604 |
| | Variâncias iguais não assumidas | 54,783 | ,000 | 2,30604 |
| FEV1 | Variâncias iguais assumidas | 58 | ,003 | ,65975 |
| | Variâncias iguais não assumidas | 37,361 | ,0004 | ,65975 |
| PFE | Variâncias iguais assumidas | 58 | ,000 | 147,92650 |
| | Variâncias iguais não assumidas | 41,799 | ,000 | 147,92650 |