



e s c o l a superior de
enfermagem
de coimbra

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

**PESSOAS DEPENDENTES ADMITIDAS EM ECCI DO ACES
BAIXO MONDEGO:
CARACTERIZAÇÃO DAS NECESSIDADES DE CUIDADOS DE
ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NO DOMÍNIO DO
AUTOCUIDADO**

Luís Miguel Mira Abreu Rodrigues

Coimbra, junho de 2022



e s c o l a superior de
enfermagem
de coimbra

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

**PESSOAS DEPENDENTES ADMITIDAS EM ECCI DO ACES
BAIXO MONDEGO:
CARACTERIZAÇÃO DAS NECESSIDADES DE CUIDADOS DE
ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NO DOMÍNIO DO
AUTOCUIDADO**

Luís Miguel Mira Abreu Rodrigues

Orientador: Manuel Augusto 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

“Comme je me sens tellement bien chez nous!”

Expressão popular francesa.

AGRADECIMENTOS

Aos Professores Manuel Augusto Mariz e António Fernando Amaral, pelo tempo despendido, orientação, apoio científico e aprendizagens proporcionadas;

À Professora Maria da Conceição Bento pelo desafio, oportunidade, apoio e incentivo;

Aos Colegas de investigação Alexandre Vaz e Vânia Gomes pelo apoio, colaboração e partilha;

Às Pessoas dependentes e seus Cuidadores que aceitaram participar neste estudo e partilhar connosco o seu tempo e experiências;

Aos Enfermeiros e Enfermeiras das ECCI, pela disponibilidade e facilidades proporcionadas para que a colheita de dados fosse possível;

Aos Colegas e Amigos de trabalho, pelo apoio e facilidade para o tempo necessário;

Por último, e não menos importante, à minha Família, pelo apoio incondicional. À Lena pelo apoio permanente, resiliência, constante encorajamento e por nunca me deixar desistir. Aos meus filhos Carlos, Matilde e Carolina, pela compreensão do tempo ausente.

A todos, o meu muito Obrigado!

ABREVIATURAS e SIGLAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ACSS – Administração Central dos Sistemas de Saúde

ARS - Administração Regional de Saúde

BICSP - Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários

CIPE – Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem

ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

FFMS – Fundação Francisco Manuel dos Santos

ICN - International Council of Nurses

IEER – Intervenções Específicas de Enfermagem de Reabilitação

INE – Instituto Nacional de Estatística

INR – Instituto Nacional para a Reabilitação

MCSP - Missão para os Cuidados de Saúde Primários

MS – Ministério da Saúde

NCEER - Necessidades de cuidados especializados em enfermagem de reabilitação

OE – Ordem dos enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPSS – Observatório Português dos Serviços de Saúde

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SAPA – Sistema de Atribuição de Produtos de Apoio

SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SU – Serviço de Urgências

UCC - Unidade de Cuidado na Comunidade

UICISA: E – Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem

RESUMO

Introdução: O envelhecimento demográfico verifica-se há várias décadas em Portugal e tende a coexistir com uma elevada taxa de doenças crónicas, apontando para um aumento de pessoas em situação de dependência no autocuidado. O aumento da necessidade de cuidados de saúde das pessoas dependentes, conduziu à criação das Equipas de cuidados Continuados Integrados (ECCI), que asseguram cuidados domiciliários de natureza preventiva, curativa e reabilitadora. Importa explorar quais as necessidades de cuidados, em particular as Necessidades de Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação (NCEER) das pessoas dependentes a viver em casa.

Objetivo: Descrever as NCEER, no domínio do autocuidado, das pessoas dependentes admitidas em ECCI.

Metodologia: Estudo quantitativo, do tipo descritivo, observacional, e transversal, numa amostra consecutiva de 130 pessoas dependentes admitidas nas ECCI de um Agrupamento de Centros de Saúde, a quem foi aplicado um formulário.

Resultados: As pessoas dependentes admitidas nas ECCI são maioritariamente homens, com idade média de 77 anos, casados/união de facto, reformados, com baixa escolaridade, com dependência média há 2,5 anos, dependentes em todos os autocuidados e referenciados para cuidados de reabilitação. Famílias constituídas pelo casal, em que a esposa, mulher, apresenta uma idade média de 67 anos, é a cuidadora principal. Quanto às NCEER, a intervenção “providenciar os dispositivos aconselhados” foi a identificada como mais necessária para a maioria dos autocuidados comprometidos, contudo a menos implementada. A média global da proporção de implementação das intervenções face ao esperado no domínio do autocuidado foi de 49,8%, sendo as intervenções do tipo “ensinar” as com melhor proporção e as do tipo “providenciar” as com pior proporção.

Conclusão: Não foi garantida a satisfação da totalidade das NCEER no domínio do autocuidado. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, enquanto gestor de caso, poderá garantir uma gestão eficiente do acesso e implementação dos meios necessários para suprir as necessidades identificadas.

Palavras Chave: Autocuidado, pessoa dependente, cuidados domiciliários, Necessidade de Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação.

ABSTRACT

Introduction: Demographic ageing has been taking place for several decades in Portugal and tends to coexist with a high rate of chronic diseases, pointing to an increase in people who are dependent on self-care. The increased need for health care for dependent people led to the creation of Continuous Integrated Care Teams (CICT), which provide home care of a preventive, curative and rehabilitative nature. It is important to explore the care needs, in particular the Specialized Care Needs in Rehabilitation Nursing (SCNRN) of dependent people living at home.

Objective: To describe the SCNRN, in the domain of self-care, of dependent people admitted to CICT.

Methodology: Quantitative, descriptive, observational, and cross-sectional study, in a consecutive sample of 130 dependent people admitted to the CICT of a Group of Health Centers, to whom a form was applied.

Results: The dependent people admitted to the CICT are mostly men, with an average age of 77 years, married/domestic partners, retired, with low education, with an average dependence for 2.5 years, dependent in all self-care and referred for rehabilitation. Families constituted by the couple, in which the wife, a woman, has an average age of 67 years, is the main caregiver. About the SCNRN, the intervention “provide the advised devices” was identified as the most necessary for most compromised self-care, however the least implemented. The global average of the proportion of implementation of interventions compared to what was expected in the domain of self-care was 49.8%, with interventions of the “teaching” type having the best proportion and those of the “providing” type having the worst proportion.

Conclusion: The satisfaction of all SCNRNs in the field of self-care was not guaranteed. The Nurse Specialist in Rehabilitation Nursing, as a case manager, will be able to guarantee an efficient management of access and implementation of the necessary means to meet the identified needs.

Keywords: Self-care, dependent person, home care, Specialized Care Needs in Rehabilitation Nursing.

LISTA DE QUADROS

Pag.

Quadro 1 - Distribuição das vagas e dos EEER por UCC/ ECCI do
ACES Baixo Mondego -----42

Quadro 2 - Intervenções específicas de enfermagem de reabilitação ----- 58

LISTA DE TABELAS

Pag.

Tabela 1 – Operacionalização das variáveis de atributo da pessoa dependente ---	52
Tabela 2 – Operacionalização das variáveis de atributo das famílias que integram a pessoa dependente-----	54
Tabela 3 – Operacionalização das variáveis de atributo do cuidador principal ----	55
Tabela 4 – Operacionalização das variáveis relativas às Necessidades de Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação, no domínio do autocuidado -----	59
Tabela 5 – Características biográficas da pessoa dependente-----	61
Tabela 6 – Características socioeconómicas da pessoa dependente -----	62
Tabela 7 – Condição de saúde da pessoa dependente -----	63
Tabela 8 – Tipologia de referenciação para ECCI da pessoa dependente -----	63
Tabela 9 – Características da família -----	64
Tabela 10 – Características biográficas do cuidador principal -----	65
Tabela 11 – Características socioeconómicas do cuidador principal -----	65
Tabela 12 – Grau de parentesco do cuidador principal -----	66
Tabela 13 – Características do cuidador principal dificultadoras do exercício do papel-----	66
Tabela 14 – Necessidades de Cuidados Especializados de Enfermagem de Reabilitação: Virar-se comprometido -----	67
Tabela 15 – Proporção da implementação das Intervenções Específicas de Enfermagem de Reabilitação face ao esperado: Virar-se comprometido-----	69
Tabela 16 – Necessidades de Cuidados Especializados de Enfermagem de Reabilitação: Transferir-se comprometido -----	70
Tabela 17 – Proporção da implementação das Intervenções Específicas de Enfermagem de Reabilitação face ao esperado: Transferir-se comprometido ----	72

Tabela 18 – Necessidades de Cuidados Especializados de Enfermagem de Reabilitação: Cuidar da higiene pessoal comprometido -----	73
Tabela 19 – Proporção da implementação das Intervenções Específicas de Enfermagem de Reabilitação face ao esperado: Cuidar da higiene pessoal comprometido -----	75
Tabela 20 - Necessidades de Cuidados Especializados de Enfermagem de Reabilitação: Vestir-se ou despir-se comprometido -----	75
Tabela 21 – Proporção da implementação das Intervenções Específicas de Enfermagem de Reabilitação face ao esperado: Vestir-se ou despir-se comprometido -----	77
Tabela 22 - Necessidades de Cuidados Especializados de Enfermagem de Reabilitação: Sentar-se comprometido -----	77
Tabela 23 – Proporção da implementação das Intervenções Específicas de Enfermagem de Reabilitação face ao esperado: Sentar-se comprometido -----	78
Tabela 24 - Necessidades de Cuidados Especializados de Enfermagem de Reabilitação: Andar comprometido -----	79
Tabela 25 – Proporção da implementação das Intervenções Específicas de Enfermagem de Reabilitação face ao esperado: Andar comprometido -----	81
Tabela 26 – Necessidades de Cuidados Especializados de Enfermagem de Reabilitação: Alimentar-se comprometido -----	82
Tabela 27 – Proporção da implementação das Intervenções Específicas de Enfermagem de Reabilitação face ao esperado: Alimentar-se comprometido -----	84

LISTA DE GRÁFICOS

Pag.

Gráfico 1 – Proporção das Intervenções Específicas de Enfermagem de Reabilitação implementadas face ao esperado, no domínio do autocuidado, por tipo de intervenção -----85

Gráfico 2 – Intervenções Específicas de Enfermagem de Reabilitação nunca implementadas mesmo quando identificada a sua necessidade ----- 87

SUMÁRIO

	Pag.
INTRODUÇÃO	23
1 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	27
1.1 - O AUTOCUIDADO	27
1.2 – TRANSIÇÕES VIVENCIADAS PELAS PESSOAS DEPENDENTES EM CONTEXTO DOMICILIÁRIO	32
1.3 – O ENVELHECIMENTO	36
1.4 – A DEPENDÊNCIA NO AUTOCUIDADO	38
1.5 – AS EQUIPAS DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS (ECCI)	40
1.6 – CUIDADOS DE REABILITAÇÃO NO DOMICÍLIO	42
2 - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	47
2.1 – CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS	47
2.2 – POPULAÇÃO E AMOSTRA	48
2.3 – METODOLOGIA DE COLHEITA DE DADOS	49
2.4 – VARIÁVEIS	51
2.4.1 – Variáveis de Atributo	51
2.4.2 – Variáveis Centrais da Investigação	56
2.5 – METODOLOGIA DE ANÁLISE DE DADOS	59
2.6 – CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	59
3 – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	61
3.1 – CARACTERIZAÇÃO DA PESSOA DEPENDENTE	61
3.2 – CARACTERIZAÇÃO DA FAMÍLIA QUE INTEGRA A PESSOA DEPENDENTE	63
3.3 – CARACTERIZAÇÃO DO CUIDADOR PRINCIPAL	64

3.4 – CARACTERIZAÇÃO DAS NECESSIDADES DE CUIDADOS ESPECIALIZADOS EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NO DOMÍNIO DO AUTOCUIDADO -----	66
3.4.1 – Necessidades de Cuidados Especializados de Enfermagem de Reabilitação: Vira-se comprometido -----	67
3.4.2 – Necessidades de Cuidados Especializados de Enfermagem de Reabilitação: Transferir-se comprometido -----	69
3.4.3 – Necessidades de Cuidados Especializados de Enfermagem de Reabilitação: Cuidar da higiene pessoal comprometido -----	72
3.4.4 – Necessidades de Cuidados Especializados de Enfermagem de Reabilitação: Vestir-se ou despir-se comprometido -----	75
3.4.5 – Necessidades de Cuidados Especializados de Enfermagem de Reabilitação: Sentar-se comprometido -----	77
3.4.6 – Necessidades de Cuidados Especializados de Enfermagem de Reabilitação: Andar comprometido -----	78
3.4.7 – Necessidades de Cuidados Especializados de Enfermagem de Reabilitação: Alimentar-se comprometido -----	81
3.4.8 – Proporção de Intervenções Específicas de Enfermagem de Reabilitação implementadas face ao esperado, por tipo de intervenção --	84
3.4.9 – Necessidades de Cuidados Especializados de Enfermagem de Reabilitação, no domínio do autocuidado, que nunca foram atendidas ---	86
4 - DISCUSSÃO -----	89
CONCLUSÃO -----	103
BIBLIOGRAFIA -----	109

ANEXOS

ANEXO I – Formulário de avaliação de necessidades de cuidados de saúde e sociais das pessoas dependentes no autocuidado a viver no domicílio e dos seus cuidadores no contexto de ECCL.

ANEXO II - Fluxograma de referenciação e aplicação do formulário

ANEXO III - Orientações para preenchimento do formulário

ANEXO IV - Operacionalização dos qualificadores para o juízo clínico Compromisso no Autocuidado.

ANEXO V - Mapeamento das intervenções relativas às necessidades de cuidados de enfermagem, no domínio do autocuidado, com as intervenções do Padrão documental dos cuidados de enfermagem da especialidade de enfermagem de reabilitação

ANEXO VI - Parecer da comissão de ética

ANEXO VII – Autorização do conselho de administração da ARS Centro para realizar o estudo

ANEXO VIII – Declaração de consentimento informado

ANEXO IX – Estatística descritiva - caracterização da implementação das IEER à pessoa dependente por autocuidado: frequência de implementação esperada e frequência implementada

INTRODUÇÃO

O contexto demográfico atual, marcado pelo envelhecimento da população, tem reflexos no seu estado de saúde, com destaque para o aumento significativo de doenças crônicas e situações de dependência. Sabe-se que na origem da maioria das mortes ou a perda de qualidade de vida estão fatores de risco passíveis de serem modificados e, conseqüentemente, evitados. Neste contexto, os enfermeiros estão particularmente comprometidos, a eles é exigido, não só que se empenhem na promoção de um envelhecimento ativo e saudável, mas que, de igual modo, previnam as complicações decorrentes das doenças crônicas, da dependência adquirida e que minimizem as possíveis sequelas. (Gonçalves, 2013; Ministério da Saúde [MS], 2018).

As pessoas após eventos geradores de dependência, preferem viver no seu contexto domiciliário, junto dos seus familiares e das pessoas que lhes são significativas, ou seja, no ambiente que lhes é mais significativo (Gonçalves, 2013; Machado et al., 2016; Observatório Português dos Serviços de Saúde [OPSS], 2015). A intervenção de proximidade dos enfermeiros, em contexto domiciliário, pode ter um papel altamente significativo para a pessoa dependente e para os seus familiares.

As Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), procuram garantir resposta ajustada às pessoas em situação de dependência em contexto domiciliário, onde os enfermeiros têm particular destaque na medida em que concebem cuidados de proximidade à pessoa dependente e família. Assim, o autocuidado é visto como uma das dimensões de saúde mais relevantes em contexto de ECCI (Petronilho, Pereira et al., 2017).

O autocuidado é visto como um elemento central da enfermagem (Brito 2012; Petronilho 2012; Queirós 2014; Silva 2012) e é parte integrante da missão dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação e um dos seus enunciados descritivos (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2018).

A capacitação da pessoa para o autocuidado ou a reconstrução da autonomia após evento gerador dependência é considerada uma transição de saúde/doença (Brito 2012; Petronilho, 2013), onde o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

(EEER) é visto como “o profissional de referência por oferecer cuidados especializados de excelência em função das respostas às transições relacionadas com os processos de saúde/doença e ou incapacidade com vista a consecução do projeto de saúde da pessoa” (OE, 2018, p. 5).

Os EEER têm como alvo de cuidados a pessoa com necessidades especiais no contexto em que esta se encontra, o que implica que os cuidados especializados em enfermagem de reabilitação possam ser prestados em diferentes contextos da prática clínica como, entre outros, na comunidade e em contexto domiciliário, com o objetivo de promover a capacitação para o autocuidado, prevenção de complicações e promover o bem-estar (OE, 2018).

O autocuidado enquanto condição de saúde, em particular o fenómeno da dependência no autocuidado em contexto domiciliário tem sido alvo de diversos estudos (Costa 2013; Gonçalves, 2013; Petronilho, 2013; Regadas, 2021, Rocha, 2015) que indicam para a existência de pessoas vulneráveis, com elevados níveis de dependência e muitas vezes com compromisso dos processos corporais e mentais a viver em suas casas. Estas condições de saúde apontam muitas vezes para uma necessidade de cuidados de saúde complexos, exigindo que sejam prestados por profissionais de saúde, em particular por enfermeiros, onde os EEER podem ter um papel preponderante (Petronilho 2013). Apesar disto, ainda são poucos os estudos que se debruçam sobre o fenómeno das Necessidades de Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação (NCEER), das pessoas dependentes em contexto domiciliário.

Este estudo enquadra-se, portanto, na temática do autocuidado, concretamente no fenómeno das NCEER, no domínio do autocuidado, das pessoas dependentes em contexto domiciliário. Trata-se de uma temática de elevado interesse pessoal, uma vez que desempenha funções de enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação em contexto de ECCI (domiciliário) e também, com interesse para o corpo de conhecimento da Enfermagem de Reabilitação, uma vez que a dependência no autocuidado em contexto domiciliário é considerada como área muito prioritária de investigação pelo Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (OE, 2015a).

Assim, formulou-se a seguinte questão de investigação: Quais são as Necessidades de Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação, no domínio do autocuidado,

das pessoas dependentes admitidas em ECCI do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Baixo Mondego?

Perante esta questão de investigação, traçaram-se os seguintes objetivos: caracterizar as pessoas dependentes admitidas em ECCI do ACES Baixo Mondego; caracterizar as famílias que integram as pessoas dependentes, admitidas em ECCI do ACES Baixo Mondego; caracterizar os cuidadores principais das pessoas dependentes, admitidas em ECCI do ACES Baixo Mondego e descrever as Necessidades de Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação, no domínio do autocuidado, das pessoas dependentes admitidas em ECCI do ACES Baixo Mondego.

Metodologicamente este estudo apresenta uma abordagem quantitativa, do tipo descritivo, observacional (não experimental), e transversal. Considerou-se uma amostragem consecutiva, composta pelas pessoas dependentes admitidas nas ECCI do ACES Baixo Mondego, onde foi aplicado o Formulário de avaliação de necessidades de cuidados de saúde e sociais das pessoas dependentes no autocuidado a viver no domicílio e dos seus cuidadores no contexto de ECCI.

O presente estudo, para além da introdução e conclusão, está organizado em quatro partes centrais. A primeira parte descreve o quadro de referência que irá suportar a investigação, centrando-se nos temas: autocuidado; transições vivenciadas pelas pessoas dependentes em contexto domiciliário; envelhecimento; dependência no autocuidado; ECCI e cuidados de reabilitação no domicílio. A segunda parte descreve todo o percurso metodológico efetuado para dar resposta à questão de investigação e inclui as considerações metodológicas, o contexto do estudo, a população e amostra, metodologia de colheita de dados; variáveis; metodologia de análise de dados e as considerações éticas. Na terceira parte é realizada a apresentação dos resultados, e na quarta a sua discussão.

1 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O autocuidado é um dos enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação (OE, 2018). Assim, o EEER tem como “alvo de intervenção (...) a pessoa com necessidades especiais no contexto em que se encontra” e portanto, também em contexto domiciliário, sendo visto como “o profissional de referência por oferecer cuidados especializados de excelência em função das respostas às transições relacionadas com os processos de saúde/doença e ou incapacidade com vista a consecução do projeto de saúde da pessoa” (OE, 2018, p. 5).

No contexto domiciliário, uma das áreas de atenção do enfermeiro de reabilitação é a capacitação da pessoa para o autocuidado ou a reconstrução de autonomia, consideradas uma transição de saúde/doença (Brito 2012; Petronilho 2013).

O foco no autocuidado e nos processos adaptativos das pessoas dependentes, justifica que a intervenção profissional dos EEER seja orientada pelos “... modelos de autocuidado e das transições...” (OE, 2018, p. 6), modelos igualmente indicados por Martins et al. (2018) no estudo em que procurou identificar as conceções dos cuidados de enfermagem entre os EEER.

Importa assim, que sejam esclarecidos os termos autocuidado e transições, para enquadramento conceptual da problemática, orientar e delimitar o presente estudo.

1.1 - O AUTOCUIDADO

O autocuidado é visto como um elemento central da enfermagem (Silva 2012; Petronilho 2012; Queirós et al., 2014) e segundo Silva (2012) é central para a enfermagem no âmbito da sua ação, traduzindo-se num “...resultado de saúde sensível às terapêuticas de enfermagem, com impacto positivo na promoção da saúde e no bem-estar das populações...” (Petronilho, 2012, p. 92). Assume centralidade disciplinar para a enfermagem pela sua capacidade de clarificar um propósito, a promoção e reconstrução do autocuidado, e pelo poder explicativo de uma ação e aquisição de competências para a autonomia (Queirós et al., 2014).

Na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) versão 2015, o autocuidado é definido 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 de vida diária” (International Council of Nurses [ICN], 2016, p. 42). Esta definição foi precedida pelo trabalho realizado por Dorothea Orem, em que desenvolveu a Teoria de Enfermagem do Déficit de Autocuidado que é constituída por três teorias relacionadas entre si: a Teoria do Autocuidado; a Teoria do Déficit de Autocuidado e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem (Orem, 2001).

Esta teoria fomenta a ideia de que as pessoas, não só podem, como devem cuidar de si mesmas e assenta nos seguintes pressupostos: toda a pessoa tem capacidade para cuidar de si; a pessoa tem potencial e motivação para adquirir conhecimentos e desenvolver capacidades para cuidar de si e, a experiência adquirida ao longo da vida tem impacto na forma como cuida de si (Orem, 2001). Para a mesma autora, o autocuidado surge como algo aprendido que assume uma prática de atividades reguladoras, em benefício próprio, em resposta aos seus objetivos, observável nas ações do seu dia-a-dia, visando regular o seu funcionamento e desenvolvimento, de acordo com os seus interesses, estado de saúde e bem-estar. O autocuidado é assim, comum a todos os indivíduos, vai-se adquirindo ao longo da vida através de conhecimentos, habilidades e competências que permitem à pessoa ser capaz de continuar a cuidar de si próprio, ou seja, de ser agente de autocuidado. Assim, o autocuidado assume-se como uma responsabilidade individual, que se concretiza de forma autónoma, voluntária, deliberada e intencional, que pode ser influenciado pelo estado de saúde, pelas condições ambientais, e pelos efeitos dos cuidados de saúde (Gonçalves, 2013). Queirós et al. (2014) acrescenta que o autocuidado é universal por abranger todos os aspetos vivenciais, não se restringindo às atividades de vida diária, permitindo suprimir as necessidades ao longo do ciclo vital, de acordo com as exigências impostas. Assume-se como um processo importante de manutenção da saúde e gestão da doença através de práticas consideradas positivas (Petronilho, 2012).

Requisitos de autocuidado

Para que as ações intencionais de autocuidado cumpram a função reguladora do funcionamento e desenvolvimento do indivíduo, têm que dar respostas aos requisitos de autocuidado, que são “os propósitos que os indivíduos devem ter quando realizam o autocuidado” (Orem, 2001, p. 49). A mesma autora define os seguintes requisitos de autocuidado:

- Requisitos universais, são comuns a todos os seres humanos, estão relacionados com a manutenção da vida, da estrutura e funcionamento dos seres humanos, que são: ingestão suficiente de ar; ingestão suficiente de água; ingestão suficiente de alimentos; tomar conta dos processos de eliminação; obter o equilíbrio entre a atividade e descanso; obter o equilíbrio entre a solidão e interação social; proteger-se dos perigos para a sua vida, funções corporais e bem estar; promover o funcionamento e desenvolvimento humano normal integrado num grupo social, de acordo com o seu potencial e limitações;
- Requisitos de desenvolvimento, surgem associados aos processos de mudança que visam o desenvolvimento e a maturação do ser humano ao longo das diferentes etapas do ciclo de vida. Nestas etapas, há condições e circunstâncias exigentes, tais como: dificuldades de adaptação social; carência de educação; gravidez; problemas individuais de saúde e incapacidades; perda de familiares e amigos; perda de estatuto social. Estes requisitos apresentam as necessidades existentes para manter as condições para o desenvolvimento e maturação saudável do ser humano ou mitigar os efeitos de condições adversas e;
- Requisitos de desvio de saúde, estão associados a uma doença ou lesão, ou a situações que envolvam deficiências e incapacidades, em que existam alteração da condição de saúde, assim como dos tratamentos necessários para as suprir. Onde é necessário: i) procurar e assegurar ajuda dos profissionais de saúde se em situação de doença; ii) reconhecer e tomar conta dos sinais e sintomas da doença, sem esquecer do seu impacto no desenvolvimento; iii) cumprir as medidas de diagnóstico, terapêutica e de reabilitação necessárias, com o propósito de prevenir ou tratar a doença, manter o funcionamento corporal adequado, corrigir as deformidades ou compensar as incapacidades; iv) reconhecer e tomar conta dos efeitos dos tratamentos, não esquecendo o seu impacto no desenvolvimento; v) modificar o seu autoconceito, aceitando a sua nova condição de saúde; vi) aprender a viver com os sinais e sintomas da doença e com os efeitos dos tratamentos, assumindo um estilo de vida promotor do seu desenvolvimento pessoal.

Ação de autocuidado

A ação de autocuidado em si mesma, condiciona a resposta aos requisitos do autocuidado, decorre da capacidade que a própria pessoa desenvolveu e/ou dispõe para dar resposta

aos requisitos de autocuidado (Orem, 2001). Com isto, diferentes capacidades determinam ações de autocuidado distintas. Ou seja, quando se alteram as capacidades, as ações de autocuidado acompanham essa mudança (Gonçalves, 2013).

A capacidade para o autocuidado desenvolve-se de diferentes maneiras, através da curiosidade e aprendizagem espontânea, através da instrução, bem como, através da experiência na realização do autocuidado. A capacidade da pessoa para as ações de autocuidado, são influenciados por fatores internos e externos, como a idade, as crenças, a memória, a força física, os padrões de vida, o estado de saúde, o sistema familiar de apoio, a disponibilidade de recursos e as questões sociais e ambientais (Orem, 2001). Para Gonçalves (2013), as capacidades para o autocuidado abrangem quatro domínios principais: o cognitivo (conhecimentos sobre a condição de saúde ou capacidades cognitivas); o físico (capacidade física para realizar o autocuidado); o emocional ou psicossocial (motivação) e comportamental (habilidades necessárias para realizar o autocuidado), que pretendem dar respostas aos requisitos de autocuidado.

Défi ce de Autocuidado

O défi ce de autocuidado tem por base a diferença entre as capacidades de autocuidado e as necessidades de autocuidado da pessoa, decorrentes de limitações na sua capacidade ou aumento da exigência dos cuidados necessários (Orem, 2001). Esta diferença é evidente, quando a pessoa apresenta défi ce de autocuidado em resultado das limitações associadas a um processo patológico ou ao envelhecimento, em que as capacidades de autocuidado não satisfazem total ou parcialmente os requisitos de autocuidado. Os défi ces de autocuidado podem ser totais ou parciais. Nos primeiros, não existe qualquer capacidade para satisfazer as necessidades de autocuidado, nos défi ces parciais permanece alguma capacidade para responder às necessidades de autocuidado (Gonçalves, 2013). Nestes casos, muitas vezes, é indispensável a intervenção do enfermeiro para assegurar o autocuidado terapêutico à pessoa. Esta intervenção visa o diagnóstico da situação e a prescrição das intervenções que se revelem ajustadas às necessidades identificadas.

Para o défi ce no autocuidado concorrem fatores condicionantes como a idade, o género, o estágio de desenvolvimento, a condição de saúde, o meio sociocultural, o suporte de saúde, o meio familiar, os padrões de vida, os fatores ambientais e a disponibilidade e adequação dos recursos (Orem, 2001). No sentido de suprir as necessidades de

autocuidado, a mesma autora identifica 5 métodos de ajuda: 1) agir ou fazer para a pessoa; 2) orientar; 3) apoio físico e psicológico; 4) proporcionar ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal; 5) ensinar.

Sistemas de Enfermagem

O conteúdo e estrutura da prática de enfermagem no autocuidado são definidos na teoria dos sistemas de enfermagem (Orem, 2001). Define a forma como os enfermeiros dão resposta às necessidades de autocuidado terapêutico das pessoas, articulando-se com elas para satisfazer os requisitos de autocuidado. Determina como é que os enfermeiros, as pessoas ou ambos dão resposta à necessidade de autocuidado das pessoas (Orem 2001; Petronilho, 2012). O sistema de enfermagem concebido pelos enfermeiros é baseado nas necessidades de autocuidado e na capacidade da pessoa para o seu desempenho, quando existe um défice de autocuidado (Petronilho, 2012).

Orem (2001) identifica três sistemas na conceção que suporta a ação de autocuidado terapêutico implementada pelos enfermeiros:

- O sistema totalmente compensatório, representa situações em que a pessoa está incapaz de participar nas atividades de autocuidado, dependendo para a sua sobrevivência de outras pessoas. São exemplos pessoas sem capacidade de agir, inconscientes, ou mesmo conscientes, não apresentam capacidade motora, ou ainda que, apesar de capacidade motora não conseguem tomar decisões sobre o autocuidado. Este sistema de enfermagem caracteriza-se pela ação exclusiva do enfermeiro, suprimindo as necessidades de autocuidado terapêutico pela pessoa, compensando a sua incapacidade, apoiando-a e protegendo-a;
- Sistema parcialmente compensatório, representa situações em que enfermeiro e a pessoa executam ações dirigidas ao autocuidado desta, compensando as suas limitações. A realização das ações inerentes ao enfermeiro ou à pessoa na realização do autocuidado variam em função das limitações e da condição de saúde da pessoa, dos tratamentos, das competências e dos conhecimentos necessários e da vontade da pessoa em realizar ou aprender as ações de autocuidado tidas como necessárias. Este sistema de enfermagem caracteriza-se pela ação conjunta do enfermeiro e da pessoa na execução das ações de autocuidado. O enfermeiro assiste a pessoa dependente no autocuidado conforme as suas necessidades, a própria pessoa desempenha as ações de

autocuidado para as quais mantém capacidade, decide os cuidados, assim como aceita os cuidados realizados pelos enfermeiros;

- O sistema de apoio educação, representa situações em que a pessoa tem aptidão para realizar as ações de autocuidado ou deve aprender como realizá-las, contudo, não as pode realizar sem o acompanhamento dos enfermeiros.

Este sistema de enfermagem caracteriza-se por situações em que a pessoa tem capacidade para desempenhar as ações necessárias para se cuidar, contudo, necessita de as aprender. O enfermeiro tem apenas o papel regulador do exercício e desenvolvimento da capacidade de autocuidado, a pessoa realiza o autocuidado e tem igualmente o papel regulador do exercício e desenvolvimento da capacidade de autocuidado.

A promoção do autocuidado afigura-se como essencial para a pessoa dependente, no sentido da assunção consciente e deliberada da sua própria ação de autocuidado, assumindo-se, por si só, como agente do seu autocuidado terapêutico. O autocuidado na vertente da sua promoção, assume-se como foco de atenção da intervenção especializada dos EEER, uma vez que estes profissionais promovem a capacitação da pessoa dependente para dar respostas aos requisitos de autocuidado, através da promoção do envolvimento da pessoa no seu processo terapêutico, da instrução e treino no uso de estratégias e equipamentos adaptativos, por forma a facilitar os processos de adaptação a uma nova condição de saúde, alcançar o seu potencial máximo de capacitação funcional, autonomia e bem estar.

1.2 – TRANSIÇÕES VIVENCIADAS PELAS PESSOAS DEPENDENTES EM CONTEXTO DOMICILIÁRIO

São várias as situações que levam o enfermeiro, a prestar cuidados à pessoa dependente em contexto domiciliário e familiar, muitas relacionadas com transições que a pessoa dependente e o seu cuidador podem vivenciar. Estas transições podem originar-se por vários motivos, entre os quais o envelhecimento ou outro evento gerador de dependência, como uma situação de doença, que podem originar um clima de particular incerteza e de instabilidade onde emergem aspetos problemáticos que podem deixar a pessoa dependente e a família vulneráveis. Nestas situações, os enfermeiros tendem a ser os profissionais de saúde que preparam as pessoas para transições iminentes e que facilitam

o processo de aprendizagem de novas habilidades relacionadas com a sua situação de saúde/doença (Meleis et al., 2000). Aqui ressalta a ideia de que a enfermagem, no âmbito da sua intervenção, facilita as transições no sentido da re aquisição de um novo equilíbrio e bem-estar.

O conceito de transição tem vindo a consolidar-se como elemento central na enfermagem que disciplinarmente toma como objeto as respostas humanas às transições que exijam adaptação, entre as quais os processos de desenvolvimento ou de doença (Silva, 2007). Assim, a transição é assumida como área de atenção dos enfermeiros quando interfere com a saúde, ou quando as respostas à transição são manifestadas através de comportamentos relacionados com a saúde (Meleis, 2010; Queirós et al., 2014). Posto isto, a conceção de cuidados toma como área de atenção as respostas da pessoa às transições vivenciadas, assegurando um conjunto de intervenções no sentido da promoção dos processos adaptativos, prevenção de complicações e na aquisição de um novo equilíbrio e bem-estar.

Meleis (2010) define transição como:

“a passagem de uma fase de vida, condição ou estado para outro, é um conceito multidimensional que engloba os elementos do processo, o intervalo de tempo e as percepções. O processo sugere fases e sequência, o intervalo de tempo indica um fenómeno em curso, mas limitado e a percepção tem a ver com o significado da transição para a pessoa que a experimenta" (p. 25).

A transição é então vista como uma mudança com necessidade de adaptação, em que a pessoa só inicia uma transição quando sente a necessidade de adaptar-se. Neste sentido, é possível que a transição possa assumir-se como um processo positivo, uma vez que ao vivenciar o evento, a pessoa alcança maior maturidade e melhor preparação face ao mesmo (Gonçalves, 2013).

A condição de dependente, para a pessoa em contexto domiciliário e familiar, pode ser indutor de diferentes tipos de transições, quer para a própria pessoa, quer para o cuidador, ou mesmo para a família. Habitualmente um evento gerador de dependência está associado a uma transição saúde/doença, em que a pessoa necessita de ajuda para as ações de autocuidado que não consegue realizar. A pessoa que assume a responsabilidade pela

prestação de cuidados necessários é, geralmente um membro da família. O que a coloca, também, num processo de transição, neste caso uma transição situacional pela aquisição de um novo papel. No que diz respeito à família, a nova realidade imposta pela situação de dependência de um dos seus elementos, pode levar a uma reorganização familiar, impondo novas dinâmicas e responsabilidades dos seus membros, que pode desencadear numa transição organizacional.

Perspetiva-se assim que a realidade da prestação de cuidados à pessoa dependente em contexto domiciliário pode tornar-se mais complexa, na medida em que a pessoa dependente e sua família poderão estar sujeitos a várias transições em simultâneo, decorrentes de vários eventos indutores de necessidades adaptativas, por exemplo associados à condição de dependência e ao exercício do papel para tomar conta, podem estar associados a processos de envelhecimento, quer da pessoa dependente, quer do seu cuidador, e estes estarão a vivenciar em simultâneo uma transição de desenvolvimento.

O conceito transição contém em si mesmo uma dimensão temporal, caracterizada por um fluxo de tempo (Meleis, 2010). O início da transição começa com o reconhecimento do que mudou, em que a pessoa se consciencializa, por um lado, do término da situação habitual e por outro da nova situação que impõe um processo adaptativo, ou seja, a consciencialização da mudança (Brito, 2012). Para as pessoas dependentes e seus cuidadores, nas transições que vivenciam, de saúde/ doença e situacional respetivamente, só iniciam o processo de transição, quando reconhecem a necessidade de adaptar-se à nova situação e quando, de uma forma deliberada se evoluem, consumindo os próprios recursos no sentido da mudança, como são exemplos a procura do que deve aprender ou adquirir para renovar a capacidade para o autocuidado ou para tomar conta. Apesar da transição indicar um contexto temporal, ela poderá não ser unidirecional, no sentido do processo adaptativo, uma vez que poderá sujeitar-se a eventos críticos que são situações marcantes no decurso do processo de transição, que o podem acelerar ou retardar. São exemplo disto, a ocorrência de uma queda durante o processo de reconstrução de autonomia da pessoa dependente ou o período imediato ao regresso a casa de um familiar com dependência recentemente adquirida.

As transições das pessoas dependentes em contexto domiciliário e familiar estão sujeitas a vários fatores que, Meleis (2010) agrupa em fatores pessoais e fatores ambientais, entre estes estão o significado atribuído à mudança, as crenças, a disponibilidade de novo conhecimento relativo à mudança, a capacidade económica da pessoa dependente e da

família para aceder aos recursos necessários e os recursos existentes na comunidade e na sociedade. Como são exemplo a rede de cuidados de saúde, os equipamentos sociais, os equipamentos adaptativos e produtos de apoio, assim como a rede de suporte de familiares e amigos. Todos estes fatores podem influenciar o decurso da transição, em que, por exemplo, um significado positivo atribuído pela pessoa à nova condição e o acesso atempado aos equipamentos e produtos de apoio necessários podem contribuir para uma transição saudável.

A maneira como a pessoa dependente e o seu cuidador vivenciam as suas transições, provocam respostas individuais, que passam por envolvimento no processo adaptativo, pela aquisição de novas capacidades assim como, por transformações das relações entre pares no seio da família e grupo de amigos. Estas respostas são indicadoras da forma como a transição está a decorrer. A pessoa pode sentir-se conectada com a nova situação, situada e localizada no processo de transição, o que lhe permite refletir e interagir e tomar decisões, aumentando a sua confiança para lidar com a mudança e adaptar-se. Simultaneamente adquire capacidades efetivas, mestria, nas novas tarefas para nova forma de viver, enquanto desenvolve um novo sentido de identidade (Meleis, 2000). Deste processo poderá resultar transições saudáveis ou não saudáveis. A transição saudável é aquela em que a pessoa restitui a mestria na execução das tarefas de vida e simultaneamente gera bem-estar, ou seja, reconstrói de uma forma fluída a sua nova identidade e papel.

Os diferentes processos de transição, a que se sujeitam as pessoas dependentes em contexto domiciliário, não só impõem a integração de novos conhecimentos ou capacidades, como traduzem uma alteração no estado de saúde que, muitas vezes impõe uma intervenção profissional, como a que os enfermeiros estão capazes de garantir, em particular os EEER, para que o processo adaptativo resulte numa transição saudável.

A intervenção profissional de enfermagem, em particular dos EEER, dirigida à pessoa dependente e cuidador em contexto domiciliário, em situação de transição passam por assegurar terapêuticas de enfermagem, que segundo Meleis (2010), vão para além das intervenções de enfermagem, uma vez que se referem à intencionalidade colocada nas ações de enfermagem. Assim, são exemplo de terapêuticas de enfermagem: antecipar o suporte necessário às famílias através da demonstração de disponibilidade profissional em tempo útil e sistematizado; promover a coesão familiar; promover a consciencialização do que mudou ou está a mudar; dar um melhor sentido ao “significado

pessoal” atribuído à aquisição de dependência; identificar antecipadamente necessidades de mudanças na habitação; promover conhecimentos e capacidades no uso de estratégias adaptativas ou equipamento adaptativo para o autocuidado; avaliar os recursos disponíveis; advogar a utilização de equipamento adaptativo e de recursos na comunidade; facilitar a tomada de decisão da pessoa dependente e da família; promover a reconstrução da autonomia da pessoa dependente e promover e desenvolver as competências no tomar conta por parte dos cuidadores (Brito, 2012; Petronilho, 2013).

Assumindo que a dependência no autocuidado é uma transição de saúde/doença ou de desenvolvimento quando associada ao processo de envelhecimento, as terapêuticas de enfermagem podem ser vistas como intervenções de enfermagem, suportadas nas necessidades de cuidados de enfermagem identificados, com intenção de facilitar esta transição saudável, por forma a que a pessoa e cuidador voltem a reconquistar uma condição de equilíbrio e bem-estar.

1.3 – O ENVELHECIMENTO

“Envelhecer está inscrito na matriz da vida. Numa lógica estritamente biológica, ao crescimento, segue-se a maturidade e, posteriormente, o declínio. Esta é uma realidade que, por agora, nenhum conhecimento científico, nenhum avanço tecnológico, conseguiu superar” (Gonçalves, 2013, p. 31).

Nas últimas décadas, a demografia nos países desenvolvidos, em particular em Portugal, tem vindo a mudar, evidenciando-se um envelhecimento da população resultante da queda do índice de fecundidade, da queda da taxa de mortalidade e do aumento da esperança de vida (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2017, 2021; MS, 2018). O índice de envelhecimento em Portugal, passou de 146,5 para 167,0 pessoas idosas por cada 100 jovens, entre 2011 e 2020, onde, por um lado a proporção das pessoas idosas (65 ou mais anos), relativamente ao total de população residente em Portugal, aumentou de 20,7% para 22,4% e por outro lado, a proporção de jovens (menos de 15 anos) e a proporção de pessoas em idade ativa (15 a 64 anos), diminuiu de 14,1% para 13,4% e de 65,2% para 64,1% respetivamente, justificando um aumento da idade mediana da população portuguesa de 44,0 para 45,8 anos (INE, 2021), e por conseguinte o envelhecimento da população.

Em 2020, relativamente à população residente, existia 22,3% de portugueses com 65 ou mais anos (cerca de dois milhões e trezentos mil) e 10,8% de portugueses com mais de 75 anos (mais de um milhão) (Fundação Francisco Manuel dos Santos [FFMS], 2021b). Estima-se que em Portugal, o índice de envelhecimento em 2080 seja 317, ou seja, nos próximos 60 anos este índice duplique, estimando 317 pessoas com mais de 65 anos por cada 100 jovens com menos de 15 anos. Existirão, em 2080, o triplo de idosos em relação aos jovens (INE, 2017; MS, 2018).

Na região centro de Portugal o índice de envelhecimento em 2020 era de 206,8, sendo a segunda região mais envelhecida do país apresentando um índice significativamente superior ao Nacional no mesmo ano, que era de 167 (INE, 2021).

O ACES Baixo Mondego é um agrupamento de centros de saúde, da região centro do País, que está integrado na Administração Regional de Saúde (ARS) Centro. A sua área de influência envolve dez concelhos e em 2020 apresentava um índice de envelhecimento médio dos concelhos que o compõem de 234,9, tendo um crescimento de 17,8% desde 2014, sendo bastante superior ao Nacional, ou seja, o ACES Baixo Mondego abrange uma população envelhecida e significativamente mais envelhecida que a média Nacional (FFMS, 2021a).

Por outro lado, nas últimas décadas, evoluiu o conhecimento científico e técnico nas ciências da saúde aumentando a assistência em saúde e a eficácia dos tratamentos, assumindo as doenças crónicas um peso crescente, sobrevivem mais doentes, durante mais anos, porém, com mais incapacidades e com maior nível de dependência na satisfação das suas necessidades individuais. (Gonçalves, 2013; MS, 2018).

Em Portugal, acrescido ao problema do envelhecimento da população, coexiste uma elevada taxa de doenças crónicas (MS, 2018; OPSS, 2018). Assim o impacto do envelhecimento na condição de saúde da população, afigura-se como uma emergência social com a qual os profissionais de saúde, em particular os enfermeiros estão comprometidos, atuando não só a nível do envelhecimento ativo e saudável, como na prevenção de complicações a ele associadas (Gonçalves, 2013).

Perante isto, a conjugação do progressivo envelhecimento, a diminuição da mortalidade e o aumento da prevalência de doenças crónicas na população, aponta inequivocamente para o aumento das pessoas em situação de dependência, em particular dependência no autocuidado, dependendo de terceiros ou de equipamentos para suprir as suas

necessidades de autocuidado (Brito, 2012; Gonçalves, 2013; MS, 2018; OPSS, 2015; Petronilho, 2013; Petronilho, Pereira et al., 2017; Petronilho, Silva et al., 2017).

1.4 – A DEPENDÊNCIA NO AUTOCUIDADO

Atualmente face às alterações sociodemográficas, económicas e estruturais, a dependência no autocuidado assume cada vez mais importância, sendo hoje uma preocupação das políticas de saúde e sociais a criação de respostas que sejam ajustadas (Decreto-Lei n.º 101, 2006; MS, 2018; OPSS, 2015; Petronilho et al., 2015; Petronilho, Pereira et al., 2017; Petronilho, Silva et al., 2017).

A dependência no autocuidado é traduzida pela incapacidade, total ou parcial, da pessoa por si só de conseguir satisfazer as suas necessidades de autocuidado, estando dependente de terceiros ou de equipamento para vir a suprir essas mesmas necessidades. Na origem da dependência podem estar eventos agudos como acidentes, ou então a dependência pode adquirir-se de forma lenta e gradual como resultado do envelhecimento. Como já referido, a associação do envelhecimento a doença crónica, induz frequentemente a situações de dependência.

A dependência é um dos juízos clínicos mais atribuído pelos enfermeiros ao domínio do autocuidado (Brito 2012; Petronilho 2013), sendo definida como “estar dependente de alguém ou alguma coisa para ajuda e apoio” (ICN, 2005, p.107). Também é muitas vezes vista como um compromisso do desempenho da ação de autocuidado, em que o compromisso é visto como “um estado julgado como negativo, alterado, comprometido ou ineficaz”, (ICN, 2016, p. 93), em que a pessoa não é capaz de realizar as ações de autocuidado ou necessita de ajuda de outras pessoas ou de equipamento adaptativo, sendo que não o usa com mestria, por forma a satisfazer a suas necessidades de autocuidado. Assim a dependência no autocuidado pode ser vista como compromisso no autocuidado (Gonçalves, 2013).

Para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), a dependência é vista como “A situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, (...), não consegue, por si só, realizar as atividades da vida diária” (Decreto-Lei n.º 101, 2006, p. 3857).

A nível nacional o estudo do fenómeno da dependência no autocuidado, tem tido particular atenção pela comunidade científica, especificamente em âmbito familiar. Os estudos de Costa (2013), Gonçalves (2013), Petronilho (2013), Regadas (2021) e Rocha (2015) permitiram gerar conhecimento sobre a realidade portuguesa relativamente ao fenómeno da dependência no autocuidado no seio das famílias que integram pessoas dependentes. A mudança decorrente da aquisição de dependência por parte de um dos seus elementos, gerando dependência de pessoas ou equipamentos, para a satisfação das suas necessidades de autocuidado, desafia a pessoa dependente e o seu cuidador a viver uma transição, reconfigurando os seus projetos de vida e de saúde (Gonçalves, 2013).

Estima-se que em Portugal, existam cerca de 110000 pessoas dependentes no autocuidado nos seus domicílios em contexto familiar, e destas, cerca de 48000, serão dependentes “acamadas” (OPSS, 2015). As pessoas acamadas, apresentam-se em situação de grande fragilidade, apresentam níveis elevados de dependência e associado a esta, apresentam risco de complicação a nível dos processos corporais como: rigidez articular; desidratação, quedas; compromisso respiratório; úlceras por pressão, entre outros. Não obstante, estas pessoas acarretam exigências complexas ao cuidador para tomar conta (Costa 2013; Gonçalves 2013; OPSS, 2015; Petronilho, 2013; Regadas, 2021; Rocha 2015). A evolução da dependência no autocuidado não obedece a um padrão único, se não for oportunamente acompanhada por um suporte assistencial face às necessidades de autocuidado, e revertida, será progressiva, afetando um conjunto maior de domínios, podendo culminar na condição de “acamada” (OPSS, 2015).

A maioria das pessoas, após um evento gerador de dependência, tem alta para o domicílio, sendo também a sua preferência. (Gonçalves, 2013; Machado et al., 2016, OPSS, 2015). A insuficiente resposta à pessoa dependente em contexto domiciliário tem implicações no agravamento da saúde da pessoa dependente e seu cuidador. Na pessoa dependente é traduzida pelo agravamento da condição de dependência e da condição dos processos corporais e no cuidador é traduzida pela sobrecarga, diminuição da confiança, diminuição da qualidade de vida e por stress associado a aprendizagem na base da tentativa erro (Gonçalves 2013; OPSS, 2015; Petronilho 2013; Petronilho, Pereira et al., 2017). Sem um acompanhamento de proximidade, e em tempo útil, por parte dos profissionais de saúde, no contexto domiciliário da pessoa dependente e seu cuidador, estas poderão sentir-se inseguras face às alterações das suas condições de saúde e, recorrerão mais frequentemente ao serviço de urgência (OPSS, 2015).

No sentido de dar resposta às necessidades de saúde e sociais emergidas dos fenómenos do envelhecimento da população, do aumento da prevalência das doenças crónicas incapacitantes e do consequente aumento de pessoas em situação de dependência, foi criada a RNCCI para garantir cuidados continuados de proximidade com o objetivo de promover a autonomia e funcionalidade da pessoa através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social. Integradas na RNCCI estão as ECCI, equipas domiciliárias que prestam cuidados de proximidade de natureza preventiva curativa e reabilitadora às pessoas dependentes no autocuidado, e também de promoção de desenvolvimento de competências das famílias para tomar conta (Decreto-lei nº 101, 2006).

1.5 – AS EQUIPAS DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS (ECCI)

As ECCI, surgem no âmbito da criação da RNCCI através do Decreto-lei nº 101 de 2006, constituindo-se como equipas domiciliárias multidisciplinares, que se destinam a garantir assistência a pessoas em situação de “dependência funcional transitória ou prolongada, que não se podem deslocar de forma autónoma, (...) limitação funcional grave (...) ao longo do ciclo de vida, que reúnam condições no domicílio que permitam a prestação dos cuidados (...)” (Portaria nº 50, 2017, p. 610). Apesar de integradas na RNCCI, são da responsabilidade dos ACES a que pertencem, sendo estas entidades responsável pela alocação de recurso humanos, materiais e logísticos de acordo com os objetivos contratualizados. Funcionam em articulação com as entidades de apoio social, sendo responsáveis pela avaliação da necessidade de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação, de apoio social, ou outros, garantindo portanto, resposta de proximidade ajustada às pessoas em situação de dependência, implementando cuidados de saúde de reabilitação, de manutenção, de natureza paliativa e de apoio psicossocial adequados, promovendo a participação e envolvimento da pessoa e dos seus familiares e/ou cuidadores no seu processo terapêutico (Decreto-lei nº 101, 2006; Portaria nº 50, 2017).

A referenciação das pessoas dependentes para as ECCI pode ser feita a partir do hospital ou da comunidade, seguindo um processo de referenciação e admissão, realizados por profissionais de saúde, designadamente médicos, enfermeiros e assistentes sociais, dos hospitais ou das unidades de saúde familiar. Para além da condição de saúde da pessoa dependente e das condições domiciliárias necessárias à prestação de cuidados, entre os

quais a presença de um cuidador, são também critérios de referenciação para estas equipas:

“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 além do horário normal de funcionamento da equipa de saúde familiar, incluindo fins de semana e feriados, c) complexidade de cuidados que requeira um grau de diferenciação ao nível da reabilitação; d) Necessidades de suporte e capacitação ao cuidador informal” (Portaria nº 50, 2017, p. 616).

Destes critérios, destaca-se a complexidade de cuidados que requeira um grau de diferenciação ao nível da reabilitação e as necessidades de suporte e capacitação ao cuidador informal, áreas de intervenção, por inerência do EEER (OE, 2018).

Estas equipas prestam cuidados domiciliários todos os dias do ano, no horário de funcionamento das 8 às 20 horas nos dias úteis e, conforme as necessidades, aos fins-de-semana e feriados das 9 às 17 horas, devendo as visitas dos profissionais ser regulares e programadas, tendo por base as necessidades de saúde da pessoa dependente e do seu cuidador (Missão para os Cuidados de Saúde Primários [MCSP], 2007). Assim, garantem cuidados de proximidade, entre outros cuidados, cuidados especializados de enfermagem de reabilitação para promoção da autonomia da pessoa, assim como promoção da capacitação para tomar conta ao cuidador, prevenção das complicações associadas à dependência e promoção da atividade social. Perante qualquer intervenção implementada no contexto vivencial da pessoa, no seu lar e contexto familiar, qualquer ganho conseguido tornar-se-á efetivo, uma vez que é amplamente usado no seu meio, no seu dia a dia, no ambiente que lhe é natural. Assim, o autocuidado, na sua dependência, é assumidamente uma das dimensões de saúde mais relevantes no contexto da RNCCI, em particular nas ECCI (Petronilho, Pereira et al, 2017).

A somar à importância já reconhecida das ECCI, estas também representam um esforço financeiro consideravelmente menor em relação ao internamento, particularmente o hospitalar (Filipe, 2015; OPSS 2015), contudo, os lugares disponíveis têm vindo a decrescer desde de 2014, sendo que a região centro inverteu esta tendência em 2019

apresentando um aumento de 2,5% (Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS], 2019, 2018, 2017, 2016), no entanto a referenciação para as ECCI, em particular na região centro, ainda é baixa, representando apenas 14,3% da referenciação para RNCCI nesta região.

A região centro em 2019, apresentava 745 lugares de ECCI, sendo que o ACES Baixo Mondego dispunha de 13 Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) que são as unidades responsáveis pelos recursos profissionais e materiais afetos às respetivas ECCI. Estas equipas dispunham de 159 vagas e de 21 EEER distribuídos por ECCI conforme o disposto no quadro 1.

Quadro 1 - Distribuição das vagas e dos EEER por UCC/ ECCI do ACES Baixo Mondego ^A.

UCC/ ECCI	Nº de Vagas	Nº de EEER
UCC Cantanhede	25	2
UCC Celas	12	2
UCC Coimbra Saúde	25	3
UCC Condeixa	10	1
UCC Farol do Mondego	12	3
UCC Bairradina	10	0
UCC Mira	10	2
UCC Mortágua	10	0
UCC Norton de Matos	10	2
UCC Penacova	5	1
UCC São Martinho	10	2
UCC Soure	10	2
UCC Montemor-o-Velho	10	1
Total	159	21

Nota. ^A Dados Fornecidos a 18/01/2019 pela Direção do ACES Baixo Mondego

Atendendo ao índice de envelhecimento médio dos concelhos que compõem do ACES Baixo Mondego, que é bastante elevado, as vagas de ECCI parecem insuficientes. Note-se ainda, que apesar da missão das ECCI, existiam à data, algumas que não dispunham de EEER, o que de alguma forma poderiam comprometer as necessidades de cuidados das pessoas dependentes que requeiram cuidados de complexidade e de diferenciação ao nível da reabilitação e necessidade de suporte para a capacitação do cuidador para tomar conta.

1.6 – CUIDADOS DE REABILITAÇÃO NO DOMICÍLIO

Os EEER enquanto elementos integrantes da equipa multidisciplinar de reabilitação são os profissionais com conhecimentos e experiência acrescida que lhes permitem conceber, implementar, e monitorizar planos de cuidados de enfermagem de reabilitação, baseados

em problemas reais e potenciais das pessoas com objetivo de lhes promover a saúde, prevenir complicações, tratar e reabilitar, maximizando o seu potencial (Regulamento nº 392, 2019). Segundo o mesmo regulamento a intervenção dos EEER visa

“promover o diagnóstico precoce e ações preventivas de enfermagem de reabilitação, de forma a assegurar a manutenção das capacidades funcionais dos clientes, prevenir complicações e evitar incapacidades, assim como proporcionar intervenções terapêuticas que visam melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas atividades de vida, e minimizar o impacto das incapacidades instaladas (...), utiliza técnicas e tecnologias específicas de reabilitação e intervém na educação dos clientes e pessoas significativas, no planeamento da alta, na continuidade dos cuidados e na reintegração das pessoas na família e na comunidade, proporcionando -lhes assim, o direito à dignidade e à qualidade de vida.” (p. 13565).

Assim, a intervenção do EEER é centrada na pessoa com necessidades especiais no contexto em que esta se encontra, portanto, os cuidados especializados em enfermagem de reabilitação podem ser prestados nos diferentes contextos da prática clínica, entre outros, no domicílio, com o objetivo de promover a capacitação para o autocuidado, bem-estar e prevenção de complicações (OE 2018).

A reabilitação em contexto domiciliário tem vindo a desenvolver-se, suportada pela mudança de dinâmica dos sistemas de saúde, centrados numa otimização de custos, onde se opta pela permanência mínima necessária nos hospitais especializados e se privilegia o acompanhamento das pessoas nos cuidados de saúde primários, levando a um aumento da necessidade de apoio e de cuidados de saúde a um número crescente de pessoas que permanecem em suas casas (Johansson et al., 2021).

O contexto demográfico atual, marcado pelo envelhecimento da população, tem reflexo no seu estado de saúde, com destaque para o aumento significativo de doenças crónicas e situações de dependência. Sabe-se que na origem da maioria das mortes ou da perda de qualidade de vida estão fatores de risco passíveis de serem modificados e, consequentemente, evitados. Neste contexto, os enfermeiros, entre os quais os EEER

estão particularmente comprometidos na promoção de um envelhecimento ativo e saudável, mas também na prevenção de complicações decorrentes das doenças crônicas, da dependência adquirida e minimização de possíveis sequelas (Faria et al., 2020, Gonçalves, 2013; MS, 2018).

Apesar do envelhecimento, o aumento das doenças crônicas e consequentes situações de dependência, as pessoas idosas preferem envelhecer em suas casas, no seu contexto de vida do dia a dia (Wiles et al., 2012) e, em Portugal, a maioria das pessoas após um evento gerador de dependência, prefere ter alta para o seu domicílio. (Gonçalves, 2013; Machado et al., 2016; OPSS, 2015).

Estima-se um elevado número de pessoas dependentes no autocuidado em contexto domiciliário, muitas vezes vulneráveis, com elevados níveis de dependência e com compromisso nos processos corporais e mentais (OPSS, 2015; Petronilho, Pereira et al, 2017). Estas condições de saúde apontam muitas vezes para uma necessidade de cuidados de saúde complexos, exigindo que sejam prestados por profissionais de saúde, em particular por enfermeiros, onde os EEER podem ter um papel preponderante, atendendo ao seu perfil de competências (Petronilho 2013).

No sentido de dar resposta à crescente situação de dependência da população, em particular no contexto domiciliário, como já referido, são criadas as ECCI, no âmbito da RNCCI. São equipas que no âmbito da sua função, asseguram cuidados de saúde multidisciplinar numa lógica de proximidade com a pessoa e família, no seu contexto domiciliário, oferecendo-lhes serviço de várias naturezas, entre elas preventiva, curativa e reabilitadora. Revelam-se então, como uma oportunidade para os EEER demonstrarem a sua utilidade social por via de ganhos em saúde resultante da sua intervenção em contexto familiar e domiciliário, centrados na promoção da autonomia, promoção da capacidade para tomar conta, prevenção do compromisso dos processos corporais, evicção da condição de grandes dependentes “acamados” assim como redução do recurso ao serviço de urgências hospitalares. (OPSS, 2015; Petronilho, 2013).

A implementação de programas de reabilitação em contexto domiciliário tem vindo a aumentar no contexto nacional. Vários estudos têm vindo a evidenciar a intervenção dos EEER em contexto domiciliário, alguns dos quais no domínio do autocuidado (Faria et al., 2022; Ferreira et al., 2017). As intervenções do EEER destacadas para este domínio por Couto (2012) são “capacitar o cliente para o autocuidado”, “capacitar o cuidador para

assistir no autocuidado”; “informar/capacitar para a utilização de produtos de apoio” (Processo de ensino aprendizagem); “exercícios músculo-esqueléticos” (processos corporais) e “reforço positivo” (comportamento emocional) (p. 34).

Santos (2019), na sua revisão da literatura acerca do papel do EEER em contexto domiciliário aponta, entre outras intervenções, as seguintes: manutenção de um ambiente seguro; identificação de barreiras arquitetónicas e nas propostas de eliminação das mesmas; orientação de alterações estruturais/físicas do domicílio de forma a facilitar a adaptação à nova condição de saúde; monitorização da condição da pessoa com limitações, através da utilização de instrumentos de medida que permitam a avaliação da dependência/independência; capacitação para as atividades da vida diária; capacitação dos cuidadores para tomar conta; capacitação para prevenção do aparecimento de complicações; no estabelecimento de objetivos reais e atingíveis, bem como no desenvolvimento de estratégias adaptativas e conhecimento do material de apoio existente. Faria et al. (2020) acrescenta ainda que EEER não só promove a literacia em saúde, como também motiva para a adesão aos comportamentos promotores da saúde, identificando as barreiras que dificultam o acesso a esses comportamentos, favorecendo assim a sua inclusão, assim como procura compreender a autoeficácia para a ação, potenciando a capacidade funcional e integração social das pessoas dependentes. Ainda no que diz respeito às intervenções do EEER no domínio do autocuidado, estas estão sistematizadas no padrão documental dos cuidados da especialidade de enfermagem de reabilitação (OE, 2015b).

A capacitação da pessoa para o autocuidado ou a reconstrução da autonomia após aquisição de dependência é considerada uma transição de saúde/doença (Brito 2012; Petronilho 2013,) e o EEER é visto como “o profissional de referência por oferecer cuidados especializados de excelência em função das respostas às transições relacionadas com os processos de saúde/doença e ou incapacidade com vista à consecução do projeto de saúde da pessoa” (OE, 2018, p. 5), na medida em que são profissionais privilegiados para assegurar um conjunto de terapêuticas de enfermagem como: avaliar os recursos disponíveis; advogar a utilização de equipamento adaptativo e de recursos na comunidade; promover conhecimentos e capacidades no uso de estratégias adaptativas ou equipamento adaptativo para o autocuidado; facilitar a tomada de decisão da pessoa dependente e da sua família, que são facilitadoras da reconstrução da autonomia da pessoa dependente, da promoção de competências no tomar conta por parte do cuidador por

forma a reconquistarem uma condição de equilíbrio e bem-estar. O EEER ao posicionar-se neste perfil, assume de uma maneira natural o papel de “gestor de caso” que, no âmbito da equipa multidisciplinar da EECI, assume-se como elemento “responsável direto pelo acompanhamento do processo individual e garante da comunicação com os demais intervenientes na prestação de cuidados” (Portaria nº 50, 2017, p. 614). Portanto, assume-se, como provedor do utente e da família por forma a antecipar e a proporcionar os recursos necessários, de saúde, sociais e comunitários, em tempo útil para suprir as necessidades identificadas por forma a promover o bem-estar e participação social.

A intervenção do EEER em contexto domiciliário, em particular nas ECCI, tem vindo a traduzir-se em ganhos para a saúde a nível da melhoria da (in)dependência no autocuidado e compromisso dos processos corporais (Petronilho et al., 2015; Petronilho, Pereira et al 2017); na capacitação para o autocuidado, equilíbrio e diminuição do risco para quedas (Gomes et al., 2019), na melhoria da funcionalidade (Marvanejo, 2017) e na capacitação dos cuidadores e na prevenção de lesões músculo-esqueléticas associadas ao tomar conta das pessoas dependentes a seu cargo (Matos & Araújo, 2021). Para além dos ganhos em saúde, Ferreira (2017), no seu estudo sobre as necessidades das pessoas idosas em contexto de ECCI, aponta como prioritário o investimento nos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação para a melhoria no comportamento de autocuidado destas pessoas, através da “reabilitação funcional motora, posicionamentos, reabilitação funcional respiratória e atividades terapêuticas” (P.32). Os mesmos estudos apresentados evidenciam de forma clara importância da intervenção do EEER nos ganhos em saúde para a pessoa dependente e dos seus cuidadores em contexto ECCI (domiciliário) e galvanizam a necessidade de acompanhamento destes utentes por EEER.

2 - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

A fase metodológica permite determinar os objetivos e natureza do estudo, a população e o tamanho da amostra, os meios necessários e, por último os métodos de colheita e tratamento de dados a utilizar no desenvolvimento da investigação, para a obtenção de respostas às questões de investigação e verificar as hipóteses formuladas. Salienta-se a importância das decisões efetuadas na fase metodológica, uma vez que, determina o desenrolar do estudo (Fortin et al., 2009).

2.1 – CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

O presente estudo incorpora um projeto da UICISA: E da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra denominado “Contributos para a definição de um modelo organizacional de cuidados às pessoas dependentes no autocuidado e seus cuidadores, em contexto domiciliário”, com uma linha de investigação ampla que se propõe estudar o fenómeno das “necessidades dos cuidados de saúde das pessoas dependentes em contexto domiciliário”, onde estão previstos mais dois estudos de mestrado e um de doutoramento.

Após elencado o enquadramento teórico que sustenta este estudo, considerou-se importante conceber a questão de investigação que permite identificar o tipo de estudo assim como as variáveis (Polit & Beck, 2018). Assim, formulou-se a seguinte questão de investigação: **Quais são as Necessidades de Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação, no domínio do autocuidado, das pessoas dependentes admitidas em ECCI do ACES baixo Mondego?**

Ao dar resposta à questão de investigação, este estudo estabelece como finalidades contribuir para o conhecimento da problemática da dependência no autocuidado em contexto domiciliário e contribuir para o conhecimento das NCEER, no domínio do autocuidado, das pessoas dependentes, e estabelece os seguintes objetivos:

- Caracterizar as pessoas dependentes admitidas em ECCI do ACES Baixo Mondego;
- Caracterizar as famílias que integram as pessoas dependentes, admitidas em ECCI do ACES Baixo Mondego;

- Caracterizar os cuidadores principais das pessoas dependentes, admitidas em ECCI do ACES Baixo Mondego;
- Descrever as Necessidades de Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação, no domínio do autocuidado, das pessoas dependentes admitidas em ECCI do ACES Baixo Mondego.

O tema de investigação, a problemática, a questão de investigação e os objetivos delineados, leva a optar-se por um estudo **observacional (não experimental), descritivo, quantitativo e transversal**. Este tipo de estudo permite colher dados sobre o fenómeno objeto da investigação sem intervenção do investigador, permite descrever e documentar as suas características, em que os dados são colhidos de uma forma sistemática, por instrumentos formais, traduzindo em informação numérica, frequências dos aspetos observados, que são passíveis de análise estatística descritiva e/ou inferencial e são colhidos num único momento (Polit & Beck, 2018).

2.2 – POPULAÇÃO E AMOSTRA

A caracterização das NCEER, no domínio do autocuidado, das pessoas dependentes em contexto domiciliário, aponta para que este estudo se desenrole no contexto natural da pessoa, ou seja no seu domicílio.

Assim, a população considerada para o presente estudo é composta por todas as pessoas dependentes admitidas em ECCI no ACES baixo Mondego.

A amostra para caracterizar as NCEER das pessoas dependentes em contexto domiciliário, corresponde a uma **amostra consecutiva** (Polit & Beck, 2018), constituída pelas pessoas dependentes no autocuidado admitidas em ECCI do ACES Baixo Mondego, que consentam de forma voluntária e informada participar no estudo proposto, durante o período de tempo até perfazer 159 casos, ou seja, até à obtenção do número igual de casos ao número de vagas das ECCI do ACES Baixo Mondego.

A colheita de dados decorreu no período compreendido entre o início de julho de 2019 e o final de fevereiro de 2020. Neste período apenas foi possível recolher dados relativos a 130 pessoas admitidas nas ECCI, não espelhando o total das vagas de ECCI do ACES Baixo Mondego, como planeado inicialmente, no total de 159 vagas. Apontam-se como aspetos justificadores desta diferença: o cronograma para a realização do presente estudo;

a taxa de ocupação média e a permanência média das pessoas admitidas em ECCI em 2019 que foide 78,5% e 149 dias, respetivamente (Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários [BICSP], 2020).

2.3 – METODOLOGIA DE COLHEITA DE DADOS

Para a consecução do presente estudo optou-se pela aplicação de um formulário com questões fechadas, em que a recolha de informação resultou de dois métodos: o “autorrelato” da pessoa dependente e/ou do seu cuidador principal e pela “observação direta” dos investigadores relativamente ao fenómeno em estudo (Polit & Beck, 2018, p. 250).

O formulário utilizado foi um formulário intitulado “Formulário de avaliação de necessidades de cuidados de saúde e sociais das pessoas dependentes no autocuidado a viver no domicílio e dos seus cuidadores no contexto de ECCI” (ANEXO I) que foi construído de raiz no âmbito do projeto da UICISA: E da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra: “Contributos para a definição de um modelo organizacional de cuidados às pessoas dependentes no autocuidado e seus cuidadores, em contexto domiciliário” que aborda a problemática das “necessidades dos cuidados de saúde das pessoas dependentes em contexto domiciliário”, onde este estudo está integrado. Este formulário é constituído por duas partes em que a primeira parte tem como objetivo a caracterização sociodemográfica das pessoas dependentes e do seu cuidador principal, para este efeito optou-se por integrar um conjunto de questões já utilizadas em estudos anteriores que tinham sido utilizadas para o mesmo efeito (Costa, 2013; Fernandes, 2014; Gonçalves, 2013; Maia, 2012; Petronilho, 2013; Rocha, 2015), sendo testadas e mostraram-se adequadas. A segunda parte do formulário foi elaborada com base nos diagnósticos e intervenções de enfermagem resultantes das análises das parametrizações nacionais do Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE) (Silva et al., 2014).

A organização do formulário estrutura-se em vários domínios: i) pessoa dependente enquanto sua caracterização sociodemográfica, caracterização da constituição da família e tipologia de cuidados para que foi referenciada; ii) cuidador principal, enquanto sua caracterização sociodemográfica; iii) atitudes terapêuticas enquanto caracterização das necessidades de cuidados inerentes; iv) processo neuromuscular; v) processo do sistema gastro intestinal; vi) processo do sistema urinário; vii) processo do sistema tegumentar;

viii) processo do sistema regulador e ix) autocuidado, enquanto caracterização do compromisso dos focos com integridade referencial a estes domínios e respetivas necessidades de cuidados ou seja, de intervenções.

A caracterização das necessidades de cuidados remete-se para a necessidade de intervenções com integridade referencial ao compromisso dos focos, tendo como clientes a pessoa dependente, o cuidador principal ou ambos, atendendo à frequência de implementação esperada, à frequência implementada e quem implementa as respetivas intervenções (Bento, 2020).

O formulário foi sujeito a pré-teste através de uma análise crítica pela equipa de investigação e por dois investigadores peritos na área, com o objetivo de realizar a análise e apreciação crítica quanto ao conteúdo e forma dos itens, a sua clareza, a sua compreensibilidade e adequação aos objetivos a que se propunha. Foram efetuadas as correções necessárias antes da sua utilização efetiva (Bento 2020).

Para a uniformização da recolha de dados com a aplicação do formulário por parte dos investigadores, foram elaborados dois documentos de apoio:

- Fluxograma de referenciação e aplicação do formulário (ANEXO II), com a finalidade de orientar os investigadores na aplicação do formulário respeitando o período ideal de colheita de dados até 72 horas após a admissão de utente em ECCI, sendo que, e após dificuldades sentidas por parte dos investigadores em cumprir este período, a equipa de investigação considerou o período de até 5 dias após a admissão de utente em ECCI, que foi cumprido e
- Apoio à decisão clínica na aplicação do formulário (ANEXO III), com a finalidade de uniformizar o preenchimento do formulário tendo em conta o relato dos utentes dependentes no autocuidado e seu cuidador principal, e a avaliação do investigador.

No que diz respeito ao preenchimento do formulário relativa à identificação dos focos comprometidos e das intervenções necessárias, o investigador fez a avaliação e procedeu ao registo do seu juízo diagnóstico (intervenção 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, bem como sobre a frequência com que as implementavam.

A recolha de dados decorreu de julho de 2019 a fevereiro de 2020, assegurada pelos elementos da equipa de investigação acompanhados pelo enfermeiro de ECCI gestor de caso, após consentimento informado das pessoas dependentes admitidas em ECCI ou dos seus tutores.

Procedeu-se à recolha de informação relativamente a todas as pessoas que aceitaram participar no estudo, sendo que 4 pessoas não aceitaram participar e duas desistiram durante o procedimento de colheita de dados. O tempo médio gasto na aplicação de cada formulário foi de cerca de 60 minutos.

Como já referenciado, o presente estudo incorpora-se no projeto da UICISA: E da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra: “Contributos para a definição de um modelo organizacional de cuidados às pessoas dependentes no autocuidado e seus cuidadores, em contexto domiciliário”, pelo que usufruiu da mesma colheita de dados, uma vez que a população, amostra e contexto temporal de colheita de dados foram os mesmos, assim como, usufruiu igualmente do mesmo parecer ético e de autorização para a colheita de dados. Pese embora que os dados utilizados para o presente estudo restringem-se apenas aos dados relativos à pessoa dependente, família e cuidador principal no que diz respeito às suas variáveis de atributo. Relativamente às variáveis centrais desta investigação, as NCEER remetem-se para a necessidade de Intervenções Específicas de Enfermagem de Reabilitação (IEER) com integridade referencial ao compromisso dos autocuidados tendo como cliente exclusivamente a pessoa dependente.

2.4 – VARIÁVEIS

Nos estudos de natureza quantitativos, os conceitos são geralmente variáveis. As variáveis são os blocos centrais da construção dos estudos quantitativos” (Polit & Beck, 2018, p.88). Neste estudo procura-se descrever como se comportam as variáveis das pessoas dependentes em contexto domiciliário. Para Fortin et al. (2009) as variáveis inerentes à população alvo podem dividir-se em 2 grupos: as variáveis de atributo e as variáveis de investigação.

2.4.1 – Variáveis de Atributo

As variáveis de atributo neste estudo reportam-se à pessoa dependente, seu cuidador principal e família em contexto domiciliário.

Pessoa dependente

A pessoa com dependência é definida pela RNCCI como a pessoa que “não consegue, por si só, realizar as atividades da vida diária” (Decreto-Lei n.º 101, 2006, p. 3857), assim, a pessoa dependente no autocuidado pode ser definida com a pessoa que por si só é incapaz de conseguir satisfazer as suas necessidades de autocuidado, estando dependente de terceiros ou de equipamento para vir a suprir essas mesmas necessidades.

As variáveis de atributo em relação à pessoa dependente estão enunciadas na tabela 1 quanto ao tipo e valor que podem usufruir.

Tabela 1 – Operacionalização das variáveis de atributo da pessoa dependente.

Variável	Tipo	Valor
Idade	Quantitativa	• Anos completos
Sexo	Qualitativa nominal dicotómica	• Feminino • Masculino
Nacionalidade	Qualitativa nominal dicotómica	• Portuguesa • Não Portuguesa
Estado civil	Qualitativa nominal	• Casado/União de Facto • Solteiro • Viúvo • Divorciado
Nível de escolaridade	Qualitativa ordinal	• Nenhum • Ensino Básico – 1º ciclo (4 anos) • Ensino Básico – 2º ciclo (6 anos) • Ensino Básico – 3º ciclo (9 anos) • Ensino secundário (11 ou 12 anos) • Ensino superior
Profissão	Qualitativa nominal	• Membros das forças armadas • Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresas • 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 pesca • Operários, artífices e trabalhadores similares • Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores de montagem • Trabalhadores não qualificados • Doméstico • Desempregado • Pensionista/ Reformado • Estudante • Outra
Compromisso no Autocuidado (virar-se; transferir-se; sentar-se; cuidar da higiene pessoal;	Qualitativa nominal dicotómica	• Sim • Não

vestir ou despir-se; andar; alimentar-se e autogestão do regime medicamentoso).		
Situação que originou a dependência (Envelhecimento; Acidente; Doença aguda; Doença Crónica; Outra)	Qualitativa nominal dicotómica	• Sim • Não
Modo de instalação da Dependência	Qualitativa nominal dicotómica	• Súbita • Gradual
Tempo de dependência	Quantitativa	• Número de meses
Consumo de medicamentos	Qualitativa nominal dicotómica	• Sim • Não
Variedade de fármacos	Quantitativa	• Número absoluto de fármacos diferentes
Fármacos nas tomas /dia	Quantitativa	• Número absoluto de fármacos
Internamentos no último ano	Quantitativa	• Nenhum • Um • Dois • Três • Mais de três (especificar)
Episódio de recurso ao SU, no último ano	Quantitativa	• Nenhum • Um • Dois • Três • Mais de três (especificar)
Tipologia de referência	Qualitativa nominal	• Cuidados de reabilitação • Cuidados de enfermagem • Cuidados de fisioterapia • Acompanhamento psicológico • Cuidados paliativos

Relativamente à variável Compromisso no Autocuidado, atendendo que, a dependência no autocuidado enquanto juízo negativo deriva do status comprometido (ICN, 2021) e é vista como um compromisso no desempenho da ação de autocuidado, portanto, visto como “um estado julgado como negativo, alterado, comprometido ou ineficaz”, ou seja comprometido (ICN, 2016, p. 93). A pessoa dependente no autocuidado não é capaz de realizar as ações de autocuidado dependendo de ajuda de pessoas ou de equipamento adaptativo, sendo que não o usa com mestria por forma a satisfazer a suas necessidades de autocuidado. Assim a dependência no autocuidado pode ser vista como compromisso no autocuidado (Gonçalves, 2013).

Para a atribuição do juízo “comprometido” ao respetivo autocuidado, procedeu-se à operacionalização dos qualificadores para o seu suporte (ANEXO IV), sendo que é condição suficiente que no mínimo 1 dos qualificadores assuma o valor “sim” para que o juízo comprometido seja atribuído ao respetivo autocuidado, gozando da

operacionalização da variável compromisso no autocuidado conforme exposto na tabela 1.

Famílias que integram a pessoa dependente

A família pode definir-se como um conjunto composto por pessoas ligadas entre si que têm relações de parentesco (de direito ou de facto); relações afetivas ou legais e que residem no mesmo alojamento. Podem ser famílias apenas de uma pessoa. (ICN, 2016, INE, 2021).

Neste estudo foram consideradas as famílias, conjunto de pessoas, que residiam no mesmo alojamento e que integravam a pessoa dependente.

Tabela 2 – Operacionalização das variáveis de atributo das famílias que integram a pessoa dependente

Variável	Tipo	Valor
Constituição da família	Qualitativa nominal	• 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	Qualitativa nominal	• Fazer compras • Arranjar a casa • Armazenamento dos alimentos • Preparação dos alimentos • Acompanhar membro da família a serviço de saúde

Cuidador Principal

Considera-se o cuidador principal como uma pessoa próxima da pessoa dependente “que assiste na identificação, prevenção ou tratamento da doença ou incapacidade; (...) que atende à necessidade de um dependente” (ICN, 2016, p. 143), ou seja a pessoa principal responsável pelos cuidados necessários à pessoa dependente e que os implementa.

As variáveis de atributo em relação ao cuidador principal estão enunciadas na tabela 3 quanto ao tipo e valor que podem usufruir.

Tabela 3– Operacionalização das variáveis de atributo do cuidador principal.

Variável	Tipo	Valor
Idade	Quantitativa	• Anos completos
Sexo	Qualitativa nominal dicotómica	• Feminino • Masculino
Nacionalidade	Qualitativa nominal dicotómica	• Portuguesa • Não Portuguesa
Estado civil	Qualitativa nominal	• Casado/União de Facto • Solteiro • Viúvo • Divorciado
Nível de escolaridade	Qualitativa ordinal	• Nenhum • Ensino Básico – 1º ciclo (4 anos) • Ensino Básico – 2º ciclo (6 anos) • Ensino Básico – 3º ciclo (9 anos) • Ensino secundário (11 ou 12 anos) • Ensino superior
Profissão	Qualitativa nominal	• Membros das forças armadas • Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresas • 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 pesca • Operários, artífices e trabalhadores similares • Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores de montagem • Trabalhadores não qualificados • Doméstico • Desempregado • Pensionista/ Reformado • Estudante • Outra
Grau de parentesco	Qualitativa nominal	• Pai • Mãe • Filha • Filho • Cônjuge • Outro
Características do cuidador principal dificultadoras do exercício do papel	Qualitativa nominal	• 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

2.4.2 – Variáveis Centrais da Investigação

A caracterização das NCEER remete-se para a necessidade de IEER com integridade referencial ao compromisso dos autocuidados tendo como cliente a pessoa dependente, atendendo à frequência de implementação esperada e a frequência implementada.

Assim a dependência, mais concretamente o “compromisso no autocuidado” e “as NCEER, no domínio do autocuidado” assumem-se como as variáveis centrais neste estudo.

Compromisso no autocuidado

A variável “compromisso no autocuidado” para além de variável de atributo da pessoa dependente, assume-se igualmente como variável central neste estudo, uma vez que se pretende descrever a condição de saúde, no domínio do autocuidado, das pessoas dependentes em contexto domiciliário, e consequentemente elencar as necessidades de cuidados especializados em enfermagem de reabilitação para o mesmo domínio. O “compromisso no autocuidado” operacionaliza-se conforme o exposto na tabela 1.

Necessidades de Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação no domínio do autocuidado

Os cuidados específicos de enfermagem de reabilitação são definidos como:

“uma área especializada que compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que tem por foco de atenção a manutenção e promoção do bem-estar e a qualidade de vida restaurando a funcionalidade quanto possível, promovendo o autocuidado, prevenindo complicações e maximizando capacidades” (OE, 2018, p. 7).

As IEER, estão listadas no Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade em Enfermagem de Reabilitação, em particular, as com integridade referencial ao domínio do autocuidado (OE, 2015b).

Neste estudo, as IEER, que traduzem as NCEER, no domínio do autocuidado, resultam da correspondência do mapeamento efetuado das intervenções no domínio do autocuidado do formulário utilizado para a colheita de dados, com as Intervenções do

Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (ANEXO V).

Neste mapeamento, são sugeridas intervenções que, embora não apresentem correspondência com o Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, com base na sua intencionalidade terapêutica, entendem-se que correspondam ao campo específico de intervenção do EEER, que são as seguintes:

- *“Providenciar os dispositivos aconselhados”* – justificada pelo reconhecimento que o EEER advoga, aconselha e “prescreve produtos de apoio” (OE, 2018, p.7), e é elemento integrante da equipa multidisciplinar para prescrever produtos de apoio (Despacho n.º 7197, 2016), assim como se assume como um elemento facilitador no acesso aos mesmos, desencadeando o Sistema de Atribuição de Produtos de Apoio (SAPA) (Instituto Nacional para a Reabilitação [INR], 2020). Por outro lado, advoga e aconselha um conjunto de equipamentos necessários e sistematizados por tipo de autocuidado (Costa, 2013; Fernandes, 2014; Gonçalves, 2013; Petronilho, 2013; Rocha, 2015),
- *“Ensinar sobre prevenção de complicações na articulação da anca”* – justificada pelo reconhecimento que o EEER intervém na capacitação da pessoa dependente e seu cuidador, vítimas de doença súbita ou crónica, no sentido de prevenir complicações (OE, 2018), em particular com afeções do foro ortopédico, sendo estas pessoas beneficiários por excelência dos cuidados específicos de enfermagem de reabilitação;
- *“Ensinar sobre prevenção de quedas”* – justificada pelo reconhecimento que o EEER intervém na capacitação da pessoa dependente e seu cuidador no sentido da prevenção de complicações (OE, 2018) e ainda na intervenção sobre os fatores de risco para queda como: ausência/insuficiência de material antiderrapante; mobilidade comprometida, incluindo a marcha; diminuição da força nos membros inferiores; equilíbrio comprometido e uso de dispositivos auxiliares (Herdman & Kamitsuru, 2018);
- *“Ensinar sobre acesso a dispositivos”* (andar comprometido) – justificada pelo reconhecimento que o EEER “prescreve produtos de apoio” (OE, 2018, p.6), e é elemento constituinte da equipa multidisciplinar para prescrever produtos de apoio (Despacho n.º 7197; 2016), assim como intervém na “educação dos clientes

e pessoas significativas” (OE, 2018, p. 6), ensinando-lhes qual o dispositivo que melhor se adequa à condição de saúde relativa ao andar;

- “*Treinar a tomar banho*” e “*Treinar a alimentar*” - justificada pelo reconhecimento que o EEER intervém na capacitação das pessoas no sentido da promoção do autocuidado (OE, 2018), em que a instrução/ treino e apreensão de estratégias adaptativas para a promoção da autonomia no autocuidado são áreas de intervenção do EEER.

As intervenções relativas à Autogestão do Regime Medicamentoso, não encontram correspondência com as intervenções do Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Apesar de existirem intervenções no âmbito da Autogestão do Regime Medicamentoso da responsabilidade do EEER, como são exemplo nos regimes medicamentosos afetos aos processos neuromuscular, cardiorrespiratório, entre outros, o instrumento de colheita de dados não permite este tipo de especificidade dos dados, pelo que se decidiu que estas intervenções não integram a variável NCEER, no domínio do autocuidado.

Assim no quadro 2 constam as IEER que, para o presente estudo, traduzem as NCEER, no domínio do autocuidado, das pessoas dependentes em contexto domiciliário.

Quadro 2 - Intervenções específicas de enfermagem de reabilitação

Intervenções específicas de Enfermagem de Reabilitação		
<u>Virar-se</u> • Treinar o virar • Treinar o virar usando dispositivo • Ensinar sobre acesso a dispositivos • Ensinar sobre prevenção de complicações na articulação da anca enquanto deitado • Providenciar os dispositivos aconselhados <u>Transferir-se</u> • Treinar a transferir • Treinar a transferir através de dispositivo • Ensinar sobre acesso a dispositivos • Treinar para prevenção de complicações na articulação da anca durante o transferir-se • Ensinar sobre prevenção de quedas	• Providenciar os dispositivos aconselhados <u>Cuidar da higiene pessoal</u> • Treinar a tomar banho • Treinar a tomar banho usando dispositivo • Ensinar sobre acesso a dispositivos • Treinar uso do sanitário • Providenciar os dispositivos aconselhados <u>Vestir-se ou despir-se</u> • Treinar a vestir ou despir • Treinar a vestir ou despir usando dispositivo • Ensinar sobre acesso a dispositivos • Providenciar os dispositivos aconselhados <u>Sentar-se</u> • Ensinar sobre prevenção de complicações na articulação da anca durante o sentar-se	<u>Andar</u> • Treinar o andar • Treinar o andar com auxiliar de marcha • Treinar a usar cadeira de rodas • Ensinar sobre adaptação do domicílio para usar cadeira de rodas • Ensinar sobre acesso a dispositivos • Ensinar sobre prevenção de quedas • Providenciar os dispositivos aconselhados <u>Alimentar-se</u> • Treinar a alimentar • Treinar a alimentar usando dispositivo • Ensinar sobre acesso a dispositivos • Providenciar os dispositivos aconselhados

A operacionalização das variáveis relativas às NCEER, no domínio do autocuidado, goza do exposto na tabela 4.

No que diz respeito à variável “frequência esperada” refere-se à frequência de implementação indicada da IEER, tendo por base o juízo clínico do enfermeiro investigador e a condição clínica do utente.

Tabela 4 – Operacionalização das variáveis relativas às Necessidades de Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação, no domínio do autocuidado.

Variável	Tipo	Valor
Intervenção (a implementar) (intervensões com integridade referencial ao autocuidado comprometido e integrantes no quadro 2)	Qualitativa dicotómica	nominal • Sim • Não
Beneficiário	Qualitativa nominal	• Doente • Cuidador^B • Ambos
Frequência esperada	Numérica	• Número absoluto por dia • Número absoluto por semana • Número absoluto por mês
Frequência implementada	Numérica	• Número absoluto por dia • Número absoluto por semana • Número absoluto por mês

Nota. ^B Valor sem significado para o estudo proposto uma vez que o estudo se centra na pessoa dependente no autocuidado, ou seja, no valor “doente”, representado pelo mesmo valor e pelo valor “ambos”.

2.5 – METODOLOGIA DE ANÁLISE DE DADOS

O presente estudo assume-se como um estudo observacional, descritivo, de natureza quantitativa e transversal, que apela a uma análise estatística descritiva dos dados obtidos.

Após a colheita de dados, estes foram transpostos para uma matriz de frequência de valores observados por variável, seguidamente esta matriz foi sujeita a análise estatística descritiva de acordo com a natureza das variáveis e os objetivos do estudo. Recorreu-se às aplicações informática SPSS® e Microsoft Excel® para proceder ao tratamento e apresentação dos dados.

2.6 – CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A investigação em enfermagem é uma “atividade humana de grande responsabilidade ética pelas características que lhe são inerentes. Sempre associada à procura da verdade, exige rigor, isenção, persistência e humildade” (Martins, 2008, p.62). Obedece a estas

exigências e requisitos, e também aos princípios éticos gerais, uma vez que se situa nas ciências humanas sendo que o bem-estar, os direitos e integridade das pessoas sujeitas ao estudo, são preocupações acrescidas por parte dos enfermeiros investigadores (Nunes, 2013).

Neste estudo, relativamente aos utentes dependentes no autocuidado e seus cuidadores, respeitaram-se os seguintes princípios éticos: o princípio da não maleficência; o princípio da fidelidade; o princípio da veracidade; o princípio da justiça e o princípio da confidencialidade (Nunes, 2013; OE, 2015c).

Para garantir os princípios éticos e direitos acima mencionados, elaborou-se um pedido de parecer à comissão de ética (ANEXO VI), pedido de autorização ao conselho de administração da ARS Centro (ANEXO VII), que obtiveram aprovação necessária para prosseguir com o presente estudo e elaborou-se uma declaração de consentimento informado (ANEXO VIII) por forma a obter um consentimento formal da participação livre, voluntária e esclarecida dos participantes.

3 – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo faz-se a apresentação dos resultados deste estudo tendo como referência os objetivos a que se propõe. Os resultados serão apresentados em tabelas, gráficos e dados descritivos.

3.1 – CARACTERIZAÇÃO DA PESSOA DEPENDENTE

No que diz respeito à caracterização biográfica das pessoas dependentes, verifica-se através da tabela 5, que a maioria (51,5%) era do “sexo masculino” (N=67), as suas idades variavam entre 28 e 97 anos, com valor médio 77,3 anos, e eram em larga maioria (99,2%).de nacionalidade “Portuguesa” (N=129). Relativamente ao estado civil, eram maioritariamente (70%) “casadas ou viviam em união de facto” (N=91), seguidas as que eram “viúvas” com 20% (N=26).

Tabela 5 – Características biográficas da pessoa dependente

Pessoa Dependente					N	%
Idade (anos completos)	N = 130	X _{min} = 28	X _{máx} = 97	$\bar{X} = 77,3$	s = 12,923	
Sexo	• Feminino				63	48,5
	• Masculino				67	51,5
	• Total				130	100
Nacionalidade	• Portuguesa				129	99,2
	• Não portuguesa				1	0,8
	• Total				130	100
Estado civil	• Casado/União de Facto				91	70,0
	• Solteiro				10	7,7
	• Viúvo				26	20,0
	• Divorciado				3	2,3
	• Total				130	100

Relativamente à caracterização socioeconómica das pessoas dependentes (tabela 6), observa-se que a maioria (86,9%) era “pensionista/reformado” (N=113), seguido as “doméstico/desempregado”; “agricultores” e “outras profissões” com 1,5% (N=2). Enquanto à escolaridade a grande maioria (61,5%) tinham o “ensino básico – primeiro ciclo (4 anos)” (N=80), sendo que 15,4% apresentam “nenhuma escolaridade” (N=20) e 6,9% detinha o “ensino superior” como escolaridade (N=9).

Tabela 6 – Características socioeconómicas da pessoa dependente

Pessoa Dependente		N	%
Nível de escolaridade	• Nenhum	20	15,4
	• Ensino Básico – 1º ciclo (4 anos)	80	61,5
	• Ensino Básico – 2º ciclo (6 anos)	4	3,1
	• Ensino Básico – 3º ciclo (9 anos)	12	9,2
	• Ensino secundário (11 ou 12 anos)	5	3,8
	• Ensino superior	9	6,9
	• Total	130	100
Profissão	• Especialistas das profissões intelectuais e científicas	1	0,8
	• Técnicos e profissionais de nível intermédio	1	0,8
	• Pessoal dos serviços e vendedores	1	0,8
	• Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pesca	2	1,5
	• Operários, artífices e trabalhadores similares	1	0,8
	• Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores de montagem	1	0,8
	• Trabalhadores não qualificados	5	3,8
	• Doméstico/ Desempregado	2	1,5
	• Pensionista/ Reformado	113	86,9
	• Estudante	1	0,8
	• Outra	2	1,5
	• Total	130	100

Quanto à condição de saúde das pessoas dependentes, analisando a tabela 7, constata-se que relativamente ao compromisso no autocuidado, a maioria (96,2%) apresentava “compromisso no andar” (N=125), seguido com 91,5% o “compromisso no cuidar da higiene pessoal” (N=119) e do “compromisso no vestir e despir-se” com 82,3% (N=107). Mais de metade das pessoas dependentes apresentavam compromisso em todos os autocuidados avaliados, com exceção do “compromisso no alimentar-se” que representa 34,6% (N=45). Para a maioria (55,4%), a dependência foi originada por “doença crónica” (N=72) seguida por “envelhecimento” com 43,1% (N=56) e maioritariamente (54,6%), de “instalação gradual” (N=71). O tempo de dependência situou-se entre 1 e 302 meses, apresentando tempo médio 30,46 meses. A grande maioria das pessoas dependentes (92,2%) consomem medicamentos (N=129) sendo que em média consomem 7,34 fármacos distintos (com uma variação de número de fármacos distintos consumidos entre 0 e 22) com um número médio de tomas de medicamentos diárias de 10,04 tomas, que nalguns casos pode ir até às 32 tomas de medicamentos diários. No último ano, as pessoas dependentes recorreram em média 1,7 vezes ao serviço de urgência (com variação entre 0 e 15 idas à urgência) e em média ficaram internados no hospital 0,96 vezes (com variação entre 0 e 8 internamentos).

Tabela 7 – Condição de saúde da pessoa dependente

Pessoa Dependente		N	%
Compromisso no Autocuidado:	• Virar-se	85	65,4
	• Transferir-se	93	71,5
	• Sentar-se	71	54,6
	• Cuidar da higiene pessoal	119	91,5
	• Vestir-se ou despir-se	107	82,3
	• Andar	125	96,2
	• Alimentar-se	45	34,6
	• Autogestão do regime medicamentoso	101	77,7
Situação que originou a Dependência	• Envelhecimento	56	43,1
	• Acidente	31	23,8
	• Doença aguda	37	28,5
	• Doença crónica	72	55,4
Modo de instalação da Dependência	• Súbita	59	45,4
	• Gradual	71	54,6
	• Total	130	100
Tempo de dependência (meses)		N = 130 $X_{\min} = 1$ $X_{\max} = 302$ $\bar{X} = 30,46$ $s = 44,499$	
Consumo de medicamentos	Sim	129	92,2
	Não	1	0,8
	• Total	130	100
Variedade de fármacos (Número absoluto de fármacos diferentes)		N = 130 $X_{\min} = 0$ $X_{\max} = 22$ $\bar{X} = 7,34$ $s = 4,068$	
Fármacos nas tomas /dia: (Número absoluto de fármacos)		N = 130 $X_{\min} = 0$ $X_{\max} = 32$ $\bar{X} = 10,04$ $s = 6,048$	
Internamentos no último ano:		N = 130 $X_{\min} = 0$ $X_{\max} = 8$ $\bar{X} = 0,96$ $s = 1,067$	
Episódio de recurso ao SU, no último ano:		N = 130 $X_{\min} = 0$ $X_{\max} = 15$ $\bar{X} = 1,72$ $s = 1,884$	

Relativamente à tipologia de referência das pessoas dependentes para ECCI (tabela 8), observa-se que a maioria (66,9%) foi referenciada para “cuidados de reabilitação” (N=87) seguido para cuidados de enfermagem com 34,6% (N=45).

Tabela 8 – Tipologia de referenciação para ECCI da pessoa dependente

Pessoa Dependente		N	%
Tipologia de referência:	• Cuidados de reabilitação	87	66,9
	• Cuidados de enfermagem	45	34,6
	• Acompanhamento psicológico	2	1,5
	• Cuidados paliativos	2	1,5

3.2 – CARACTERIZAÇÃO DA FAMÍLIA QUE INTEGRA A PESSOA DEPENDENTE

Quanto à caracterização das famílias que integram as pessoas dependentes (tabela 9), constata-se que na sua constituição familiar são maioritariamente (47,7%) “família é

constituída apenas pelo casal” (N=62), seguidamente a “família é constituída por figura parental única; mãe, pai ou outro cuidador e presença de uma ou mais crianças ou outros dependentes” com 25,4% (N=33). Relativamente à incapacidade para assegurar as atividades instrumentais de vida diária, verificou-se que a família não assegurava maioritariamente o “arranjo da casa” e a “preparação dos alimentos”, ambos com 24,6% (N=32), seguida da “incapacidade para acompanhar um membro da família ao serviço de saúde” com 23,8% (N=31).

Tabela 9 – Características da família

Família que integra a pessoa dependente		N	%
Constituição da família	• 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
	• Família constituída por figura parental única; mãe, pai ou outro cuidador e presença de uma ou mais crianças ou outros dependentes	33	25,4
	• Total	130	100
A Família não assegura	• Fazer compras	28	21,5
	• Arranjar a casa	32	24,6
	• Armazenamento dos alimentos	19	14,6
	• Preparação dos alimentos	32	24,6
	• Acompanhar membro da família a serviço de saúde	31	23,8

3.3 – CARACTERIZAÇÃO DO CUIDADOR PRINCIPAL

Quanto à existência de um cuidador principal no seio familiar, constata-se que 6,2% das pessoas dependentes não tinham cuidador (n=8), situação à partida não esperada, uma vez que a referenciação para cuidados nas ECCI pressupõe rede de suporte social (Decreto-Lei n.º 101, 2006), portanto um cuidador informal.

No que diz respeito à caracterização biográfica dos cuidadores principais, perante a tabela 10, pode verificar-se que a maioria (99,2%) eram de nacionalidade portuguesa (N=121), eram maioritariamente (80,3%) do sexo feminino (N=98), com uma idade média de 67.23 anos, variando entre 35 e 86 anos e maioritariamente (79,5%) eram “casado/união de facto” (N=97).

Tabela 10 – Características biográficas do cuidador principal

Cuidador principal					N	%
Idade (anos completos)	N = 122 ^c	X _{min} = 35	X _{máx} = 86	$\bar{X}$ = 67,23	s = 11,588	
Sexo	• Feminino				98	80,3
	• Masculino				24	19,7
	• Total				122 ^c	100
Nacionalidade	• Portuguesa				121	99,2
	• Não portuguesa				1	0,8
	• Total				122 ^c	100
Estado civil	• Casado/União de Facto				97	79,5
	• Solteiro				7	5,7
	• Viúvo				8	6,6
	• Divorciado				10	8,2
	• Total				122 ^c	100

Nota. ^c existiram 8 pessoas dependentes sem cuidador principal identificado

Relativamente à caracterização socioeconómica dos cuidadores principais, com base na tabela 11, profissionalmente, a maioria (52,5%) eram “pensionista/reformado” (N=64) seguido com 22,1% das pessoas “doméstico/desempregado” (N=27). Quanto à escolaridade a maioria (56,6%) detinha o “ensino básico – primeiro ciclo (4 anos)” (N=69) seguido com 11,5% com ensino básico – terceiro ciclo (9 anos) (N=14) e que 18% detinha o “ensino secundário ou superior” (N=22).

Tabela 11 – Características socioeconómicas do cuidador principal

Cuidador principal		N	%
Nível de escolaridade	• Nenhum	7	5,7
	• Ensino Básico – 1º ciclo (4 anos)	69	56,6
	• Ensino Básico – 2º ciclo (6 anos)	10	8,2
	• Ensino Básico – 3º ciclo (9 anos)	14	11,5
	• Ensino secundário (11 ou 12 anos)	11	9,0
	• Ensino superior	11	9,0
	• Total	122 ^c	100
Profissão	• Especialistas das profissões intelectuais e científicas	6	4,9
	• Técnicos e profissionais de nível intermédio	4	3,3
	• Pessoal dos serviços e vendedores	2	1,6
	• Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pesca	1	0,8
	• Membros das forças armadas	1	0,8
	• Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa	1	0,8
	• Trabalhadores não qualificados	12	9,8
	• Doméstico/ Desempregado	27	22,1
	• Pensionista/ Reformado	64	52,5
	• Pessoal administrativo e similares	3	2,5
	• Outra	1	0,8
	• Total	122 ^c	100

Nota. ^c existiram 8 pessoas dependentes sem cuidador principal identificado

Relativamente ao grau de parentesco do cuidador principal com a pessoa dependente, atendendo à tabela 12, a maioria (50,8%) eram “cônjuges” (N=62), seguido de “filha” com 21,3% (N=26).

Tabela 12 – Grau de parentesco do cuidador principal

Cuidador principal		N	%
Grau de parentesco	• Mãe	9	7,4
	• Filha	26	21,3
	• Filho	8	6,6
	• Cônjuge	62	50,8
	• Outro	17	13,9
	• Total	122 ^c	100

Nota. ^c existiram 8 pessoas dependentes sem cuidador principal identificado

Enquanto às características do cuidador principal dificultadoras do exercício do papel, com base na tabela 13, verifica-se que a maioria das características dificultadoras observadas tem que ver com a “dificuldade física para assistir no autocuidado”, onde se destacam a dificuldade na “capacidade física para dar banho” à pessoa dependente com 41,5% (N=54) e a dificuldade na “capacidade física para transferir” a pessoa dependente com 40% (N=52). Verifica-se ainda que 3,9% dos cuidadores principais apresentam dificuldade em “adquirir nova informação” (N=5) e 15,4% apresentam dificuldades na “capacidade na gestão do regime medicamentoso” dos seus dependentes (N=20).

Tabela 13 – Características do cuidador principal dificultadoras do exercício do papel

Cuidador principal		N	%
Características do cuidador principal dificultadoras do exercício do papel:	• Capacidade física para posicionar	36	27,7
	• Capacidade física para assistir no erguer-se	38	29,2
	• Capacidade física para transferir	52	40,0
	• Capacidade física para assistir no andar	17	13,1
	• Capacidade física para deslocar cliente em cadeira de rodas	5	3,9
	• Capacidade física para alimentar	6	4,6
	• Capacidade física para dar banho	54	41,5
	• Capacidade física para vestir/despir	35	26,9
	• Adquirir nova informação	5	3,9
	• Capacidade na gestão do regime medicamentoso	20	15,4

3.4 – CARACTERIZAÇÃO DAS NECESSIDADES DE CUIDADOS ESPECIALIZADOS EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NO DOMÍNIO DO AUTOCUIDADO

Seguidamente apresentam-se os resultados relativos às NCEER das pessoas dependentes admitidas nas ECCI do ACES Baixo Mondego, por autocuidado comprometido.

3.4.1 - Necessidades de Cuidados Especializados de Enfermagem de Reabilitação: Virar-se comprometido

Relativamente às NCEER das pessoas dependentes com compromisso no virar-se, da análise dos dados da tabela 14, verifica-se que 65,4% (N=85) apresentavam compromisso neste autocuidado e, quanto às necessidades de IEER, esta varia entre os 7,1% (N=6) que necessitavam de “ensinar sobre prevenção de complicações na articulação da anca enquanto deitado” e os 40,0% (N=34) que necessitavam de “providenciar os dispositivos aconselhados”. Verifica-se que as necessidades de IEER mais representativas das pessoas com compromisso no virar-se foram “providenciar os dispositivos aconselhados” e “treinar o virar” com 40% (N=34) e 32,9% (N=28), respetivamente.

Tabela 14 – Necessidades de Cuidados Especializados de Enfermagem de Reabilitação: Virar-se comprometido.

Necessidades de Cuidados Especializados de Enfermagem de Reabilitação		N	%
• Virar-se comprometido	Sim	85	65,4
	Não	45	34,6
	• Total	130	100,0
• Ensinar sobre prevenção de complicações na articulação da anca enquanto deitado		6	7,1
• Treinar o virar		28	32,9
• Treinar o virar usando dispositivo		18	21,2
• Ensinar sobre acesso a dispositivos		17	20,0
• Providenciar os dispositivos aconselhados		34	40,0

Quanto à frequência esperada de implementação e à frequência implementada das IEER às pessoas com virar-se comprometido (ANEXO IX), verifica-se que:

- Para a intervenção “ensinar sobre prevenção de complicações na articulação da anca enquanto deitado”, numa amostra de 6 pessoas que necessitavam desta IEER, a frequência esperada varia entre “1 vez por semana” com 16,7% (N=1) e “3 vezes por semana” com 50% (N=3), sendo “3 vezes por semana” a frequência esperada mais representativa com 50% da amostra (N=3). Por outro lado, quanto à frequência implementada, esta varia entre “zero vezes (nunca implementada)” com 16,7% (N=1) e “3 vezes por semana” com 33,3% (N=2), sendo “2 vezes por semana” a frequência implementada mais representativa com 50% da amostra (N=3);
- Para a intervenção “treinar o virar”, numa amostra de 28 pessoas que necessitavam desta IEER, a frequência esperada varia entre “2 vezes por semana” e “5 vezes

por semana”, ambas com 7,1% (N=2), sendo “3 vezes por semana” a frequência esperada mais representativa com 60% da amostra (N=17). No que diz respeito à frequência implementada, esta varia entre “zero vezes (nunca implementada)” com 28,6% (N=8) e “4 vezes por semana” com 3,6% (N=1), sendo “2 vezes por semana” a frequência implementada mais representativa com 42,9% da amostra (N=12);

- Para a intervenção “treinar o virar usando dispositivo”, numa amostra de 18 pessoas que necessitavam desta IEER, a frequência esperada varia entre “2 vezes por semana” com 11,1% (N=2) e “7 vezes por semana” com 5,6% (N=1), sendo “3 vezes por semana” a frequência esperada mais representativa com 55,6% da amostra (N=10). Por outro lado, no que diz respeito à frequência implementada, esta varia entre “zero vezes (nunca implementada)” com 50,0% (N=9) e “3 vezes por semana” com 22,2% (N=4), sendo “zero vezes (nunca implementada)” a frequência implementada mais representativa com 50% da amostra (N=9), seguida de “2 vezes por semana” com 27,8% da amostra (N=5);
- Para a intervenção “ensinar sobre acesso a dispositivos”, numa amostra de 17 pessoas que necessitavam desta IEER, a frequência esperada varia entre “1 vez por semana” com 11,8% (N=2) e “2 vezes por semana” com 88,2% (N=15), sendo “2 vezes por semana” a frequência esperada mais representativa com 88,2% da amostra (N=15). No que diz respeito à “frequência implementada”, esta varia entre “zero vezes (nunca implementada)” com 23,5% (N=4) e “2 vezes por semana” com 70,6% (N=12), sendo “2 vezes por semana” a frequência implementada mais representativa com 70,6% da amostra (N=12) e;
- Para a intervenção “providenciar os dispositivos aconselhados”, numa amostra de 34 pessoas que necessitavam desta IEER, a frequência esperada é de apenas “uma vez”, representando 100% da amostra (N=34). Por outro lado, no que diz respeito à frequência implementada, esta varia entre “zero vezes (nunca implementada)” com 85,3% (N=29) e “uma vez” com 14,7% (N=5), sendo “zero vezes (nunca implementada)” a frequência implementada mais representativa com 85,3% da amostra (N=29), seguida de “1 vez por semana” com 14,7% da amostra (N=5).

Verifica-se que em todas as IEER no âmbito do virar-se comprometido, a frequência esperada mais representativa é superior à mesma frequência na condição de implementada (ANEXO IX). Observa-se que em todas as IEER identificadas como

necessárias, assumem “zero vezes (nunca implementada)” como frequência implementada, sendo as intervenções “providenciar os dispositivos aconselhados” com 85,3% (N=29) e “treinar o virar usando dispositivo” com 50% (N=9) as mais representativas das respectivas amostras.

No que diz respeito à proporção de implementação das IEER face ao esperado, que se refere a relação entre a frequência implementada de cada intervenção face à frequência que se espera que fosse implementada de acordo com o juízo clínico dos enfermeiros investigadores, para as pessoas com virar-se comprometido (tabela 15), observa-se que na sua globalidade apresenta uma proporção média do implementado face ao esperado de 50,26%, assumindo uma distribuição decrescente por intervenção: “ensinar sobre acesso a dispositivos” (76,47%); “ensinar sobre prevenção de complicações na articulação da anca enquanto deitado” (71,43%); “treinar o virar” (52,38%); “treinar o virar usando dispositivo” (36,31%) e “providenciar dispositivos aconselhados” (14,71%) da amostra.

Tabela 15 – Proporção da implementação das Intervenções Específicas de Enfermagem de Reabilitação face ao esperado: Virar-se comprometido.

Intervenção específica de enfermagem de reabilitação	N	X _{min}	X _{máx}	$\bar{X}$	s
• Ensinar sobre prevenção de complicações na articulação da anca enquanto deitado	6	0	100	71,43	45,175
• Treinar o virar	28	0	100	52,38	37,632
• Treinar o virar usando dispositivo	18	0	100	36,31	40,976
• Ensinar sobre acesso a dispositivo	17	0	100	76,47	43,724
• Providenciar os dispositivos aconselhados	34	0	100	14,71	35,494
• Proporção média global (implementado/esperado)				50,26	

3.4.2 - Necessidades de Cuidados Especializados de Enfermagem de Reabilitação: Transferir-se comprometido

Enquanto às NCEER das pessoas dependentes com compromisso no transferir-se, com base na tabela 16 observa-se que 71,5% apresentavam compromisso neste autocuidado (N=93) e, relativamente às necessidades de IEER, estas variam entre os 6,5% que necessitavam de “treinar para prevenção de complicações na articulação da anca durante o transferir-se” (N=6) e os 36,6% que necessitavam de “providenciar os dispositivos aconselhados” (N=34). Verifica-se que as necessidades de IEER mais representativas das pessoas com compromisso no transferir-se foram “providenciar os dispositivos aconselhados” e “treinar a transferir” com 36,6% (N=34) e 32,3% (N=30), respetivamente.

Tabela 16 – Necessidades de Cuidados Especializados de Enfermagem de Reabilitação: Transferir-se comprometido

Necessidades de Cuidados Especializados de Enfermagem de Reabilitação		N	%
• Transferir-se comprometido	Sim	93	71,5
	Não	37	28,5
	• Total	130	100
• Ensinar sobre prevenção de quedas		19	20,4
• Treinar a transferir		30	32,3
• Treinar a transferir através de dispositivo		19	20,4
• Treinar para prevenção de complicações na articulação da anca durante o transferir-se		6	6,5
• Ensinar sobre acesso a dispositivos		17	18,3
• Providenciar os dispositivos aconselhados		34	36,6

Relativamente à frequência esperada de implementação e à frequência implementada das IEER às pessoas com transferir-se comprometido (ANEXO IX), verifica-se que:

- Para a intervenção “ensinar sobre prevenção de quedas”, numa amostra de 19 pessoas que necessitavam desta IEER, a frequência esperada varia entre “2 vezes por semana” com 94,7% (N=18) e “4 vezes por semana” com 5,3% (N=1), sendo “2 vezes por semana” a frequência esperada mais representativa com 94,7% da amostra (N=18). Por outro lado, no que diz respeito à frequência implementada, esta varia entre “zero vezes (nunca implementada)” com 5,3% (N=1) e “3 vezes por semana” com 31,6% (N=6), sendo “2 vezes por semana” a frequência implementada mais representativa com 57,9% da amostra (N=11);
- Para a intervenção “treinar a transferir”, numa amostra de 30 pessoas que necessitavam desta IEER, a frequência esperada varia entre “2 vezes por semana” com 3,3% (N=1) e “7 vezes por semana” com 16,7% (N=5), sendo “3 vezes por semana” a frequência esperada mais representativa com 43,3% da amostra (N=13). No que diz respeito à frequência implementada, esta varia entre “zero vezes (nunca implementada)” com 16,7% (N=5) e “5 vezes por semana” com 3,3% (N=1), sendo “2 vezes por semana” a frequência implementada mais representativa com 46,7% da amostra (N=14);
- Para a intervenção “treinar a transferir através de dispositivo”, numa amostra de 19 pessoas que necessitavam desta IEER, a frequência esperada varia entre “2 vezes por semana” com 21,1% (N=4) e “7 vezes por semana” com 5,3% (N=1), sendo “3 vezes por semana” a frequência esperada mais representativa com 36,8% da amostra (N=7). Por outro lado, no que diz respeito à frequência implementada, esta varia entre “zero vezes (nunca implementada)” com 63,2% (N=12) e “3 vezes

por semana” com 10,5% (N=2), sendo “zero vezes (nunca implementada)” a frequência implementada mais representativa com 63,2% da amostra (N=12) seguida de “2 vezes por semana” com 26,3% da amostra (N=5);

- Para a intervenção “treinar para prevenção de complicações na articulação da anca durante o transferir-se”, numa amostra de 6 pessoas que necessitavam desta IEER, a frequência esperada varia entre “2 vezes por semana” e “4 vezes por semana, ambas” com 16,7% (N=1), sendo “3 vezes por semana” a frequência esperada mais representativa com 66,7% da amostra (N=4). No que diz respeito à frequência implementada, esta varia entre “zero vezes (nunca implementada)” com 50% (N=3) e “3 vezes por semana” com 33,3% (N=2), sendo “zero vezes (nunca implementada)” a frequência implementada mais representativa com 50% da amostra (N=3), seguida de “3 vezes por semana” com 33,3% da amostra (N=2);
- Para a intervenção “ensinar sobre acesso a dispositivos”, numa amostra de 17 pessoas que necessitavam desta IEER, a frequência esperada varia entre “2 vezes por semana” com 94,1% (N=16) e “3 vezes por semana” com 5,9% (N=1), sendo “2 vezes por semana” a frequência esperada mais representativa com 94,1% da amostra (N=16). Por outro lado, no que diz respeito à frequência implementada, esta varia entre “zero vezes (nunca implementada)” com 29,4% (N=5) e “3 vezes por semana” com 5,9% (N=1), sendo “2 vezes por semana” a frequência implementada mais representativa com 64,7% da amostra (N=11) e;
- Para a intervenção “providenciar os dispositivos aconselhados”, numa amostra de 34 pessoas que necessitavam desta IEER”, a frequência esperada é de apenas “uma vez”, representando 100% da amostra (N=34). No que diz respeito à frequência implementada, esta nunca foi implementada, representando 100% da amostra (N=34).

Nota-se que em todas as IEER no âmbito do transferir-se comprometido, a frequência esperada mais representativa é superior à mesma frequência na condição de implementada (ANEXO IX). Observa-se também que em todas as IEER identificadas como necessárias, assumem “zero vezes (nunca implementada)” como frequência implementada, sendo as intervenções “providenciar os dispositivos aconselhados” com 100% (N=34) e “treinar a transferir através de dispositivo” com 63,2% (N=12) as mais representativas das respetivas amostras.

Quanto à proporção de implementação das IEER face ao esperado para as pessoas com transferir-se comprometido (tabela 17), observa-se que na sua globalidade apresenta uma proporção média do implementado face ao esperado de 47,36, assumindo uma distribuição decrescente por intervenção: “ensinar sobre prevenção de quedas” (88,16%) “ensinar sobre acesso a dispositivos” (70,59%); “treinar a transferir” (57,01%); “treinar para prevenção de complicações na articulação da anca durante o transferir-se” (40,28%); “treinar a transferir através de dispositivo” (28,13%) e “providenciar dispositivos aconselhados” (0,00%) da amostra.

Tabela 17 – Proporção da implementação das Intervenções Específicas de Enfermagem de Reabilitação face ao esperado: Transferir-se comprometido

Intervenção específica de enfermagem de reabilitação	N	X _{min}	X _{máx}	$\bar{x}$	s
• Ensinar sobre prevenção de quedas	19	0	100	88,16	27,402
• Treinar a transferir	30	0	100	57,01	35,008
• Treinar a transferir através de dispositivo	19	0	100	28,13	40,393
• Treinar para prevenção de complicações na articulação da anca durante o transferir-se	6	0	100	40,28	44,466
• Ensinar sobre acesso a dispositivos	17	0	100	70,59	46,967
• Providenciar os dispositivos aconselhados	34	0	0	0,00	0,000
• Proporção média global (implementado/esperado)				47,36	

3.4.3 - Necessidades de Cuidados Especializados de Enfermagem de Reabilitação: Cuidar da higiene pessoal comprometido

No que diz respeito às NCEER das pessoas dependentes com compromisso para cuidar da higiene pessoal, ao observar a tabela 18, nota-se que 91,5% apresentavam compromisso neste autocuidado (N=119) e, relativamente à necessidade de IEER, esta varia entre os 7,6% que necessitavam de “treinar o uso do sanitário” (N=9) e os 24,4% que necessitavam de “providenciar os dispositivos aconselhados” (N=29). Verifica-se que as necessidades de IEER mais representativas para as pessoas com o cuidar da higiene pessoal comprometido foram “providenciar os dispositivos aconselhados” e “ensinar sobre acesso a dispositivos” com 24,4% (N=29) e 18,5% (N=2), respetivamente.

Tabela 18 – Necessidades de Cuidados Especializados de Enfermagem de Reabilitação: Cuidar da higiene pessoal comprometido

Necessidades de Cuidados Especializados de Enfermagem de Reabilitação		N	%
• Cuidar da higiene pessoal comprometido	Sim	119	91,5
	Não	11	8,5
	• Total	130	100
• Treinar a tomar/ dar banho		11	9,2
• Treinar a tomar/ dar banho usando dispositivo		16	13,4
• Treinar o uso do sanitário		9	7,6
• Ensinar sobre acesso a dispositivos		22	18,5
• Providenciar os dispositivos aconselhados		29	24,4

Enquanto à frequência esperada de implementação e à frequência implementada das IEER às pessoas com cuidar da higiene pessoal comprometido (ANEXO IX), verifica-se que:

- Para a intervenção “treinar a tomar/dar banho”, numa amostra de 11 pessoas que necessitavam desta IEER, a frequência esperada varia entre “2 vezes por semana” com 9,1% (N=1) e “7 vezes por semana” com 54,5% (N=11), sendo “7 vezes por semana” a frequência esperada mais representativa com 54,5% a amostra (N=6). Por outro lado, no que diz respeito à frequência implementada, esta varia entre “zero vezes (nunca implementada)” com 54,5% (N=6) e “7 vezes por semana” com 9,1% (N=1), sendo “zero vezes (nunca implementada)” a frequência implementada mais representativa com 54,5% da amostra (N=6), seguida de “3 vezes por semana” com 27,3% da amostra (N=3);
- Para a intervenção “treinar a tomar/dar banho usando dispositivo”, numa amostra de 16 pessoas que necessitavam desta IEER, a frequência esperada varia entre “2 vezes por semana” com 62,5% (N=10) e “7 vezes por semana” com 6,3% (N=1), sendo “2 vezes por semana” a frequência esperada mais representativa com 62,5% da amostra (N=10). No que diz respeito à frequência implementada, esta varia entre “zero vezes (nunca implementada)” com 75% (N=12) e “3 vezes por semana” com 6,3% (N=1), sendo “zero vezes (nunca implementada)” a frequência implementada mais representativa com 75% da amostra (N=12), seguida de “2 vezes por semana” com 18,8% da amostra (N=3);
- Para a intervenção “treinar o uso do sanitário”, numa amostra de 9 pessoas que necessitavam desta IEER, a frequência esperada varia entre “2 vezes por semana” com 33,3% (N=3) e “7 vezes por semana” com 11,1% (N=1), sendo “3 vezes por semana a frequência esperada mais representativa” com 55,6% da amostra (N=5).

Por outro lado, no que diz respeito à frequência implementada, esta varia entre “zero vezes (nunca implementada)” com 44,4% (N=4) e “3 vezes por semana” com 11,1% (N=1), sendo “zero vezes (nunca implementada)” e “2 vezes por semana” as frequências implementadas mais representativas, ambas com 44,4% da amostra (N=4);

- Para a intervenção “ensinar sobre acesso a dispositivos”, numa amostra de 22 pessoas que necessitavam desta IEER a frequência esperada varia entre “1 vez por semana” e “3 vezes por semana”, ambas com 4,5% (N=1), sendo “2 vezes por semana” a frequência esperada mais representativa com 90,9% da amostra (N=20). No que diz respeito à frequência implementada, esta varia entre “zero vezes (nunca implementada)” com 40,9% (N=9) e “2 vezes por semana” com 54,5% (N=12), sendo “2 vezes por semana” a frequência implementada mais representativa com 54,5% da amostra (N=12) e;
- Para a intervenção “providenciar os dispositivos aconselhados”, numa amostra de 29 pessoas que necessitavam desta IEER, a frequência esperada é de apenas “uma vez”, representando 100% da amostra (N=29), por outro lado, no que diz respeito à frequência implementada, esta varia entre “zero vezes (nunca implementada)” com 96,6% (N=28) e “uma vez” com 3,4% (N=1), “sendo zero vezes (nunca implementada)” a frequência implementada mais representativa com 96,6% da amostra (N=28), seguida de “1 vez por semana” com 3,4% da amostra (N=1).

Verifica-se que em todas as IEER no âmbito do cuidar da higiene pessoal comprometido, a frequência esperada mais representativa é superior à mesma frequência na condição de implementada (ANEXO IX). Observa-se que em todas as IEER identificadas como necessárias, assumem “zero vezes (nunca implementadas)” como frequência implementada, sendo as intervenções “providenciar os dispositivos aconselhados” com 96,6% (N=28) e “treinar a tomar/dar banho usando dispositivo” com 75% (N=12) as mais representativas das respetivas amostras.

Relativamente à proporção de implementação das IEER face ao esperado para as pessoas com cuidar da higiene pessoal comprometido (tabela 19), verifica-se que na sua globalidade apresenta uma proporção média do implementado face ao esperado de 35,60%, assumindo uma distribuição decrescente por intervenção: “ensinar sobre acesso a dispositivos” (59,09%); “treinar o uso do sanitário” (51,85%); “treinar a tomar/ dar

banho” (40,15%); “treinar a tomar/ dar banho usando dispositivo” (23,44%) e “providenciar dispositivos aconselhados” (3,45%) da amostra.

Tabela 19 – Proporção da implementação das Intervenções Específicas de Enfermagem de Reabilitação face ao esperado: Cuidar da higiene pessoal comprometido

Intervenção específica de enfermagem de reabilitação	N	X _{min}	X _{máx}	$\bar{x}$	s
• Treinar a tomar/ dar banho	11	0	100	40,15	47,261
• Treinar a tomar/ dar banho usando dispositivo	16	0	100	23,44	42,297
• Treinar o uso do sanitário	9	0	100	51,85	50,308
• Ensinar sobre acesso a dispositivos	22	0	100	59,09	50,324
• Providenciar os dispositivos aconselhados	29	0	100	3,45	18,570
• Proporção média global (implementado/ esperado)				35,60	

3.4.4 - Necessidades de Cuidados Especializados de Enfermagem de Reabilitação: Vestir-se ou despir-se comprometido

Quanto às NCEER das pessoas dependentes, ao observar a tabela 20, verifica-se que 82,3% das pessoas dependentes (N=107) apresentavam compromisso no vestir-se ou despir-se, e relativamente às necessidades de IEER, apresentavam uma distribuição muito semelhante, variando entre os 20,6% que necessitavam de “treinar a vestir ou despir usando dispositivo” (N=22) e os 24,8% que necessitavam de “ensinar sobre acesso a dispositivos” (N=26). Constata-se que as necessidades de IEER mais representativas das pessoas com o vestir-se ou despir-se comprometido foram “ensinar sobre acesso a dispositivos” e “providenciar os dispositivos aconselhados” com 24,8% (N=26) e 23,4% (N=25), respetivamente.

Tabela 20 - Necessidades de Cuidados Especializados de Enfermagem de Reabilitação: Vestir-se ou despir-se comprometido

Necessidades de Cuidados Especializados de Enfermagem de Reabilitação		N	%
• Vestir-se ou despir-se comprometido	Sim	107	82,3
	Não	23	17,7
	• Total	130	100
• Treinar a vestir ou despir		23	21,5
• Treinar a vestir ou despir usando dispositivo		22	20,6
• Ensinar sobre acesso a dispositivos		26	24,8
• Providenciar os dispositivos aconselhados		25	23,4

No que diz respeito à frequência esperada de implementação e à frequência implementada das IEER às pessoas com o vestir-se ou despir-se comprometido (ANEXO IX), verifica-se que:

- Para a intervenção “treinar a vestir ou despir”, numa amostra de 23 pessoas que necessitavam desta IEER, a frequência esperada varia entre “2 vezes por semana” com 17,4% (N=4) e “7 vezes por semana” com 30,4% (N=7), sendo “3 vezes por semana” a frequência esperada mais representativa com 43,5% da amostra (N=10). Por outro lado, no que diz respeito à frequência implementada, esta varia entre “zero vezes (nunca implementada)” com 39,1% (N=9) e “7 vezes por semana” com 13,0% (N=3), sendo “zero vezes (nunca implementada)” a frequência implementada mais representativa com 39,1% da amostra (N=9), seguida de “2 vezes por semana” com 34,8% da amostra (N=8);
- Para a intervenção “treinar a vestir ou despir usando dispositivo”, numa amostra de 22 pessoas que necessitavam desta IEER, a frequência esperada varia entre “2 vezes por semana” com 36,4% (N=8) e “5 vezes por semana” com 4,5% (N=1), sendo “3 vezes por semana” a frequência esperada mais representativa com 45,5% da amostra (N=10). No que diz respeito à frequência implementada, esta varia entre “zero vezes (nunca implementada)” com 72,7% (N=16) e “3 vezes por semana” com 4,5% (N=1), sendo “zero vezes (nunca implementada)” a frequência implementada mais representativa com 72,7% da amostra (N=16), seguida de “2 vezes por semana” com 22,7% da amostra (N=5);
- Para a intervenção “ensinar sobre acesso a dispositivos”, numa amostra de 26 pessoas que necessitavam desta IEER, a frequência esperada varia entre “1 vez por semana” com 3,8% (N=1) e “3 vezes por semana” com 7,7% (N=2), sendo “2 vezes por semana” a frequência esperada mais representativa com 88,5% da amostra (N=23). Por outro lado, no que diz respeito à frequência implementada, esta varia entre “zero vezes (nunca implementada)” e “2 vezes por semana”, ambas com 50% (N=13), sendo igualmente as frequências mais representativas da amostra e;
- Para a intervenção “providenciar os dispositivos aconselhados”, numa amostra de 25 pessoas que necessitavam desta IEER, a frequência esperada é de apenas “uma vez”, representando 100% da amostra (N=25), por outro lado, no que diz respeito à frequência implementada, esta nunca (100%) foi implementada (N=25).

Verifica-se que em todas as IEER no âmbito do vestir-se ou despir-se comprometido, a frequência esperada mais representativa é superior à mesma frequência na condição de implementada (ANEXO IX). Observa-se que em todas as IEER identificadas como

necessárias, assumem “zero vezes (nunca implementada)” como frequência implementada, sendo as intervenções “providenciar os dispositivos aconselhados” com 100 % (N=25) e “treinar a vestir ou despir usando dispositivo” 72,7% (N=16) as mais representativas das respectivas amostras.

Enquanto à proporção de implementação das IEER face ao esperado para as pessoas com vestir-se ou despir-se comprometido (tabela 21), nota-se que na sua globalidade apresenta uma proporção média do implementado face ao esperado de 29,36%, assumindo uma distribuição decrescente por intervenção: “ensinar sobre acesso a dispositivos” (48,72%); “treinar a vestir ou despir” (46,74%); “treinar a vestir ou despir usando dispositivo” (21,97%) e “providenciar dispositivos aconselhados” (0,00%) da amostra.

Tabela 21 – Proporção da implementação das Intervenções Específicas de Enfermagem de Reabilitação face ao esperado: Vestir-se ou despir-se comprometido

Intervenção específica de enfermagem de reabilitação	N	X _{min}	X _{máx}	$\bar{X}$	s
• Treinar a vestir ou despir	23	0	100	46,74	43,718
• Treinar a vestir ou despir usando dispositivo	22	0	100	21,97	38,279
• Ensinar sobre acesso a dispositivos	26	0	100	48,72	50,094
• Providenciar os dispositivos aconselhados	25	0	0	0,00	0,000
• Proporção média global (implementado/esperado)				29,36	

3.4.5 - Necessidades de Cuidados Especializados de Enfermagem de Reabilitação: Sentar-se comprometido

Relativamente às NCEER das pessoas dependentes com compromisso no sentar-se, da análise da tabela 22, verifica-se que 54,6% das pessoas dependentes (N=71) apresentavam compromisso neste autocuidado e, observa-se que 15,5% necessitavam da IEER “ensinar sobre prevenção de complicações na articulação da anca durante o sentar-se” (N=11).

Tabela 22 – Necessidades de Cuidados Especializados de Enfermagem de Reabilitação: Sentar-se comprometido

Necessidades de Cuidados Especializados de Enfermagem de Reabilitação		N	%
• Sentar-se comprometido	Sim	71	54,6
	Não	59	45,4
	• Total	130	100
• Ensinar sobre prevenção de complicações na articulação da anca durante o sentar-se		11	15,5

Quanto à frequência esperada de implementação e à frequência implementada da IEER “ensinar sobre prevenção de complicações na articulação da anca durante o sentar-se, numa amostra de 11 pessoas que necessitavam desta IEER (ANEXO IX), verifica-se que a frequência esperada varia entre “2 vez por semana” com 18,2% (N=2) e “5 vezes por semana” com 9,1% (N=1), sendo “3 vezes por semana” a frequência esperada mais representativa com 63,6% da amostra (N=7). No que diz respeito à frequência implementada, esta varia entre “zero vezes (nunca implementada)” com 18,2% (N=2) e “3 vezes por semana” com 45,5% (N=5), sendo “3 vezes por semana” a frequência implementada mais representativa com 45,5% da amostra (N=5).

Observa-se que a frequência esperada mais representativa é superior à mesma frequência na condição de implementada e que nas frequências implementadas, esta intervenção assume 18,2% da amostra com a frequência “zero vezes” (N=2), ou seja, não foi implementada (ANEXO IX).

No que diz respeito à proporção de implementação das IEER face ao esperado para as pessoas com sentar-se comprometido (tabela 23), constata-se que a proporção de implementação face ao esperado da intervenção “ensinar sobre prevenção de complicações na articulação da anca durante o sentar-se” é de (73,48%).

Tabela 23 – Proporção da implementação da Intervenção Específica de Enfermagem de Reabilitação face ao esperado: Sentar-se comprometido

Intervenção específica de enfermagem de reabilitação	N	X _{min}	X _{máx}	$\bar{X}$	s
• ensinar sobre prevenção de complicações na articulação da anca durante o sentar-se	11	0	100	73,48	38,876

3.4.6 - Necessidades de Cuidados Especializados de Enfermagem de Reabilitação: Andar comprometido

Enquanto às NCEER das pessoas dependentes com compromisso no andar, da análise da tabela 24, observa-se que 96,2% das pessoas dependentes apresentavam compromisso neste autocuidado (N=125) e, relativamente à necessidade de IEER, esta varia entre os 3,2% que necessitavam de “ensinar sobre adaptação do domicílio pra usar cadeira de rodas” (N=4) e os 43,3% que necessitavam de “treinar o andar com auxiliar de marcha” (N=54). Nota-se que as necessidades de IEER mais representativas das pessoas com compromisso no andar foram “treinar o andar com auxiliar de marcha” e “ensinar sobre prevenção de quedas” com 43,2% (N=54) e 41,6% (N=52), respetivamente.

Tabela 24 – Necessidades de Cuidados Especializados de Enfermagem de Reabilitação: Andar comprometido

Necessidades de Cuidados Especializados de Enfermagem de Reabilitação		N	%
• Andar comprometido	Sim	125	96,2
	Não	5	3,8
	• Total	130	100,0
• Ensinar sobre prevenção de quedas		52	41,6
• Ensinar sobre adaptação do domicílio para usar cadeira de rodas		4	3,2
• Treinar o andar		20	16,0
• Treinar o andar com auxiliar de marcha		54	43,2
• Treinar a usar cadeira de rodas		5	4,0
• Ensinar sobre acesso a dispositivos		14	11,2
• Providenciar os dispositivos aconselhados		18	14,4

Relativamente à frequência esperada de implementação e à frequência implementada das IEER às pessoas com o andar comprometido (ANEXO IX), verifica-se que:

- Para a intervenção “ensinar sobre prevenção de quedas”, numa amostra de 52 pessoas que necessitavam desta IEER, a frequência esperada varia entre “2 vezes por semana” com 65,4% (N=34) e “7 vezes por semana” com 1,9% (N=1), sendo “2 vezes por semana” a frequência esperada mais representativa com 65,4% da amostra (N=34). Por outro lado, no que diz respeito à frequência implementada, esta varia entre “zero vezes (nunca implementada)” com 11,5% (N=6) e “3 vezes por semana” com 17,3% (N=9), sendo “2 vezes por semana” a frequência implementada mais representativa com 71,2% da amostra (N=37);
- Para a intervenção “Ensinar sobre adaptação do domicílio para usar cadeira de rodas”, numa amostra de 4 pessoas que necessitavam desta IEER, a frequência esperada varia entre “2 vezes por semana” com 25% (N=1) e “3 vezes por semana” com 75% (N=3), sendo “2 vezes por semana” a frequência esperada mais representativa com 75% da amostra (N=3). No que diz respeito à frequência implementada, esta varia entre “zero vezes (nunca implementada)” com 25,0% (N=1) e “2 vezes por semana” com 75,0% (N=3), sendo “2 vezes por semana” a frequência implementada mais representativa com 75,0% da amostra (N=3);
- Para a intervenção “treinar o andar”, numa amostra de 20 pessoas que necessitavam desta IEER, a frequência esperada varia entre “3 vezes por semana” com 25% (N=5) e “7 vezes por semana” com 40% (N=8), sendo “7 vezes por semana” a frequência esperada mais representativa com 40% da amostra (N=8). Por outro lado, no que diz respeito à frequência implementada, esta varia entre “zero vezes (nunca implementada)” com 5,0% (N=1) e “3 vezes por semana” com

50,0% (N=10), sendo “3 vezes por semana” a frequência implementada mais representativa com 50,0% da amostra (N=10);

- Para a intervenção “treinar a andar com auxiliar de marcha”, numa amostra de 54 pessoas que necessitavam desta IEER, a frequência esperada varia entre “3 vezes por semana” com 27,8% (N=15) e “7 vezes por semana” com 16,7% (N=9), sendo “4 vezes por semana” a frequência esperada mais representativa com 33,3% da amostra (N=18). No que diz respeito à frequência implementada, esta varia entre “zero vezes (nunca implementada)” e “5 vezes por semana” ambas com 7,4% (N=4) da amostra, sendo “2 vezes por semana” a frequência implementada mais representativa com 50% da amostra (N=27);
- Para a intervenção “treinar a usar cadeira de rodas”, numa amostra de 5 pessoas que necessitavam desta IEER, a frequência esperada varia entre “3 vez por semana” com 40 % (N=2) e “7 vezes por semana” com 20% (N=1), sendo “3 vezes por semana” e “5 vezes por semana” as frequências esperadas mais representativas, ambas com 40% da amostra (N=2). Por outro lado, no que diz respeito à frequência implementada, esta varia entre “zero vezes (nunca implementada)” com 40% (N=2) e “3 vezes por semana” com 20% (N=1), sendo “zero vezes (nunca implementada)” e “2 vezes por semana” as frequências implementadas mais representativas, ambas com 40% da amostra (N=2);
- Para a intervenção “ensinar sobre acesso a dispositivos”, numa amostra de 14 pessoas que necessitavam desta IEER, a frequência esperada varia entre “1 vez por semana” e “3 vezes por semana”, ambos com 7,1% da amostra (N=1), sendo “2 vezes por semana” a frequência esperada mais representativa com 85,7 % da amostra (N=12). No que diz respeito à frequência implementada, esta varia entre “zero vezes (nunca implementada)” com 7,1% (N=1) e “2 vezes por semana” com 85,7% (N=12), sendo “2 vezes por semana” a frequência implementada mais representativa com 85,7% da amostra (N=12) e;
- Para a intervenção “providenciar os dispositivos aconselhados”, numa amostra de 18 pessoas que necessitavam desta IEER, para o andar comprometido, a frequência esperada é de apenas “uma vez”, representando 100% da amostra (N=18). No que diz respeito à frequência implementada, esta varia entre “zero vezes (nunca implementada)” com 55,5% (N=10) e “2 vezes” com 5,6% (N=1),

sendo “zero vezes (nunca implementada)” a frequência implementada mais representativa com 55,5% da amostra (N=10).

Verifica-se que em todas as IEER no âmbito do andar comprometido, com exceção da intervenção “ensinar sobre acesso a dispositivos” que apresenta a mesma frequência quer esperada quer implementada, a frequência esperada mais representativa é superior à mesma frequência na condição de implementada (ANEXO IX). Observa-se que em todas as IEER identificadas como necessárias, assumem “zero vezes (nunca implementada)” como frequência implementada, sendo as intervenções “providenciar os dispositivos aconselhados” com 55 % (N=10) e “treinar a usar cadeira de rodas” 40 % (N=2) as mais representativas das respetivas amostras.

Quanto à proporção de implementação das IEER face ao esperado para as pessoas com andar comprometido (tabela 25), observa-se que na sua globalidade apresenta uma proporção média do implementado face ao esperado de 63,18%, assumindo uma distribuição decrescente por intervenção: “ensinar sobre acesso a dispositivos” (90,48%); “ensinar sobre prevenção de quedas” (84,13%); “ensinar sobre adaptação do domicílio para usar cadeira de rodas (75,0%); “treinar a andar com auxiliar de marcha” (57,41%) “treinar o andar” (54,18%); “providenciar dispositivos aconselhados” (50,0%) e “treinar a usar cadeira de rodas” (31,05%) da amostra.

Tabela 25 – Proporção da implementação das Intervenções Específicas de Enfermagem de Reabilitação à pessoa dependente face ao esperado: Andar comprometido

Intervenção específica de enfermagem de reabilitação	N	X _{min}	X _{máx}	$\bar{X}$	s
• Ensinar sobre prevenção de quedas	52	0	100	84,13	32,601
• Ensinar sobre adaptação do domicílio para usar cadeira de rodas	4	0	100	75,00	50,000
• Treinar o andar	20	0	100	54,18	29,046
• Treinar o andar com auxiliar de marcha	54	0	167	57,41	30,730
• Treinar a usar cadeira de rodas	5	0	67	31,05	31,784
• Ensinar sobre acesso a dispositivos	14	0	100	90,48	27,514
• Providenciar os dispositivos aconselhados	18	0	200	50,00	61,835
• Proporção média global (implementado/esperado)				63,18	

3.4.7 - Necessidades de Cuidados Especializados de Enfermagem de Reabilitação: Alimentar-se comprometido

No que diz respeito às NCEER das pessoas dependentes com compromisso no alimentar-se, da análise dos dados da tabela 26, verifica-se que 34,6% das pessoas dependentes

(N=45) apresentavam compromisso neste autocuidado e, relativamente à necessidade de IEER, esta varia entre os 4,4% que necessitavam “ensinar sobre acesso a dispositivos” (N=2) e os 15,6% que necessitavam de “treinar a alimentar” (N=7). Observa-se que as necessidades de IEER mais representativas das pessoas com compromisso no alimentar-se foram “treinar a alimentar” com 15,6% (N=7) e “treinar a alimentar usando dispositivo” e “providenciar os dispositivos aconselhados”, ambas com 8,9% da amostra (N=4).

Tabela 26 – Necessidades de Cuidados Especializados de Enfermagem de Reabilitação: Alimentar-se comprometido

Necessidades de Cuidados Especializados de Enfermagem de Reabilitação		N	%
• Alimentar-se comprometido	Sim	45	34,6
	Não	85	65,4
	• Total	130	100,0
• Treinar a alimentar		7	15,6
• Treinar a alimentar usando dispositivo		4	8,9
• Ensinar sobre acesso a dispositivos		2	4,4
• Providenciar os dispositivos aconselhados		4	8,9

Enquanto à frequência esperada de implementação e à frequência implementada das IEER às pessoas com o alimentar-se comprometido (ANEXO IX), verifica-se que:

- Para a intervenção “treinar a alimentar”, numa amostra de 7 pessoas que necessitavam desta IEER, a frequência esperada varia entre “3 vezes por semana” com 42,9% (N=3) e “7 vezes por semana” com 28,6% (N=2), sendo “3 vezes por semana” a frequência esperada mais representativa com 42,9% da amostra (N=3). Por outro lado, no que diz respeito à frequência implementada, esta varia entre “zero vezes (nunca implementada)” com 42,9% (N=3) e “3 vezes por semana” com 14,3% (N=1), sendo “zero vezes (nunca implementada)” e “2 vezes por semana” as frequências implementadas mais representativas, ambas com 42,9% da amostra (N=3);
- Para a intervenção “treinar a alimentar usando dispositivo”, numa amostra de 4 pessoas que necessitavam desta IEER, a frequência esperada varia entre “3 vezes por semana” e “7 vezes por semana”, com 50% (N=2) e 25% (N=1), sendo “3 vezes por semana” a frequência esperada mais representativa com 50% da amostra (N=2). No que diz respeito à frequência implementada, esta varia entre “zero vezes (nunca implementada)” com 50% (N=2) e “3 vezes por semana” com 25% (N=1), sendo “zero vezes (nunca implementada)” a frequência implementada

mais representativa com 50% da amostra (N=2), seguida de “2 vezes por semana” e “3 vezes por semana” ambas com 25% da amostra (N=1);

- Para a intervenção “ensinar sobre acesso a dispositivos”, numa amostra de 2 pessoas que necessitavam desta IEER, a frequência esperada é “2 vezes por semana” com 100% da amostra (N=2). Por outro lado, no que diz respeito à frequência implementada, esta é de “2 vezes por semana” representando também 100% da amostra (N=2) e;
- Para a intervenção “providenciar os dispositivos aconselhados”, numa amostra de 4 pessoas que necessitavam desta IEER, a frequência esperada é de apenas “uma vez”, representando 100% da amostra (N=4). No que diz respeito à frequência implementada, esta varia entre “zero vezes (nunca implementada)” com 25% (N=1) e “uma vez” com 75% (N=3), sendo a mais representativa “uma vez” com 75% da amostra (N=3).

Constata-se que em todas as IEER no âmbito do alimentar-se comprometido, com exceção da intervenção “ensinar sobre acesso a dispositivos” que apresenta a mesma frequência quer esperada quer implementada, a frequência esperada mais representativa é superior à mesma frequência na condição de implementada (ANEXO IX). Observa-se que em todas as IEER identificadas como necessárias, com exceção de “ensinar sobre acesso a dispositivos”, assumem “zero vezes (nunca implementada)” como frequência implementada, sendo as intervenções “treinar a alimentar usando dispositivo” com 50 % (N=2) e “treinar a alimentar” 42,9% (N=3) as mais representativas das respetivas amostras.

Relativamente à proporção de implementação das IEER face ao esperado para as pessoas com alimentar-se comprometido (tabela 27), observa-se que na sua globalidade apresenta uma proporção média do implementado face ao esperado de 61,88%, assumindo uma distribuição decrescente por intervenção: “ensinar sobre acesso a dispositivos” (100%); “providenciar dispositivos aconselhados” (75%); “treinar a alimentar usando dispositivo” (37,5%) e “treinar a alimentar” (35,03%) da amostra.

Tabela 27 – Proporção da implementação das Intervenções Específicas de Enfermagem de Reabilitação face ao esperado: Alimentar-se comprometido

Intervenção específica de enfermagem de reabilitação	N	X _{min}	X _{máx}	$\bar{X}$	s
• Treinar a alimentar	7	0	100	35,03	39,092
• Treinar a alimentar usando dispositivo	4	0	100	37,50	47,871
• Ensinar sobre acesso a dispositivos	2	0	100	100,00	0,00
• Providenciar os dispositivos aconselhados	4	0	100	75,00	50,000
• Proporção média global (implementado/esperado)				61,88	

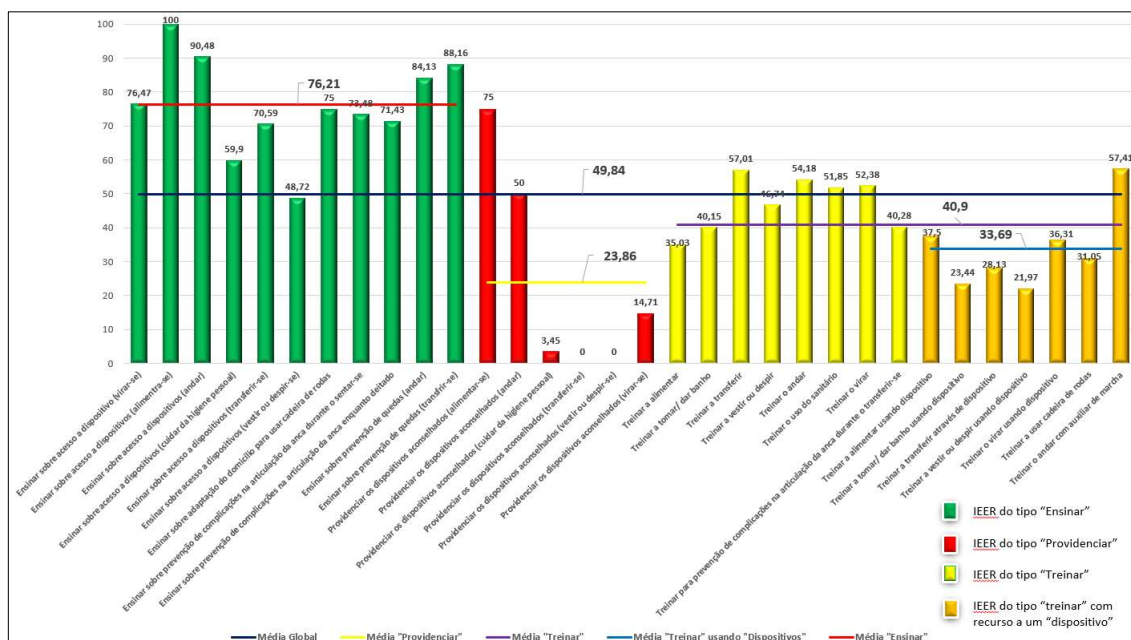
3.4.8 - Proporção das Intervenções Específicas de Enfermagem de Reabilitação implementadas face ao esperado, por tipo de intervenção.

Em relação à proporção das IEER implementadas face ao esperado no domínio do autocuidado, da análise do gráfico 1, constata-se que a média global de implementação da totalidade das IEER face ao esperado foi 49,84%, apresentando os seguintes dados por tipo de intervenção:

- Quanto às intervenções do tipo “ensinar” a média global da proporção implementada face ao esperado foi de 76,21%, sendo que acima desta média destacam-se as intervenções “ensinar sobre acesso a dispositivos” para o alimentar-se comprometido e “ensinar sobre acesso a dispositivos” para o andar comprometido com 100% e 90,48% respetivamente. Abaixo da média global da proporção implementada face ao esperado para as intervenções do tipo “ensinar”, destacam-se as intervenções “ensinar sobre acesso a dispositivos” para o vestir-se ou despir-se comprometido e “o ensinar sobre acesso a dispositivos” para o cuidar da higiene pessoal comprometido com 48,72% e 59,9% respetivamente;
- Para as intervenções do tipo “providenciar” a média global da proporção implementada face ao esperado foi de 23,86%, sendo que acima desta média encontram-se as intervenções “providenciar dispositivos aconselhados” para o alimentar-se comprometido e “providenciar dispositivos aconselhados” para o andar comprometido com 75% e 50% respetivamente. Abaixo da média global da proporção implementada face ao esperado para as intervenções do tipo “providenciar”, destacam-se as intervenções “providenciar dispositivos aconselhados” para o transferir-se comprometido e para o vestir-se ou despir-se comprometido, ambas com 0%;

- Quanto às intervenções do tipo “treinar” a média global da proporção implementada face ao esperado foi de 40,9%, sendo que esta desce para 33,69% quando focalizada nas intervenções do tipo “treinar” com recurso a “dispositivo”. Acima da média das intervenções do tipo “treinar”, encontram-se as intervenções “treinar a andar com auxiliar de marcha” e “treinar a transferir”, com 57,41% e 57,01% respetivamente. Abaixo da média global da proporção implementada face ao esperado para as intervenções do tipo “treinar”, encontram-se as intervenções “treinar a vestir ou despir usando dispositivo” e “treinar a tomar/dar banho usando dispositivo” com 21,97% e 23,44%, respetivamente e;
- Relativamente às intervenções do tipo “treinar” com recurso a um “dispositivo”, verifica-se que a média global da proporção implementada face ao esperado foi 33,69%, sendo que acima desta média encontram-se as intervenções “treinar a andar com auxiliar de marcha” e “treinar a alimentar usando dispositivos” com 57,41% e 37,50% respetivamente. Abaixo da média global da proporção implementada face ao esperado para as intervenções do tipo “treinar” com uso de um “dispositivo” encontram-se as intervenções “treinar a vestir ou despir usando dispositivo” e “treinar a tomar/dar banho usando dispositivo com 21,97% e 23,44%.

Gráfico 1 – Proporção das Intervenções Específicas de Enfermagem de Reabilitação implementadas face ao esperado, no domínio do autocuidado, por tipo de intervenção



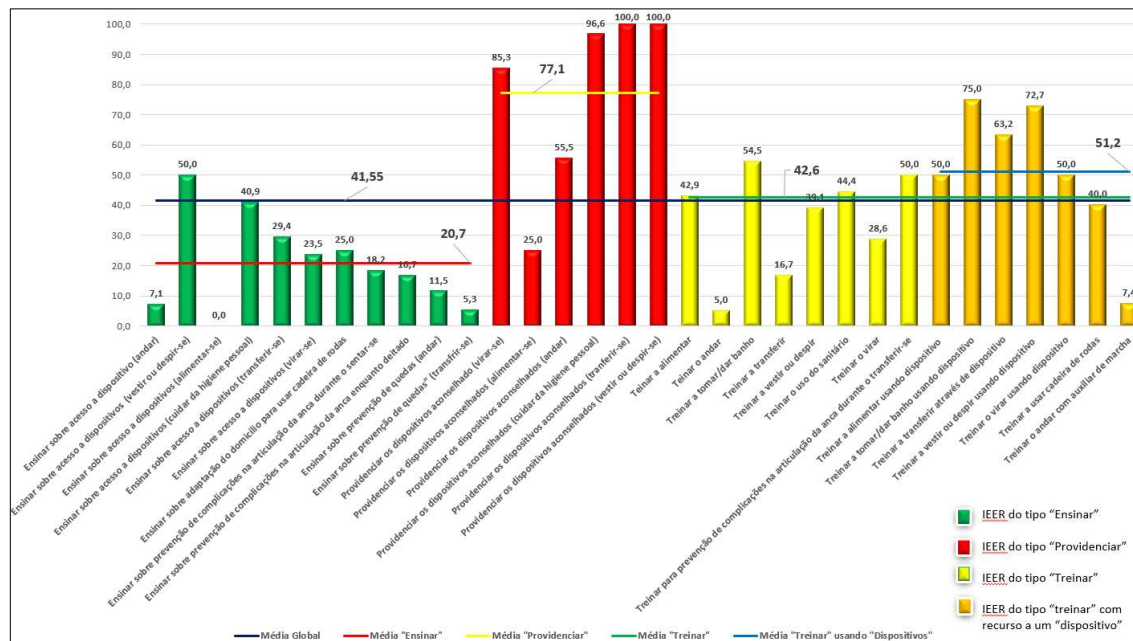
3.4 .9 - Necessidades de Cuidados Especializados de Enfermagem de Reabilitação, no domínio do autocuidado, que nunca foram atendidas.

Relativamente às IEER que nunca foram implementadas (frequência implementada nula) quando identificada a sua necessidade, da análise do gráfico 2, constata-se que a média global IEER com frequência implementada nula foi de 41,55%, apresentando os seguintes dados por tipo de intervenção:

- Quanto às intervenções do tipo “ensinar” a média global de frequência implementada nula foi de 20,7%, sendo que acima desta média destacam-se as intervenções “ensinar sobre acesso a dispositivos” para o vestir-se ou despir-se comprometido e “ensinar sobre acesso a dispositivos” para o cuidar da higiene pessoal comprometido com 50% e 40,9% respetivamente. Abaixo da média global destacam-se as intervenções “ensinar sobre acesso a dispositivos” para o alimentar-se comprometido e “o ensinar sobre prevenção de quedas” para o transferir-se comprometido com 0,0 % e 5,3 % respetivamente;
- Para as intervenções do tipo “providenciar” a média global de frequência implementada nula foi de 77,1%, sendo que acima desta média encontra-se as intervenções “providenciar dispositivos aconselhados” para o transferir-se comprometido e para o vestir-se ou despir-se comprometido, ambas com 100%. Abaixo desta média destacam-se as intervenções “providenciar dispositivos aconselhados” para o alimentar-se comprometido e “providenciar dispositivos aconselhados” para o andar comprometido com 25,5% e 55,5% respetivamente;
- Quanto às intervenções do tipo “treinar” a média global de frequência implementada nula foi de 42,6%, sendo que esta sobe para 51,2% quando focalizada nas intervenções do tipo “treinar” com recurso a um “dispositivo”. Acima da média para as intervenções do tipo “treinar” encontram-se as intervenções “treinar a tomar/dar banho usando dispositivo” e “treinar a vestir ou despir usando dispositivo” com 75% e 72,7% respetivamente. Abaixo da média global encontram-se as intervenções “treinar a andar” e “treinar a transferir” com 5% e 16,7% respetivamente e;
- Relativamente às intervenções do tipo “treinar” com recurso a um “dispositivo”, a média global de frequência implementada nula foi de 51,2%, sendo que acima desta média encontra-se as intervenções “treinar a tomar/dar banho usando dispositivo” e “treinar a vestir ou despir usando dispositivo” com 75% e 72,7%

respetivamente. Abaixo da média global encontram-se as intervenções “treinar a andar com auxiliar de marcha” e “treinar a usar cadeira de rodas” com 7,4 % e 40% respetivamente.

Gráfico 2 – Intervenções Especificas de Enfermagem de Reabilitação nunca implementadas mesmo quando identificada a sua necessidade



4 - DISCUSSÃO

Neste capítulo apresenta-se a discussão e interpretação dos resultados, confrontando-os sempre que possíveis com os já publicados noutros estudos.

As pessoas dependentes

Quanto à caracterização biográfica das pessoas dependentes, da análise dos dados permite-nos constatar que a maioria era do “sexo masculino” (51,5%). Estes dados não estão em concordância com a caracterização demográfica do ACES Baixo Mondego em que a população do “sexo feminino” é mais representativa, em particular com mais 65 anos (Silva et al., 2018). Estão igualmente em discordância com os estudos apresentados por Petronilho et al. (2015), num estudo realizado com pessoas dependentes no autocuidado admitidas em ECCI num ACES do norte do País, e com os dados apresentados por Gonçalves (2013), Petronilho (2013), Regadas (2021), Rocha (2015) e Rodrigues (2020) nos estudos no âmbito das pessoas dependentes no autocuidado em contexto domiciliário, em que havia maior expressão do “sexo feminino”. As idades das pessoas dependentes variam entre 28 e 97 anos, com valor médio de 77,3 anos que demonstra uma idade elevada que pode ser justificada pela diminuição da taxa de natalidade e pela tendência crescente da esperança de vida à nascença no ACES Baixo Mondego (Silva et al., 2018). Este estudo está em concordância com os estudos apresentados por Petronilho (2013), Petronilho et al. (2015) e Rocha (2015) que apresentam médias de idades das pessoas dependentes estudadas na mesma faixa etária, dos 70 aos 80 anos. Por outro lado, a idade média das pessoas dependentes do presente estudo é inferior ao estudo apresentado por Rodrigues (2020), sendo de 81,88 anos e é superior aos estudos apresentado por Gonçalves (2013) e por Regadas (2021) em que as médias das pessoas dependentes situavam-se na faixa etária compreendida entre os 60 e os 70 anos. Estes dados, realçam a relação entre as idades mais avançadas e as situações de dependência (Gonçalves, 2013; OPSS, 2015; Regadas, 2021).

Relativamente à nacionalidade, a maioria das pessoas dependentes eram de nacionalidade “portuguesa” (99,2%) acompanhando os estudos apresentados por Petronilho (2013) e Rodrigues (2020). Para o estado civil, as pessoas dependentes estudadas eram maioritariamente “casadas ou viviam em união de facto” (70%), seguidas com 20% as

“viúvas”. Estes dados concordam com os dados dos estudos apresentados por Petronilho (2013), Petronilho et al., (2015) Regadas (2021) e Rocha (2015), sendo que são discordantes com os estudos apresentados por Gonçalves (2013) e Rodrigues (2020) onde o estado civil predominante foi a viuvez, sendo que o estado civil casado ou viviam em união de facto era o segundo mais predominantes em ambos os estudos.

Quanto à caracterização socioeconómica das pessoas dependentes relativamente à profissão, a maioria é “pensionista/reformado” (86,9%) seguido com 1,5%: pessoas “domésticas/desempregadas”, “agricultores” e “outras profissões”, como era expectável atendendo à faixa etária das pessoas dependentes. Estes dados corroboram com os apresentados por Gonçalves (2013), Petronilho (2013), Petronilho et al. (2015), Regadas (2021), Rocha (2015) e Rodrigues (2020). Para a escolaridade a grande maioria das pessoas dependentes não apresenta mais que o “ensino básico – primeiro ciclo (4 anos)” (76,9%), sendo que 15,4% destas apresentam “nenhuma” escolaridade. Note-se que 6,9% da amostra detinha o “ensino superior” como escolaridade. Estes dados são ligeiramente superiores aos da população do ACES Baixo Mondego em que escolaridade não superior ao “ensino básico – primeiro ciclo (4 anos)” representa 70,3% da população (censos 2011, como citado em Silva et al., 2018). Os dados apresentados pelo presente estudo estão em concordância com os estudos apresentados por Gonçalves (2013), Petronilho (2013), Petronilho et al. (2015), Regadas (2021), Rocha (2015) e Rodrigues (2020).

Relativamente à condição de saúde das pessoas dependentes, quanto ao compromisso no autocuidado, a maioria apresentava “compromisso no andar” (96,2%) seguido do “compromisso no cuidar da higiene pessoal” com 91,5% e do “compromisso no vestir e despir-se” com 82,3%. Note-se que mais de metade das pessoas dependentes apresenta compromisso em todos os autocuidados avaliados, com exceção no alimentar-se comprometido que representa 34,6% da amostra. Mais de dois terços apresentam “compromisso no andar”, no “cuidar da higiene pessoal”, no “vestir e despir-se”, na “autogestão do regime medicamentoso”, no “transferir-se” e no “virar-se”. Estes dados acompanham os apresentados por Gonçalves (2013) relativamente ao compromisso nos autocuidados no “cuidar da higiene pessoal”, no “vestir e despir-se”, na “autogestão do regime medicamentoso” na medida em que mais de dois terços da amostra apresenta compromisso nestes autocuidados, com ligeira superioridade para os apresentados neste estudo. Contudo apresenta dados contraditórios aos apresentados por Gonçalves (2013) uma vez que neste estudo a amostra apresenta compromisso bastante superior no “andar”,

no “transferir-se” e no “virar-se” e em sentido inverso apresenta compromisso bastante inferior no “alimentar-se”, sendo o menos identificado neste estudo, em contrapartida como o mais identificado no estudo avançado pelo mesmo autor. Estes dados podem ser justificados pela natureza de referência para as ECCI, mas apontam inequivocamente para uma elevada vulnerabilidade e dependência das pessoas admitidas nas ECCI do ACES Baixo Mondego.

Para a maioria da amostra, a dependência foi originada por “doença crónica” (55,4%) seguida por “envelhecimento” com 43,1% e de “instalação gradual” (54,6%). O tempo de dependência situou-se entre 1 e 302 meses, apresentando tempo médio 30,46 meses. A grande maioria das pessoas dependentes consomem medicamentos (92,2%), sendo que em média consomem 7,34 fármacos distintos (com uma variação de número de fármacos distintos consumidos entre 0 e 22 fármacos), com um número médio de tomas de medicamentos diários de 10,04 tomas, que nalguns casos pode ir até às 32 tomas de medicamentos diários. Os dados apresentados estão na generalidade alinhados com os estudos apresentados por Gonçalves (2013); Petronilho et al. (2015), Regadas (2021), Rocha (2015) e Rodrigues (2020), contudo é de notar que o tempo de dependência é menor, podendo ser justificado pela referência destes utentes para ECCI por forma a usufruírem de cuidados de saúde profissionais após a aquisição de dependência. O número de medicamentos distintos e de tomas diárias, em média é superior aos estudos acima referidos, que também pode ser justificada pelo ajuste terapêutico realizado pela equipa da ECCI. Estes dados demonstram que as pessoas são polimedicadas e possuem regimes medicamentosos complexos (Bastos, 2013; Brito, 2012; OE, 2009).

No último ano, as pessoas dependentes recorreram em média 1,7 vezes ao serviço de urgência (com variação entre 0 e 15 idas à urgência) e em média ficaram internadas no hospital 0,96 vezes (com variação entre 0 e 8 internamentos), estes achados estão em consonância com o estudo apresentado por Rocha (2015) e são inferiores aos apontados por Regadas (2021).

No que diz respeito à tipologia de referência das pessoas dependentes para ECCI a maioria foi referenciada para “cuidados de reabilitação” (66,9%) seguido para “cuidados de enfermagem” com 34,6%, estando em linha com distribuição da tipologia de referência para as ECCI a nível nacional (ACSS, 2019).

As famílias que integram a pessoa dependente

Relativamente à constituição familiar da pessoa dependente, verifica-se que maioritariamente a “família é constituída apenas pelo casal” (47,7%) seguidamente com 25,4% a “família é constituída por figura parental única; mãe, pai ou outro cuidador e presença de uma ou mais crianças ou outros dependentes” somando um total de 73,1% em que as famílias eram constituídas por duas pessoas, uma vez que as famílias com “figura parental única, mãe, pai ou outro cuidador”, correspondiam todas a situações de coabitação de duas pessoas em que uma delas era a pessoa dependente. Estes dados acompanham os estudos apresentados por Gonçalves (2013) e Regadas (2021) em que a maioria das famílias com pessoas dependentes também eram compostas apenas por dois elementos.

No que diz respeito à incapacidade para assegurar as atividades instrumentais de vida diária, verificou-se que a família não assegurava maioritariamente o “arranjo da casa” e a “preparação dos alimentos” (24,6%), seguida do acompanhamento do membro da família ao serviço de saúde com 23,8% das famílias. Estes dados podem ser justificados pelo uso, por parte das famílias, dos serviços de apoio domiciliário, um recurso social local, que garante serviços como alimentação, cuidados de higiene, arranjo da casa e tratamento de roupas.

O cuidador Principal

Constata-se que 6,2% das pessoas dependentes não tinham cuidador (n=8), situação à partida não esperada, uma vez que a referenciação para cuidados nas ECCI pressupõe rede de suporte social (Decreto-Lei n.º 101, 2006) e, portanto, um cuidador informal.

No que diz respeito à caracterização dos cuidadores principais, verificou-se que a maioria eram de “nacionalidade portuguesa” (99,2%), maioritariamente do “sexo feminino” (80,3%) com uma idade média de 67.23 anos. Quanto ao estado civil eram “casado/união de facto” em 79,5%. Estes achados são concordantes com os dados apontados nos estudos de Gonçalves (2013), Petronilho (2013), Regadas (2021), Rocha (2015) e Rodrigues (2020), com exceção da idade média apresentada no presente estudo (67,23 anos), que é superior aos estudos mencionados, que se situam na classe dos 50 aos 60 anos, com exceção do estudo apresentado por Rodrigues (2020) que apresenta média de idades dos cuidadores principais na mesma ordem de grandeza (65 anos), que poderá ser explicado por ter sido realizado num concelho pertencente ao ACES Baixo Mondego. Note-se que

estes cuidadores principais são mulheres, o que vai ao encontro do estereótipo social e cultural que ainda se vivência na sociedade europeia ocidental, onde é atribuído à mulher o papel de cuidadora dos membros da família (Rocha, 2015), e note-se de igual forma, que em média apresenta idade elevada; superior a 65 anos, que nos remete para a problemática de idosos a cuidar de idosos, assumindo responsabilidades no tomar conta dos familiares dependentes (Gonçalves, 2013) e, em muitos casos, a idade pode ser fator concorrente para capacidades limitadas para tomar conta.

Relativamente à caracterização socioeconómica dos cuidadores principais, profissionalmente, a maioria é “pensionista/reformado” (52,5%) seguido com 22,1% das pessoas “domésticas/desempregadas”. Quanto à escolaridade a maioria dos cuidadores principais detêm o “ensino básico – primeiro ciclo (4 anos)” (56,6%) seguido com 11,5% dos cuidadores principais com “ensino básico – terceiro ciclo (9 anos)”. Note-se que 18% da população detinha escolaridade com ensino “secundário” ou superior. Estes dados podem ser justificados pela idade média elevada da amostra, sendo que é superior a 65 anos, e como tal integrante na faixa etária correspondentes à reforma, contudo para 23,8% dos cuidadores (N=29), acumulam a responsabilidade de tomar conta da pessoa dependente com uma atividade profissional. No que diz respeito à profissão os dados acompanham os apresentados por Rocha (2015) e Rodrigues (2020), sendo que outros estudos apresentados apontam com profissão como doméstica a mais significativas nas amostras estudadas (Gonçalves, 2013; Petronilho, 2013; Regadas, 2021). Relativamente à escolaridade os dados apresentados acompanham os estudos acima mencionados.

Quanto ao grau de parentesco do cuidador principal com a pessoa dependente, 50,8% eram “cônjuges” seguido de “filha” com 21,3%. Estes dados não corroboram com estudos acima mencionados, uma vez que todos apontam como o grau de parentesco predominantes nas suas amostras de cuidadores principais o/a “filho/filha”, sendo que esta categoria surge em segundo lugar no presente estudo com 29,9% (somatório de filho e filha) da amostra.

No que diz respeito às capacidades dificultadoras do cuidador principal no exercício do papel, verifica-se que a maioria das dificuldades tem que ver com a dificuldade física para assistir no autocuidado, onde se destaca a “dificuldade física para dar banho” à pessoa dependente (41,5%) e a “dificuldade física para transferir a pessoa dependente”, com 40%. Note-se ainda que 3,9% dos cuidadores principais apresentam “dificuldade em adquirir nova informação” e 15,4% apresentam “dificuldades na gestão do regime

medicamentoso” dos seus dependentes. Estes dados, entre outros aspetos, podem ser justificados pela idade avançada dos cuidadores principais, que pode assumir-se como fator condicionante para as mesmas.

As NCEER no domínio do autocuidado

Entre as IEER mais identificadas como necessárias para as pessoas dependentes, a intervenção “providenciar os dispositivos aconselhados” é comum a todos os autocuidados comprometidos, com exceção do andar comprometido, sendo que para este autocuidado a intervenção identificada como mais necessária foi “treinar o andar com auxiliar de marcha”. Gonçalves (2013) considera que o investimento na manutenção da mobilidade por parte da pessoa e família, e a relativa facilidade de acesso a equipamentos como bengalas e andarilhos pode justificar a provisão dos equipamentos necessários por parte destes e, portanto, pode ser considerada como uma razão pela qual não ter sido identificado a necessidade de “providenciar os dispositivos aconselhados” para o andar comprometido.

Atendendo à média de idade, de 73,3 anos e à condição de saúde da amostra em estudo, em que mais de 50% das pessoas dependentes apresentam compromisso em todos os autocuidados, pode explicar importância dos “dispositivos aconselhados” como recursos adaptativos estruturantes para desenvolver o potencial de reconstrução de autonomia das pessoas dependentes por forma a capacitá-las para o autocuidado e para prevenção de complicações associadas à sua condição de saúde (Petronilho, 2013; Regulamento N° 392, 2019; World Health Organization [WHO] & United Nations Children’s Fund.[UNICEF], 2022). As IEER identificadas como necessárias vão no sentido da promoção do conhecimento, do acesso e da utilização dos “equipamentos aconselhados”, por parte das pessoas dependentes, com potencial de virem a melhorarem a sua condição de saúde (Gonçalves, 2013) e consequentemente promover uma transição de saúde/doença saudável implícita no processo da reconstrução da autonomia.

No que diz respeito à frequência esperada de implementação e à frequência implementada das IEER no domínio do autocuidado identificadas como necessárias, constata-se que na generalidade, a frequência esperada de implementação mais representativa é de “3 vezes por semana”, com particular evidência nas intervenções do tipo “treinar”, seguida de “2 vezes por semana” vinculadas às intervenções do tipo “ensinar” e por último “uma vez por semana” para as intervenções do tipo “providenciar”. Por outro lado, quanto à

frequência efetivamente implementada, excluindo a de implementação nula, é para a larga maioria das IEER “2 vezes por semana”, abrangendo as intervenções do tipo “treinar” e do tipo “ensinar”. As frequências de implementação acompanham os resultados conseguidos por Marvanejo (2017) em que aponta para a frequência de implementação de “duas vezes por semana” a mais frequente de um programa de reabilitação em contexto domiciliário, aponta ainda que uma frequência de implementação de “3 vezes por semana” tem impacto significativo em resultados em saúde, o que concorre com a frequência desejada de 3 vezes por semana, maioritariamente apontada pelos enfermeiros investigadores como necessária. Verifica-se ainda que a larga maioria das IEER, com exceção de “ensinar sobre acesso a dispositivos” para o andar e para o alimentar-se comprometido, a frequência esperada mais representativa é superior à mesma frequência na condição de implementada.

É de salientar que em todas as intervenções identificadas como necessárias para as pessoas dependentes, com exceção da intervenção “ensinar sobre acesso a dispositivos” para o alimentar-se comprometido, assumem frequência de implementação nula, ou seja, existiram pessoas dependentes a quem nunca foram implementadas as IEER mesmo quando identificadas como necessárias, destacando-se as IEER: “providenciar os dispositivos aconselhados” para o vestir ou despir-se comprometido com 100%; “providenciar os dispositivos aconselhados” para o transferir-se comprometido com 100%; “providenciar os dispositivos aconselhados” para o cuidar da higiene pessoal comprometido com 96,6%; “providenciar os dispositivos aconselhados” para o virar-se comprometido com 85,3%; “treinar a tomar/dar banho usando dispositivo” com 75%; treinar a vestir ou despir usando dispositivo” com 72,7% e “treinar a transferir através de dispositivo” com 63,2%. Destaca-se o predomínio das intervenções do tipo “providenciar” e “treinar”, mais concretamente, as “treinar” com recurso a um “dispositivo”, enquanto as IEER mais representativas que assumiram a frequência de implementação nula, com médias de implementação nula de 77,1%, 42,6 e 51,2%, respetivamente.

No mesmo sentido aponta a proporção média de implementação das IEER face ao esperado, que na sua globalidade, no conjunto das 32 IEER do domínio do autocuidado apresentou apenas uma proporção de 49,84%, ou seja, apenas foi implementado cerca de metade da frequência esperada para a globalidade das IEER identificadas como necessárias. Verifica-se que na maioria dos autocuidados avaliados apresentam uma

proporção média de implementação das IEER muito baixa face ao esperado, cerca de metade ou inferior a metade. Acima de metade do implementado face ao esperado, contudo com percentagens ainda baixas, encontram-se as proporções médias de implementado face ao esperado das IEER relativas ao compromisso no alimentar-se, no andar e no sentar-se. Estes dados podem ser de alguma forma justificados pela referenciação para as ECCI para cuidados diferentes de “cuidados de reabilitação”, na medida em que os outros profissionais não identifiquem as NCEER e, por conseguinte, não solicitem a colaboração do EEER para avaliação da pessoa dependente e eventual intervenção.

Quanto à proporção do implementado face ao esperado das IEER constata-se que a proporção média global no conjunto das 32 intervenções no domínio do autocuidado é baixa, apenas de 49,85%. Predominam as das intervenções do tipo “ensinar” enquanto intervenções com melhor proporção implementada face ao esperado, com uma média de 76,2% , entre as quais destacam-se as intervenções “ensinar sobre acesso a dispositivos” para o alimentar-se comprometido com 100%; “ensinar sobre acesso a dispositivos” para o andar comprometido com 90,48%, “ensinar sobre prevenção de quedas” para o transferir-se comprometido com 88,16% e “ensinar sobre acesso a dispositivos” para o virar-se comprometido com 76,47%. No lado oposto encontram-se as intervenções do tipo “providenciar” com pior proporção implementada face ao esperado, com uma média de apenas de 23,86% suportada nas intervenções “providenciar os dispositivos aconselhados” para o vestir-se ou despir-se e para o transferir-se comprometidos, ambos com 0,00%, com pior proporção de implementado face ao esperado. Constata-se igualmente que a proporção de implementação face ao esperado das intervenções do tipo “treinar” em particular, as “treinar” com recurso a um “dispositivo” apresentam igualmente baixas proporções, com uma média de 40,9% e 33,69% respetivamente, suportadas nas intervenções a “treinar a vestir ou despir-se usando dispositivo” com 21,97% e “treinar a tomar/dar banho usando dispositivo” com 23,44% com pior proporção de implementado face ao esperado. Destaca-se o predomínio das intervenções do tipo “providenciar” e do tipo “treinar”, dentro destas as “treinar” com recurso a um “dispositivo” enquanto intervenções com pior proporção implementada face ao esperado, com médias de 23,86%, 40,9% e 33,69% respetivamente.

Relativamente às IEER que nunca foram implementadas, assumiram, portanto, frequência de implementação nula face às necessidades identificadas, constata-se que das 32 IEER

identificadas como necessárias às pessoas dependentes, no domínio do autocuidado, apresentam uma média global de frequência de implementação nula de 41,55%, sendo esta média para as intervenções do tipo “ensinar” a mais baixa, apenas de 20,7%, seguida das intervenções do tipo “treinar” com 42,6%, contudo quando focalizada nas intervenções do tipo “treinar” com recurso a um “dispositivo”, esta média sobe para 51,2% e por último, seguidas das intervenções do tipo “providenciar” com uma média mais elevada com 77,1%. Entre as IEER que nunca foram implementadas, mesmo quando identificada a sua necessidade, destacam-se as intervenções do tipo “providenciar” e as do tipo “treinar”, mais concretamente as “treinar” com recurso a um “dispositivo”, que apresentam médias de frequência de implementação nula, mais elevadas com 77,1%, 42,6% e 51,2 % respetivamente.

Perante a constatação de que a frequência esperada mais representativa de implementação das IEER é superior à mesma frequência na condição de implementada, reforçada pela proporção média de implementação face ao esperado das IEER e pela abrangência e média de IEER que nunca foram implementadas face às necessidades identificadas, evidenciam que as NCEER quando identificadas, não foram garantidas na sua totalidade, ou mesmo nunca foram garantidas, às pessoas dependentes em contexto domiciliário. Estas evidências reportam para a problemática dos cuidados omissos, incompletos ou deixados por fazer, que são definidos “como a omissão de qualquer aspeto dos cuidados necessários ao doente, que é omitido (em parte ou no todo) ou atrasado” (Kalisch et al., 2009, p. 1510). Phelan et al. (2018), num estudo relativo a cuidados de enfermagem em contexto comunitário, aponta para 50% de cuidados omissos, que ficaram por realizar, que são acompanhados pelos dados do presente estudo.

Apesar de não garantida na sua plenitude de cuidados, as intervenções IEER do tipo “ensinar” são as que apresentam maior proporção média de implementação face ao esperado com 76,21% e menor frequência de implementação nula com 20,7% face às necessidades identificadas. Estes dados podem ser justificados por uma concordância entre a frequência esperada mais representativa para as intervenções do tipo “ensinar” e a frequência efetivamente implementada, que se verificou ser de “duas vezes por semana”. Podem ser indicativos da garantia dada pelo EEER em assegurar que dalguma forma, as pessoas dependentes tenham acesso a informação sistematizada sobre dispositivos identificados como necessários e como aceder a eles para a promoção do autocuidado ou prevenção de complicações associadas ao seu compromisso.

Entre as proporções médias de implementação face ao esperado por tipos de IEEE, destaca-se a proporção média das intervenções do tipo “providenciar”, como a mais baixa com 23,6% e, por outro lado, destaca-se igualmente para este tipo de intervenção a média mais alta de frequência de implementação nula com 77,1% face às necessidades identificadas, o que se traduz numa reduzida ou mesmo inexistente capacidade para providenciar os dispositivos aconselhados quando necessários. Igualmente para as intervenções do tipo “treinar” em particular as “treinar” com recurso a um “dispositivo” apresentam baixas proporções médias de implementado face ao esperado com 40,9% e 33,69% respetivamente, e uma média alta de frequência de implementação nula com 42,6% e 51,2% respetivamente. A baixa implementação das intervenções do tipo “treinar” parece ser sobreponível aos de Machado (2013) onde aponta a gestão de tempo (falta) para “treinar” a promoção das capacidades junto das pessoas, privilegiando as intervenções do tipo “ensinar”, ao mesmo tempo que a dificuldade no acesso aos dispositivos necessários pode justificar a consequente baixa implementação das intervenções “treinar” com recurso a um “dispositivo”.

A baixa utilização pelas pessoas dependentes, dos dispositivos aconselhados, em contexto domiciliário, face às necessidades identificadas é também descrita pelos estudos de Gonçalves (2013) e Regadas (2021) onde apontam entre outras razões para a baixa utilização dos dispositivos aconselhados a situação económica das famílias, o desconhecimento da forma como aceder aos dispositivos aconselhados e o desconhecimento dos próprios dispositivos (existência e como funcionam). No entanto, contrariamente a estes estudos, efetuados nos seios das famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado, sem acompanhamento de proximidade por qualquer instituição de saúde, o presente estudo reporta-se a pessoas dependentes, em contexto domiciliário, já identificadas como pessoas carenciadas de cuidados de saúde e por conseguinte admitidas em ECCI, que são equipas de saúde que asseguram cuidados multidisciplinares de proximidade que estão sob a responsabilidade dos cuidados de saúde primários em parceria com a RNCCI e serviços comunitários, que no seu contexto organizacional deveriam garantir os recursos humanos e materiais adequados às características sociodemográficas, epidemiológicas e geográficas da área que serve (Portaria nº 50, 2017). Constata-se então, que as ECCI apresentam dificuldade em providenciar ou facilitar o acesso aos dispositivos aconselhados, quer pela via da prescrição, quer pela via da disponibilização por instituições comunitárias ou sociais.

O estudo apresentado por Bento e Silva (2022) debruçado sobre os cuidados omissos em contexto domiciliário e de ECCI, apontam como razões dificultadoras dos enfermeiros providenciarem os dispositivos necessários às pessoas dependentes: a inexistência de dispositivos de apoio nas ECCI, a dificuldade na sua prescrição e burocracia no seu acesso. Para além destas, podem apontar-se outras que poderão concorrer para esta problemática como: a impossibilidade da prescrição dos dispositivos aconselhados pelos EEER no sentido da facilitação no acesso (Regulamento nº 392, 2019); a ausência nas ECCI de especialidades médicas necessárias para a prescrição no SAPA de alguns dispositivos considerados como necessários, ou uma articulação facilitada com estas no sentido de garantir a sua prescrição e acesso facilitado e em tempo útil (Despacho nº 7197, 2016); assim como articulação deficitária entre as ECCI e as diferentes instituições sociais e comunitárias, que eventualmente poderiam ceder os dispositivos avaliados como necessários.

A problemática do uso de equipamentos de apoio tem merecido a tenção das instituições internacionais sendo que a Organização Mundial de Saúde (OMS) considera que o “acesso à tecnologia de apoio é um direito humano e uma pré-condição para igualdade de oportunidades e participação” e propõe, a todos os países membros, que o fornecimento de tecnologia de apoio precisa de ser integrado em todos os setores chave de desenvolvimento, especialmente na saúde e assistência social, devidamente orçamentado por forma a melhorar e garantir o seu acesso às populações vulneráveis, como pessoas com deficiência e pessoas idosas (WHO & UNICEF, 2022, p.xi).

Independentemente das razões que dificultam o acesso aos dispositivos aconselhados, a sua não utilização acarretará consequências como: a não concretização de um potencial de reconstrução de autonomia facilitado por dispositivos; substituição da compensação garantida pelos dispositivos por ajuda de uma pessoa; perda de capacidades para o autocuidado e perda de capacidades para a prevenção de complicações associadas à dependência (Gonçalves, 2013, Petronilho 2013; Regadas, 2021).

A reduzida implementação das IEER face ao esperado às pessoas com dependência no autocuidado, portanto, cuidados omissos, são justificados por Phelan et al. (2018) pelo ambiente em que os enfermeiros trabalham, as exigências associadas ao estado de gravidade dos doentes e o número de enfermeiros disponível para prestar esses cuidados.

Neste estudo, em particular, podem apontar-se várias razões que se entendem como justificação possível para a reduzida implementação das IEER face ao esperado que passam: pela falta de recursos humanos como é exemplo a ausência de EEER nalgumas ECCI (Quadro 1) e por conseguinte falta de horas de cuidados (tempo) para garantir os cuidados necessários; pela falta de materiais adequados ao contexto de cuidados (área geográfica) e às necessidades de cuidados identificadas às pessoas dependentes; pela dificuldade por parte das ECCI, no seu contexto organizacional em articulação com RNCCI e recursos comunitários em disponibilizar os recursos necessários e; pelo tipo de referenciação de utentes para ECCI diferente de “cuidados de reabilitação”. Estas razões são quase na sua globalidade acompanhadas pelo estudo de Bento e Silva (2022) em que ainda acrescentam a natureza multidimensional e complexa dos cuidados exigidos, fragmentação dos profissionais, incluindo os EEER, por múltiplos projetos para além das ECCI e pela incapacidade das famílias no exercício do papel de cuidador informal. Os mesmos autores apontam que os enfermeiros têm a noção dos cuidados que ficam por realizar e que as expectativas conflituantes por um lado, entre o avaliado como necessário e o que se consegue implementar e, por outro lado, os cuidados que são desejados pelos utentes e os que lhes são oferecidos, gera-lhes sentimento de impotência e angústia.

A demanda de cuidados especializados em enfermagem de reabilitação face ao esperado pode afigurar-se como dificultador da reconstrução da autonomia, uma vez que das intervenções do tipo ensinar, treinar e facilitar o acesso/ providenciar dispositivos necessários assumem-se como integrantes nas terapêuticas de enfermagem facilitadoras da reconstrução da autonomia (Brito, 2012; Petronilho, 2013).

Este estudo não apresenta o propósito de descortinar os resultados em saúde das pessoas dependentes com a implementação das IEER avaliadas como necessárias, apesar disto, pode de alguma forma inferir-se que os cuidados de enfermagem de reabilitação poderão não ser efetivos, uma vez que poderão não traduzir-se em resultados em saúde inicialmente identificados como tangíveis (Donabedian, 2003). O mesmo autor defende que uma boa estrutura aumenta a possibilidade de se conseguir um bom processo, e um bom processo aumenta a possibilidade de se conseguir um bom resultado. Ou seja, os resultados (ganhos em saúde) são consequência do processo (como?), que por sua vez depende de componentes de estrutura (com que recursos?). Assim a não efetividade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação, inferida neste estudo, pode

justificar-se por componentes de estrutura como são exemplo as horas de cuidados especializados em enfermagem de reabilitação e a ausência ou dificuldade no acesso a dispositivos aconselhados para a promoção dos autocuidados, e justificado por componentes de processo como são exemplo a baixa proporção de implementação das IEER face ao esperado e a elevada média global de implementação nula das IEER identificadas como necessárias, que emergiram neste estudo.

CONCLUSÃO

Neste estudo, a utilização do “Formulário de avaliação de necessidades de cuidados de saúde e sociais das pessoas dependentes no autocuidado a viver no domicílio e dos seus cuidadores no contexto de ECCI” mostrou-se uma excelente ferramenta para recolher informação sobre as pessoas dependentes, seus cuidadores principais e suas famílias em contexto domiciliário admitidas em ECCI do ACES Baixo Mondego, por forma a proceder à sua caracterização e para descrever as NCEER no domínio do autocuidado das pessoas dependentes. Porém, a ausência de IEER no formulário relativas ao autocuidado Autogestão do Regime Medicamentoso, apesar de se considerar existir IEER no âmbito deste autocuidado, o formulário não permitiu este tipo de especificidade dos dados, pelo que se considera uma limitação do presente estudo.

Em termos de resultados obtidos podem caracterizar-se as pessoas dependentes admitidas em ECCI do ACES Baixo Mondego como maioritariamente homens, casados ou a viver em união de facto, com idade média de 77 anos e portugueses, são maioritariamente reformados ou pensionistas e com baixa escolaridade.

Mais de metade das pessoas dependentes apresentam compromisso em todos os autocuidados estudados, apresentando maioritariamente compromisso no andar, cuidar da higiene pessoal e vestir-se ou despir-se. Para a maioria a dependência foi originada por doença crónica, instalou-se de forma gradual e encontravam-se dependentes em média há cerca de 2,5 anos.

A larga maioria das pessoas dependentes consomem medicamentos e apresentam regimes medicamentosos complexos, em média consomem 7,3 fármacos diferentes distribuídos em 10 tomas diárias. Em média recorreram 1,72 vezes ao serviço de urgência e ficaram uma vez internadas no último ano. Quanto à tipologia de referenciação para ECCI, foram maioritariamente referenciados para cuidados de enfermagem de reabilitação.

As pessoas dependentes admitidas em ECCI do ACES Baixo Mondego estão integradas em famílias que na sua grande maioria eram constituídas apenas por duas pessoas, em que uma delas era a pessoa dependente, e que não asseguravam, maioritariamente, o arranjo da casa e a preparação dos alimentos.

A maioria das pessoas dependentes são cuidadas por mulheres, casadas ou a viver em união de facto, com idade média de 67 anos, reformadas ou pensionistas e com baixa escolaridade. Quanto à dificuldade no exercício do seu papel enquanto cuidadoras, a maioria apresenta dificuldade física para assistir no autocuidado sendo a capacidade física para dar banho e a capacidade física para transferir a pessoa dependente onde apresentam mais dificuldades.

No que se refere às NCEER, as pessoas dependentes necessitavam maioritariamente que lhes providenciassem os dispositivos aconselhados para a larga maioria dos autocuidados comprometidos. Quanto à frequência esperada de implementação mais representativa das IEER identificadas como necessárias, foi “3 vezes por semana”, distribuindo-se em “3 vezes por semana” para as intervenções do tipo “treinar”, “2 vezes por semana” para as intervenções do tipo “ensinar” e “uma vez por semana” para as intervenções do tipo “providenciar” no entanto, as IEER foram implementadas maioritariamente com uma frequência de “duas vezes por semana” e, apresentaram uma frequência de implementação esperada superior à frequência implementada.

Relativamente à proporção média da frequência implementada face ao esperado das IEER identificadas como necessárias, constata-se que na globalidade esta proporção é baixa situando-se em cerca de metade do esperado, apresentando apenas os autocuidados alimentar-se, andar e sentar-se comprometidos com médias superiores a 50% do implementado face ao esperado.

Quanto à proporção de implementado face ao esperado por tipo de intervenção, os dados levam a concluir que as intervenções do tipo “ensinar” são as mais implementadas, com uma proporção de 76,21% e as menos implementadas são as do tipo “providenciar” e “treinar”, em particular as “treinar” com recurso a um “dispositivo” com proporções de implementado face ao esperado de 23,86%, 40,9% e 33,69%, respetivamente.

Os dados do estudo também evidenciam que a larga maioria das IEER identificadas como necessárias assumem frequência de implementação nula, ou seja, existiram pessoas dependentes a quem foram identificadas IEER como necessárias, contudo nunca foram implementadas. A média global de implementação nula face às necessidades identificadas é 41,5%, onde se destacam as intervenções do tipo “providenciar” e do tipo “treinar” com recurso a um “dispositivo”, com médias de implementação nula face às necessidades identificadas de 77,5 e 51,5% respetivamente.

Em forma de conclusão, podem descrever-se as NCEER identificadas às pessoas dependentes admitidas nas ECCI do ACES Baixo Mondego da seguinte forma:

- Para a generalidade das IEER identificadas como necessárias, a frequência desejada de implementação é superior à implementada;
- A frequência de implementação esperada mais representativa das IEER avaliadas como necessárias é de “3 vezes por semana”, distribuindo-se em “3 vezes por semana” para as intervenções do tipo “treinar”; “2 vezes por semana” para as intervenções do tipo “ensinar” e “uma vez por semana” para as intervenções do tipo “providenciar”;
- A frequência de implementação é maioritariamente de “duas vezes por semana”;
- As IEER identificadas como mais necessárias são do tipo “providenciar”, contudo, foram as menos implementadas;
- As IEER do tipo “ensinar” são as que apresentam maior proporção de implementação face ao esperado e menor média de implementação nula face às necessidades identificadas, ou seja, foram as mais implementadas;
- As IEER do tipo “providenciar” e “treinar”, com especial evidência as “treinar” com recurso a um “dispositivo” são as que apresentam menor proporção de frequência de implementação face ao esperado e maior média de implementação nula face às necessidades identificadas, ou seja, foram as menos implementadas e;
- As NCEER identificadas, no domínio do autocuidado, não foram garantidas na sua plenitude às pessoas dependentes em contexto domiciliário admitidas nas ECCI do Baixo Mondego, com especial evidência as relativas à providência de dispositivos aconselhados para os diferentes autocuidados comprometidos e o respetivo treino no seu uso com vista ao desenvolvimento do potencial de reconstrução de autonomia das pessoas dependentes.

As conclusões apontam para a falta de plenitude na satisfação das NCEER às pessoas dependentes em contexto domiciliário, ou seja, para cuidados omissos, sustentados na menor frequência de implementação das IEER face ao esperado, em particular as do tipo “treinar”, “treinar” com recurso a um “dispositivo” e “providenciar” e pela média de implementação nula destas IEER face às necessidades identificadas, e por conseguinte, sugerem também a falta de efetividade nos cuidados de enfermagem de reabilitação.

Apesar das dificuldades evidenciadas para satisfazer as NCEER identificadas às pessoas dependentes admitidas em ECCI, entende-se que estas equipas continuam a ser um recurso de elevada importância uma vez que procuram garantir às pessoas dependentes cuidados de proximidade, com o objetivo de promover a sua autonomia, readaptação e reinserção familiar e social, respeitando a sua preferência de permanecer em suas casas e também, porque se acredita que as ECCI representam um esforço financeiro consideravelmente menor em relação ao internamento, particularmente o hospitalar.

No sentido de proporcionar a satisfação das NCEER às pessoas dependentes admitidas em ECCI, entende-se que é necessário que as ECCI, devidamente servidas pelas entidades que lhes dão suporte (instituições de saúde, da segurança social, comunitárias ou outras), garantam os componentes de estrutura e de processo necessários para proporcionar a sua satisfação e por forma a conseguir os resultados em saúde inicialmente avaliados como tangíveis. Assim, com suporte nas conclusões do presente estudo, elencam-se algumas sugestões que se entendem como importantes para a satisfação das NCEER identificadas:

- Por forma a proporcionar o acesso aos dispositivos ou produtos de apoio avaliados como necessários para as pessoas dependentes:
 - Sugere-se que as diferentes entidades de suporte às ECCI, de saúde, sociais, comunitárias ou outras, garantam bancos de dispositivos e produtos de apoio;
 - Sugere-se a criação de circuitos de informação e articulação, perfeitamente definidos entre as ECCI e as diferentes entidades que lhes dão suporte, por forma a que se garanta em tempo útil e de forma facilitada o acesso aos dispositivos ou produtos de apoio considerados como necessários às pessoas dependentes;
 - Sugere-se a criação de circuitos de informação e articulação entre as ECCI e as diferentes especialidades médicas necessárias para garantir e facilitar o acesso aos produtos de apoio que careçam das respetivas prescrições;
- Por forma a proporcionar o tempo necessário para implementação dos planos de intervenção de reabilitação acordados com as pessoas dependentes e famílias sugere-se:
 - Dotações seguras das equipas das ECCI, em particular com EEER, devidamente ajustadas às condições de saúde das pessoas dependentes e à natureza dos cuidados necessários;

- Transportes adequados, por forma a proporcionar deslocações atempadas, sem desperdício de tempos associados à sua gestão com as demais unidades ou profissionais de saúde;
- Por forma a proporcionar a universalidade de acesso das pessoas dependentes aos cuidados especializados de enfermagem de reabilitação, sugere-se uma articulação fluida e efetiva entre os diferentes profissionais da equipa multidisciplinar da ECCI, em que a referenciação para o EEER seja facilitada, por forma a garantir os cuidados especializados de enfermagem de reabilitação necessários e assim contribuir para o plano individual de intervenção da equipa multidisciplinar à pessoa dependente e família e;
- Por forma a proporcionar a efetividade dos cuidados de saúde, com base numa gestão eficiente dos recursos sugere-se que o EEER assuma o papel de gestor de caso no âmbito da equipa multidisciplinar da EEI, assumindo-se como o elemento responsável direto pelo acompanhamento do processo individual da pessoa dependente e pivot na articulação com os demais intervenientes na prestação de cuidados. Portanto, assume-se, como provedor da pessoa dependente e família, por forma a antecipar e a proporcionar atempadamente os recursos necessários, de saúde, sociais e comunitários, para suprir as necessidades identificadas por forma a promover a autonomia, o bem-estar e participação social.

Com a concretização das sugestões acima apresentadas, acredita-se que concorram de forma significativa para a melhoria da proporção das IEER implementadas face ao esperado e para a plenitude na resposta às NCEER das pessoas dependentes, e, por conseguinte, contribuir para a efetividade da intervenção dos EEER em contexto familiar e domiciliário. Assim poderão ser proporcionados ganhos em saúde para a pessoa dependente, cuidador e família, centrados na promoção da autonomia, promoção da capacidade para tomar conta, prevenção do compromisso dos processos corporais, evicção da condição de dependência total, assim como redução do recurso ao serviço de urgências hospitalares.

Este estudo centra-se na descrição das NCEER às pessoas dependentes, em contexto domiciliário, e concluiu que não foram satisfeitas na sua plenitude, para o efeito são avançadas um conjunto de sugestões que, ao virem a concretizar-se, podem ter um impacto positivo na satisfação das NCEER identificadas e, por conseguinte, virem a

contribuir para a efetividade dos cuidados de enfermagem de reabilitação. Assim, propõe-se a realização de mais estudos no sentido de avaliar a efetividade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação em contexto domiciliário e consequentemente se apurem as razões que estarão a justificar eventual falta de efetividade dos mesmos, assim como apontem eventuais medidas que as corrijam.

Por fim, acredita-se que os cuidados de proximidade oferecidos pelo EEER em contexto de ECCI, podem assumir um papel realmente diferenciador, justificado quer pela conceção e implementação de cuidados especializados em enfermagem de reabilitação, quer pelo exercício do papel de gestor de caso, na medida em que gere e otimiza os recursos avaliados como necessários, promove a autonomia da pessoa, e assim, contribui para ganhos efetivos em saúde para as pessoas de pendentes e suas famílias, ao mesmo tempo que proporciona que as pessoas possam continuar a viver em suas casas, no seu contexto e com as pessoas que lhes são mais significativas, conforme sua vontade e desejo, contribuindo positivamente para a sua qualidade de vida, bem-estar e participação social.

BIBLIOGRAFIA

- Administração Central do Sistema de Saúde (2016). *Relatório de monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)* – 2016. <https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/07/RNCCI-Relatorio-Monitorizacao-Anual-2016.pdf>
- Administração Central do Sistema de Saúde (2017). *Relatório de monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)* – 2017. <https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2018/11/Relatorio-de-Monitorizacao-da-RNCCI-2017.pdf>
- Administração Central do Sistema de Saúde (2018). *Relatório de monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)* – 2018. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/07/Relatorio-de-Monitorizacao-RNCCI_2018.pdf
- Administração Central do Sistema de Saúde (2019). *Relatório de monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)* – 2019. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/08/Relatorio_-Monitorizacao_RNCCI-2019.pdf
- Bastos, F. S. (2013). *A pessoa com doença crónica: uma teoria explicativa sobre a problemática da gestão da doença e do regime terapêutico* [Tese de Doutoramento]. Universidade Católica Portuguesa.
- Bento, M C. (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 Baixo Mondego*. [Tese de Doutoramento]. Universidade Católica Portuguesa.
- Bento, M. C. S. S.C., & Silva, A. P. (2022). Cuidados omissos em contexto de cuidados domiciliários: Razões na perspetiva dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(1). <https://doi.org/10.12707/RV21005>

- Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (2020, maio, 30). Contratualização. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/contratualizacao/idg/Paginas/default.aspx>
- Brito, M. A. (2012). *A reconstrução da autonomia após um evento gerador de dependência. uma teoria explicativa*. [Tese de Doutoramento]. Universidade Católica Portuguesa.
- Costa, A. (2013). *Famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado - estudo exploratório de base populacional no concelho de Lisboa*. [Tese Doutoramento]. Universidade Católica Portuguesa.
- Decreto de lei nº 101/ 2006 dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social (2006) Diário da República: I Série – A, n.º 109. <https://files.dre.pt/1s/2006/06/109a00/38563865.pdf>
- Despacho n.º 7197/2016 do Instituto Nacional para a Reabilitação I.P. (2016). Diário da República II Série, n.º 105. <https://files.dre.pt/2s/2016/06/105000000/1716817185.pdf>
- Donabedian, A. (2003). *An introduction to quality assurance in health care*. Oxford University Press.
- Faria, A.C.A., Martins M.M.F.P.S, Ribeiro O.M.P.L., Gomes B.P. & Fernandes C.S.N.N. (2020). Elderly residents in the community: gaining knowledge to support a rehabilitation nursing program. *Revista Brasileira de Enfermagem*, (Supl 3). <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0194>
- Faria, A.C.A., Martins, M.M.F.P.S., Aguilera, J.A,L, Ribeiro, O.M.P.L. & Silva, J.M.A.V.(2022). Construction and validation of a rehabilitation nursing program for fragile elderly. *Revista Brasileira de Enfermagem*; (Suppl 4) 75:e20210562. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0562>
- Fernandes, P. G. (2014). *Famílias que integram dependentes no autocuidado no concelho da Maia: Caracterização das necessidades da pessoa dependente*. [Dissertação de Mestrado]. ESEP – Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Ferreira, F., Fonseca, C., Ramos, A., Lopes, M. J., & Santos, V. (2017). Estudo de necessidades de cuidados de pessoas com 65 e mais anos de idade, proposta de intervenção dos cuidados de enfermagem de reabilitação. *Journal of Aging & Innovation*, 6(3), 32-42

- Ferreira, F., Fonseca, C., Ramos, A., Lopes, M. J., & Santos, V. (2017). Estudo de necessidades de cuidados de pessoas com 65 e mais anos de idade, proposta de intervenção dos cuidados de enfermagem de reabilitação. *Journal of Aging & Innovation*, 6(3), 32-42. <https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/22855/1/4-Necessidades-de-cuidados-de-Enfermagem-de-Reabilitac%CC%A7a%CC%83o-proposta-de-intervenc%CC%A7a%CC%83o.pdf>
- Filipe, M. M. (2015). *Contributo para um modelo de contratualização de cuidados em contexto domiciliário – estudo exploratório sobre os custos de funcionamento das ECCI*. [Tese de Doutoramento]. Universidade Católica Portuguesa.
- Fortin, M.-F., Côte, J., & Filion, F. (2009). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Lusociência.
- Fundação Francisco Manuel dos Santos (2015). *PORDATA Base de Dados Portugal Contemporâneo - Famílias Clássicas por número de Indivíduos*. <https://www.pordata.pt/DB/Municipios/Ambiente+de+Consulta/Tabela>
- Fundação Francisco Manuel dos Santos (2021a). *PORDATA Base de Dados Portugal Contemporâneo -Índice de Envelhecimento*. <https://www.pordata.pt/DB/Municipios/Ambiente+de+Consulta/Tabela>
- Fundação Francisco Manuel dos Santos (2021b). *PORDATA Base de Dados Portugal Contemporâneo - População residente, média anual: total e por grupo etário*. <https://www.pordata.pt/DB/Municipios/Ambiente+de+Consulta/Tabela>
- Gomes, J., Soares, C. M., & Bule, M. J. (2019). Enfermagem de Reabilitação na prevenção de quedas em idosos no domicílio. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*, 2(1), 11–17. <https://doi.org/10.33194/rper.2019.v2.n1.02.4571>
- Gonçalves, P. J (2013). *Famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado - estudo exploratório de base populacional no concelho do Porto*. [Tese de Doutoramento]. Universidade Católica Portuguesa, Portugal.
- Herdman, T.H.& Kamitsuru, S. (2018). *Diagnósticos de Enfermagem da Nanda -I: Definição e Classificação, (11 ed)*. Artmed.
- Instituto Nacional de Estatística (2011). *Censos de 2011: Resultados definitivos: Portugal*. https://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_publicacao_

det&contexto=pu&PUBLICACOESpub_boui=73212469&PUBLICACOESmodo=2
&selTab=tab1&pcensos=61969554

Instituto Nacional de Estatística (2017). *Destaque de informação à comunicação social - Projeções de População Residente: 2015-2080*.
https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=277695619&DESTAQUESmodo=2

Instituto Nacional de Estatística (2021). *Estatísticas Demográficas – 2020*.
https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=442993507&PUBLICACOESmodo=2

Instituto Nacional para a Reabilitação (2020). *O sistema de atribuição de produtos de apoio – SAPA*.
https://www.inr.pt/resultados-de-pesquisa/-/journal_content/56/11309/359683?p_p_auth=tYEILOGd

International Council of Nurses (2005). *CIPE® Versão 1.0 – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros

International Council of Nurses (2016). *CIPE® Versão 2015 – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros

International Council of Nurses. (2021, maio, 30). ICNP Browser.
<https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>

Johansson, A., Ernsth Bravell, M., Karlsson, A. B., & Fristedt, S. (2021). Valuable aspects of home rehabilitation in Sweden: Experiences from older adults. *Health science reports*, 4(1), e249. <https://doi.org/10.1002/hsr2.249>

Kalisch, B. J., Landstrom, G. L., & Hinshaw, A. S. (2009). Missed nursing care: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 65(7), 1509–1517.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05027.x>

Machado, M. M., Vieira, M., & Almeida, S. (2016). Health and self-care profile of older people: A descriptive study in nursing homes, in northern Portugal. *Quality in primary care*, 24(1), 12-16. <https://www.primescholars.com/articles/health-and-selfcare-profile-of-older-people-a-descriptive-study-in-nursing-homes-in-northern-portugal.pdf>

- Machado, P. A. P. (2013). *Papel do prestador de cuidados: Contributo para promover competências na assistência ao cliente idoso com compromisso no autocuidado* [Tese de doutoramento]. Universidade Católica Portuguesa <http://hdl.handle.net/10400.14/15344>
- Maia, H. M. (2012). *Tomar conta de pessoas dependentes no domicílio: Estudo exploratório acerca dos recursos utilizados no seio das famílias clássicas do concelho do Porto*. [Dissertação de Mestrado]. Universidade Católica Portuguesa.
- Martins, J. (2008). Investigação em Enfermagem: alguns apontamentos sobre a dimensão ética. *Pensar Enfermagem*, 12 (2), 62–66. http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2008_12_2_62-66.pdf
- Martins, M. M., Ribeiro, O., & Ventura, J. (2018). Orientações concetuais dos enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação em hospitais portugueses. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*, 1(2), 42–48. <https://doi.org/10.33194/rper.2018.v1.n2.02.4409>
- Marvanejo, D. J. D. (2017). *Funcionalidade dos utentes internados no domicílio em Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI): Intervenção do Enfermeiros Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. [Tese de Mestrado]. Escola Superior de Saúde de Viseu– Instituto Politécnico de Viseu.
- Matos, M. J., & Araújo, C. (2021). Prevenção de lesões músculo-esqueléticas nos cuidadores informais de doentes dependentes no domicílio: Intervenção do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*, 4(1), 56–63. <https://doi.org/10.33194/rper.2021.v4.n1.157>
- Meleis, A. (2010). *Transitions theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E., Messias, D. K.H. & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*. 23(1), 12-28.
- Ministério da Saúde (2018). *Retrato da Saúde, Portugal*. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE_2018_compressed.pdf
- Missão para os Cuidados de Saúde Primários (2007). *Equipa de Cuidados Continuados Integrados – Orientações para a sua constituição nos Centros de Saúde*.

<https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/05/Orienta%C3%A7%C3%B5es-para-a-constitu%C3%A7%C3%A3o-de-equipa-de-Cuidados-Continuados-Integrados-2007.pdf>

Nunes, L. (2013). *Considerações Éticas a atender nos trabalhos de investigação académica*. Departamento de Enfermagem ESS/IPS. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4547/1/consid%20eticas%20na%20investig%20academica%20em%20enfermagem.pdf>

Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2015). *Acesso aos cuidados de saúde. Um direito em risco? – Relatório de Primavera 2015*. https://observatorio-lisboa.eapn.pt/ficheiro/Saude_Relatorio_Primavera_2015.pdf

Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2018). *Meio Caminho Andado - Relatório Primavera 2018*. <http://opss.pt/wp-content/uploads/2018/06/relatorio-primavera-2018.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2009). *Estabelecer parcerias com os indivíduos e as famílias para promover a adesão ao tratamento – Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (Cipe®)*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/CIPE_AdesaoTratamento.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2015a). *Áreas de Investigação Prioritárias para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/Areas_Investigacao_Prioritarias_para_EER.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2015b). *Padrão Documental dos Cuidados da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/PadraoDocumental_EER.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2015c). *Código Deontológico*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>

- Ordem dos Enfermeiros (2018). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8141/ponto-4_regulamento-dos-padr%C3%B5es-qualidade-ceer.pdf
- Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of Practice* (6^a ed). Mosby.
- Petronilho, F. A, Pereira, C. M., Magalhães, A. I., Carvalho, D. M., Oliveira, J.M., Castro, P. R. & Machado, M. M. (2017). Evolução das pessoas dependentes no autocuidado acompanhadas na Rede Nacional de Cuidados Continuado Integrados. *Revista de Enfermagem de Referência*, serie IV- nº 14, 39-48. <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/53844/2/Evolu%C3%A7%C3%A3o%20das%20pessoas%20dependentes%20no%20autocuidado%20acompanhadas%20na%20RNCCI.pdf>
- Petronilho, F. A. (2012). *Autocuidado: conceito central da enfermagem*. Formasau.
- Petronilho, F. A., Pinto, A. M., Barbosa, Marinho, E. P., Maçaira, A. I. & Magalhães, A. I. C. (2015). Evolução da condição de saúde dos dependentes acompanhados por Equipas de Cuidados de Continuados Integrados. *Referência*, IV (3), 34. <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/43090/1/Evolu%C3%A7%C3%A3o%20da%20condi%C3%A7%C3%A3o%20sa%C3%Bade%20dos%20dependentes%20acompanhados%20por%20ECCI.pdf>
- Petronilho, F. A., Silva, A. A & Pereira, F. M. (2017). Evolução e destino das pessoas dependentes no autocuidado: Estudo longitudinal. *Revista Investigação em Enfermagem*, 18, 33-43.
- Petronilho, F.A. (2013). *A alta hospitalar do doente dependente no autocuidado: decisões, destinos, padrões de assistência e de utilização dos recursos – estudo exploratório sobre o impacte nas transições do doente e do familiar cuidador*. [Tese de Doutoramento]. Universidade de Lisboa.
- Phelan, A., McCarthy, S., & Adams, E. (2018). Examining missed care in community nursing: A cross section survey design. *Journal of Advanced Nursing*, 74(3), 626-636. doi:10.1111/jan.13466
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2018). *Essentials of Nursing research: Appraising evidence for nursing practice*; (9 ed). Wolters Kluwer

- Portaria nº 50/ 2017 dos Ministérios do Trabalho, da Solidariedade Social e da Saúde (2017) Diário da República: I Série, n.º 24. <https://files.dre.pt/1s/2017/02/02400/0060800629.pdf>
- Queirós, P., Vidinha, T., & Filho, A. (2014). Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência, IV* (3), 157–164.
- 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
- Regulamento n.º 392/2019 da Ordem dos Enfermeiros (2019). Diário da República II Série, n.º 85. <https://files.dre.pt/2s/2019/05/085000000/1356513568.pdf>
- Rocha, C. (2015). *Famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado - estudo exploratório de base populacional no concelho da Maia*. [Tese de Doutoramento]. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto.
- Rodrigues, C. M. N. C. (2015). *Famílias com Pessoas Dependentes no Autocuidado – Implicações para o Enfermeiro de Família*. [Tese de Mestrado]. Faculdade de Economia – Universidade de Coimbra.
- Santos, C. A. S. (2019). *O papel do Enfermeiro de Reabilitação na capacitação do cuidador informal – revisão da literatura*. [Tese de Mestrado]. Escola Superior de Saúde de Viseu– Instituto Politécnico de Viseu.
- Silva, A. (2012). Prefácio. In F. A. Petronilho (Ed.), Autocuidado: conceito central da enfermagem. *Formasau* (pp. 9–10)
- Silva, A. G., Rosete, C.; Lopes, F.; Cordeiro, J., & Siva, S. (2018). *Plano Local de saúde 2018-2020*. <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5-wpengine.netdna-ssl.com/files/2019/01/PLANO-LOCAL-DE-SA%C3%9ADE-ACeS-BM.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., Cardoso, A., Sequeira, C., Morais, E. J., Bastos, F., Pereira, F., Padilha J. M., Cruz I., Oliveira M. F., Brito M. A., Silva M. A., Machado N., Sousa P., Sousa P. &

- Marques P. (2014). *Análise da parametrização nacional do sistema de apoio à prática de enfermagem - SAPE®*. Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Wiles, J. L., Leibing, A., Guberman, N., Reeve, J., & Allen, R. E. (2012). The meaning of "aging in place" to older people. *The Gerontologist*, 52(3), 357–366. <https://doi.org/10.1093/geront/gnr098>
- World Health Organization & United Nations Children's Fund. (2022). Global Report on Assistive Technology. <https://www.unicef.org/reports/global-report-assistive-technology>

ANEXOS

ANEXO I – Formulário de avaliação de necessidades de cuidados de saúde e sociais das pessoas dependentes no autocuidado a viver no domicílio e dos seus cuidadores no contexto de ECCL.

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 ECCL'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)

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, artífices e trabalhadores similares
☐ Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem
☐ Trabalhadores não qualificados
☐ Doméstico
☐ Desempregado
☐ Pensionista / Reformado
☐ Estudante
☐ Outra

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

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)

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, artífices e trabalhadores similares
☐ Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem
☐ Trabalhadores não qualificados
☐ Doméstico
☐ Desempregado
☐ Pensionista / Reformado
☐ Estudante
☐ Outra

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

Grau de Parentesco

- ☐ Pai
☐ Mãe
☐ Filha
☐ Filho
☐ Cônjuge
☐ Outros: _____

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

- ☐ **Oxigenoterapia**

	Beneficiário	Freq. Esperada	Freq. implementada	Quem implementa
☐ 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 ECCL's

	Beneficiário	Freq. esperada	Freq. implementada	Quem implementa
☐ Traqueostomia				
☐ Executar cuidados à traqueostomia				
☐ Trocar cânula de traqueostomia				
☐ Ensinar sobre traqueostomia	☐ Doente ☐ Cuidador ☐ Ambos			
☐ Ensinar sobre autovigilância da pele peri-traqueostomia	☐ Doente ☐ Cuidador ☐ Ambos			
☐ Treinar cuidados à traqueostomia	☐ Doente ☐ Cuidador ☐ Ambos			
☐ Treinar cuidados à pele periestomal	☐ Doente ☐ Cuidador ☐ Ambos			
☐ Treinar a trocar cânula	☐ Doente ☐ Cuidador ☐ Ambos			
☐ Ensinar sobre acesso a dispositivos	☐ Doente ☐ Cuidador ☐ Ambos			
☐ Providenciar os dispositivos aconselhados				
☐ Ostomia de eliminação				
☐ Executar cuidados à ostomia				
☐ Trocar saco				
☐ Trocar placa				
☐ Ensinar sobre a ostomia de eliminação	☐ Doente ☐ Cuidador ☐ Ambos			
☐ Ensinar sobre autovigilância da pele peri-ostomia	☐ Doente ☐ Cuidador ☐ Ambos			
☐ Treinar cuidados à ostomia	☐ Doente ☐ Cuidador ☐ Ambos			
☐ Treinar cuidados à pele periestomal	☐ Doente ☐ Cuidador ☐ Ambos			
☐ Treinar a trocar saco	☐ Doente ☐ Cuidador ☐ Ambos			
☐ Treinar a trocar placa	☐ Doente ☐ Cuidador ☐ Ambos			
☐ Ensinar sobre acesso a dispositivos	☐ Doente ☐ Cuidador ☐ Ambos			
☐ Providenciar os dispositivos aconselhados				
Processo neuromuscular				
☐ Consciência comprometida				
☐ Paresia				
☐ Desuso				
☐ Rigidez articular				
☐ Executar técnica de exercício músculo-articular passivo				
☐ Executar técnica de exercício músculo-articular ativo-assistido				
☐ Executar técnica de exercício músculo-articular ativo-resistido				
☐ Executar técnica de mobilização ativa-assistida da face				
☐ Executar técnica de mobilização passiva da face				
☐ Instruir exercícios músculo-articulares	☐ Doente ☐ Cuidador ☐ Ambos			
☐ Treinar exercícios músculo-articulares	☐ Doente ☐ Cuidador ☐ Ambos			
☐ Instruir exercícios isométricos	☐ Doente ☐ Cuidador ☐ Ambos			
☐ 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

Local do corpo	Topologia		Força muscular	
Membro superior	dt	esq	dt	esq
Membro inferior	dt	esq	dt	esq
Face	dt	esq		
Pálpebra				
outros				

Desuso

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 túbio -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			
☐ Executar técnica de treino do equilíbrio dinâmico	☐ Doente ☐ Cuidador ☐ Ambos			
☐ Instruir o treino do equilíbrio dinâmico	☐ Doente ☐ Cuidador ☐ Ambos			
☐ Treinar equilíbrio dinâmico	☐ 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 cinesioterapia 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			

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

- ☐ Ensinar sobre exercícios para prevenir complicações do compromisso da perfusão dos tecidos
- ☐ Treinar exercícios músculo articulares promotores da perfusão periférica dos tecidos

☐ Doente ☐ Cuidador ☐ Ambos			
☐ Doente ☐ Cuidador ☐ Ambos			

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**

Local do corpo	Topologia	
Pulmão	dt	esq

○ **Limpeza da via aérea comprometida**

Local do corpo	Topologia	
Pulmão	dt	esq

○ **Perfusão dos tecidos periféricos comprometida**

Local do corpo	Topologia	
Membro superior	dt	esq
Membro inferior	dt	esq

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				
☐ Aplicar fralda				
☐ 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			

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

- ☐ Treinar autocateterização vesical
- ☐ Treinar a estimular zonas gatilho da micção
- ☐ Treinar a trocar dispositivo urinário

☐ Doente ☐ Cuidador ☐ Ambos			
☐ Doente ☐ Cuidador ☐ Ambos			
☐ Doente ☐ Cuidador ☐ Ambos			

Processo do sistema tegumentar

☐ **Membrana mucosa comprometida**

- ☐ Tratar membrana mucosa
- ☐ Lavar cavidade oral
- ☐ Ensinar sobre tratamento da membrana mucosa
- ☐ Ensinar sobre sinais de complicação da membrana mucosa

☐ Doente ☐ Cuidador ☐ Ambos			
☐ 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 ECCL's

	Beneficiário	Freq. esperada	Freq. implementada	Quem implementa
☐ Eritema pelas fraldas				
☐ Aplicar creme na região perineal	☐ Doente ☐ Cuidador ☐ Ambos			
☐ Ensinar sobre tratamento do eritema	☐ Doente ☐ Cuidador ☐ Ambos			
☐ Ensinar sobre troca da fralda	☐ Doente ☐ Cuidador ☐ Ambos			
☐ Ensinar sobre vigilância da pele	☐ Doente ☐ Cuidador ☐ Ambos			
☐ Úlcera de pressão				
☐ Executar tratamento da úlcera de pressão	☐ Doente ☐ Cuidador ☐ Ambos			
☐ Ensinar sobre cuidados à úlcera de pressão	☐ Doente ☐ Cuidador ☐ Ambos			
☐ Ensinar sobre sinais de complicação da úlcera de pressão	☐ Doente ☐ Cuidador ☐ Ambos			
☐ Úlcera venosa				
☐ Executar tratamento da úlcera venosa				
☐ Aplicar meias elásticas				
☐ Aplicar ligadura de compressão				
☐ Ensinar sobre cuidados à úlcera venosa	☐ Doente ☐ Cuidador ☐ Ambos			
☐ Ensinar sobre sinais de complicação da úlcera venosa	☐ Doente ☐ Cuidador ☐ Ambos			
☐ Ensinar sobre terapia compressiva	☐ Doente ☐ Cuidador ☐ Ambos			
☐ Ensinar sobre estratégias de promoção do retorno venoso	☐ Doente ☐ Cuidador ☐ Ambos			
☐ Úlcera diabética				
☐ Executar tratamento da úlcera diabética				
☐ Posicionar para otimizar a perfusão periférica dos tecidos				
☐ Ensinar sobre cuidados à úlcera diabética	☐ Doente ☐ Cuidador ☐ Ambos			
☐ Ensinar sobre sinais de complicação da úlcera diabética	☐ Doente ☐ Cuidador ☐ Ambos			
☐ Ensinar sobre posicionamento facilitador da perfusão dos tecidos	☐ Doente ☐ Cuidador ☐ Ambos			
Processo do sistema regulador				
☐ Hipo/Hiperglicemia				
☐ Gerir regime medicamentoso	☐ Doente ☐ Cuidador ☐ Ambos			
☐ Ensinar sobre regime medicamentoso	☐ Doente ☐ Cuidador ☐ Ambos			
☐ Ensinar sobre complicações da hipo/hiperglicemia	☐ Doente ☐ Cuidador ☐ Ambos			
☐ Ensinar sobre controlo da hipo/hiperglicemia	☐ Doente ☐ Cuidador ☐ Ambos			
☐ Ensinar sobre glicemia	☐ Doente ☐ Cuidador ☐ Ambos			
☐ Ensinar sobre insulina	☐ Doente ☐ Cuidador ☐ Ambos			
☐ Ensinar sobre prevenção de complicações da hipoglicemia/hiperglicemia	☐ Doente ☐ Cuidador ☐ Ambos			
☐ Ensinar sobre sinais de hipo/hiperglicemia	☐ Doente ☐ Cuidador ☐ Ambos			
☐ Treinar a avaliar a glicemia capilar	☐ Doente ☐ Cuidador ☐ Ambos			
☐ Treinar a administrar insulina	☐ 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 ECCL'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 ECCL's

	Beneficiário	Freq. esperada	Freq. implementada	Quem implementa
☐ Desidratação				
☐ Gerir hidratação				
☐ Administrar solução de hidratação				
☐ Ensinar sobre regime de ingestão de líquidos	☐ Doente ☐ Cuidador ☐ Ambos			
☐ Ensinar sobre desidratação	☐ Doente ☐ Cuidador ☐ Ambos			
☐ Edema				
☐ Posicionar para diminuir edema				
☐ Ensinar sobre sinais de retenção de líquidos	☐ Doente ☐ Cuidador ☐ Ambos			
☐ Ensinar sobre complicações da retenção de líquidos	☐ Doente ☐ Cuidador ☐ Ambos			
☐ Ensinar sobre prevenção de lesões tegumentares	☐ Doente ☐ Cuidador ☐ Ambos			
☐ Ensinar sobre sinais de compromisso do processo neurovascular	☐ Doente ☐ Cuidador ☐ Ambos			
☐ Ensinar sobre posicionamento para diminuir o edema	☐ Doente ☐ Cuidador ☐ Ambos			
☐ Intolerância à atividade				
☐ Ensinar sobre conservação de energia	☐ Doente ☐ Cuidador ☐ Ambos			
☐ Ensinar sobre gestão dos períodos de atividade e repouso	☐ Doente ☐ Cuidador ☐ Ambos			
Autocuidado				
☐ Virar-se comprometido				
☐ Posicionar				
☐ Posicionar usando dispositivo				
☐ Aplicar colchão de alívio de pressão				
☐ Ensinar sobre prevenção de complicações na articulação da anca enquanto deitado	☐ Doente ☐ Cuidador ☐ Ambos			
☐ Treinar o virar	☐ Doente ☐ Cuidador ☐ Ambos			
☐ Treinar o virar usando dispositivo	☐ Doente ☐ Cuidador ☐ Ambos			
☐ Ensinar sobre acesso a dispositivos	☐ Doente ☐ Cuidador ☐ Ambos			
☐ Providenciar os dispositivos aconselhados				
☐ Transferir-se comprometido				
☐ Transferir				
☐ Transferir usando dispositivo				
☐ Ensinar sobre prevenção de quedas	☐ Doente ☐ Cuidador ☐ Ambos			
☐ Treinar a transferir	☐ Doente ☐ Cuidador ☐ Ambos			
☐ Treinar a transferir através de dispositivo	☐ Doente ☐ Cuidador ☐ Ambos			
☐ Treinar para prevenção de complicações na articulação da anca durante o transferir-se	☐ Doente ☐ Cuidador ☐ Ambos			
☐ Ensinar sobre acesso a dispositivos	☐ Doente ☐ Cuidador ☐ Ambos			
☐ Providenciar os dispositivos aconselhados				
☐ Sentar-se comprometido				
☐ 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

- **AUTOUIDADO**
 - 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 ECCL'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	☐ Doente ☐ Cuidador ☐ Ambos			
☐ Treinar o andar com auxiliar de marcha	☐ Doente ☐ Cuidador ☐ Ambos			
☐ 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**

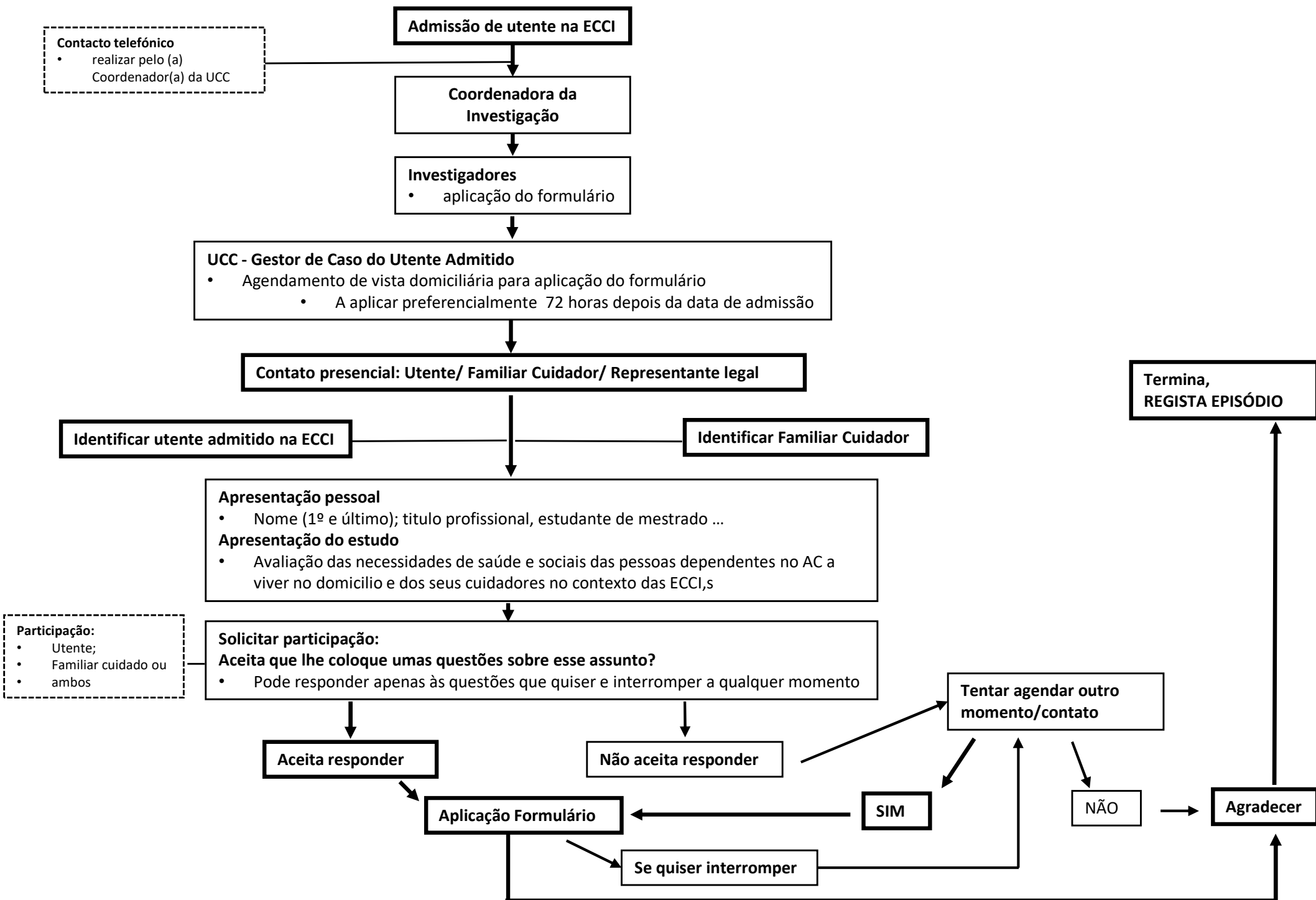
 - **Alimentar-se comprometido**

 - **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:

ANEXO II - Fluxograma de referenciação e aplicação do formulário



ANEXO III - Orientações para preenchimento do 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**

ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO

- 1) Formulário a aplicar a Utentes e seus cuidadores admitidos em ECCI, após 48/72 horas de admissão e consentimento do mesmo ou representante legal;
- 2) Formulário a preencher, sempre que possível, em conjunto com o enfermeiro “gestor de caso” do utente admitido em ECCI; com base na sua opinião clínica;
- 3) A “frequência esperada” refere-se à frequência de implementação da IE, tendo por base a evidência científica, o juízo clínico do enfermeiro e a condição clínica do utente;
- 4) A “frequência em uso” refere-se à frequência da IE implementada;
- 5) Pode-se identificar o DE, sem que identifique qualquer IE

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):

As intervenções de tipo “Ensinar, Instruir e Treinar; quer tendo por cliente o indivíduo, quer o familiar cuidador; pressupõem 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 ser melhorado 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)”.

Potencial para melhorar o conhecimento sobre:

- Capacidade cognitiva
- Consciencialização das mudanças do seu estado de saúde/tomar conta (novo papel)
- Força de vontade expressa na aprendizagem/ para tomar conta
- Envolvimento no processo de ensino/ aprendizagem

Potencial para melhorar a capacidade para:

- Capacidade Física/ instrumental
- Consciencialização das mudanças do seu estado de saúde/tomar conta (novo papel)
- Força de vontade expressa na aprendizagem/ para tomar conta
- Envolvimento no processo de ensino/ aprendizagem

Capacidades do cuidador dificultadoras do exercício do papel

Capacidades física
insuficiente
suficiente para assegurar parcialmente
~~suficiente para assegurar na totalidade~~
Adquirir nova informação
Incapaz de reter nova informação
Dificuldade em reter nova informação
~~Sem dificuldade em reter nova informação~~

Em caso de dúvida da capacidade do cuidador para “adquirir nova Informação:

- Pedir ao cuidador para tomara tenção e tentar reter algumas palavras (Ex: pêra, gato, bola) e passado um tempo voltar a questionar e confirmar se reteve a informação.

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

Memória

Dificuldade/Incapacidade para recuperar informação
Incapaz de recuperar informação
Dificuldade em recuperar informação
~~Sem dificuldade em recuperar informação~~
Dificuldade/Incapacidade para adquirir nova informação
Incapaz de reter nova informação
Dificuldade em reter nova informação
~~Sem dificuldade em reter nova informação~~

Processo neuromuscular

Consciência comprometida

Resposta: Abertura dos olhos
nenhuma
à dor
ao estímulo verbal
Resposta: verbal
nenhuma
incompreensível
inapropriada
confusa
Resposta: motora
nenhuma
extensão anormal
flexão anormal
movimento de retirada à dor

Paresia

Força - movimento muscular (associado a um local do corpo/Topologia)
ausência de contração visível ou palpável
contração visível ou palpável, mas sem movimento
movimento ativo se eliminada a gravidade
movimento ativo contra a gravidade, mas não contra a resistência
ptose
desvio da comissura labial com apagamento do sulco naso labial

Desuso

Força - movimento muscular (associado a um local do corpo/Topologia)
ausência de contração visível ou palpável
contração visível ou palpável, mas sem movimento
movimento ativo se eliminada a gravidade
movimento ativo contra a gravidade, mas não contra a resistência
ptose
desvio da comissura labial com apagamento do sulco naso labial

Rigidez articular

Mobilidade articular (associado a um local do corpo/Topologia)
Sem mobilidade articular
Mobilidade articular limitada
Tipo de movimento (associado ao mesmo local do corpo/Topologia)

ECCI's

Flexão/extensão
Adução/abdução
Circundação do polegar
Oponência do polegar
Desvio radial
Desvio cubital
Supinação/pronação
Rotação interna/externa
Eversão/inversão

Espasticidade

Tónus

hipertonia
impossibilidade de movimento passivo por elevada resistência
elevada resistência muscular ao movimento passivo
ligeira resistência muscular ao movimento passivo

Equilíbrio comprometido

Controlo postural em repouso
Instabilidade quando sentado com apoio
Instabilidade quando sentado sem apoio
Instabilidade quando de pé com apoio
Instabilidade quando de pé sem apoio
Controlo postural em movimento
Instabilidade ao levantar-se, transferir-se ou virar-se
Instabilidade ao andar
Instabilidade ao rodar sobre si próprio

Comunicação comprometida

Emissão verbal de mensagem
Não é capaz de falar
Tem dificuldade em expressar verbalmente os pensamentos
Tem dificuldade em expressar as palavras
Compreensão da mensagem
Com compromisso da compreensão da mensagem

Processo cardiorrespiratório

Ventilação comprometida

Frequência respiratória
Hipopneia
Hiperpneia
Ritmo respiratório
Irregular
Simetria do movimento respiratório
Assimétrico
Profundidade da ventilação
inspirações profundas
inspirações superficiais
Utilização dos músculos acessórios da ventilação
Saturação do oxigénio no sangue

Tipo de atividade (exemplo):

Atividade simples

- Sentar
- Levantar-se
- Alienar-se
- Ir ao wc

Atividades que exigem pequenos esforços:

- Lides da casa (varrer, lavar a louça, pequenas tarefas)
- Subir escadas
- Transportar objetos

Atividades que exigem grandes esforços:

- Caminhar rápido/ grandes distâncias
- Transportar pesos
- Subir rapidamente escadas

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

- Hipoxemia
- Comunicação de falta de ar
 - Comunica falta de ar ao realizar atividades simples
 - Comunica falta de ar ao realizar atividades que exigem pequeno esforço físico
 - Comunica falta de ar ao realizar atividades que exigem grande esforço físico

Limpeza da via aérea comprometida

- Reflexo da tosse
 - Ausente
- Eficácia da tosse
 - Não mobiliza as secreções das vias aéreas inferiores
 - Mobiliza as secreções das vias aéreas acumulando-as ao nível supraglótico
- Sons respiratórios
 - síbilos
 - crepitações
 - roncos
 - atrito pleural

Perfusão dos tecidos periféricos comprometida

- Temperatura das extremidades
 - Diminuída
 - Aumentada
- Coloração das extremidades
 - Coloração marmórea nas extremidades
 - Coloração pálida das extremidades
 - Coloração cianótica das extremidades
- Tempo de preenchimento capilar aumentado
- Frequência do pulso periférico

Processo do sistema gastrointestinal

Mastigação comprometida

- Movimentos do ciclo mastigatório
 - Trituração e incisão diminuídas
 - Incisão diminuída
 - Trituração diminuída
- Simetria do ciclo mastigatório
 - Assimetria
- Duração do ciclo mastigatório
 - Aumentada (face à consistência dos alimentos)

Deglutição comprometida

- Estado da deglutição
 - Aumento do tempo de deglutição para líquidos (superior a 2 segundos)
 - Aumento do tempo de deglutição para sólidos (superior a 10 segundos)
 - Perda de conteúdo da cavidade oral
 - Acumulação involuntária de conteúdo na cavidade oral
 - Ausência de encerramento dos lábios durante a deglutição
 - Movimento assimétrico da língua e lábios
 - Alteração da voz após a deglutição
 - Refluxo nasal de conteúdo da cavidade oral

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

ECCL's

Tosse associada à deglutição
Movimentos repetitivos de elevação da laringe durante a deglutição
Posição anormal da cabeça durante a deglutição

Impactação fecal

Consistência das fezes
Em sibalas
Moldada com sibalas
Moldada com fendas na superfície
Mole
Pastosa ou semilíquida
Líquida
Massa palpável de fezes no reto

Incontinência intestinal

Expulsão não controlada de fezes

Processo do sistema urinário

Retenção urinária

Presença de globo vesical
Sensação de esvaziamento incompleto da bexiga

Incontinência urinária

Reconhecimento da vontade de urinar
Eliminação urinária involuntária
durante o sono
por aumento da pressão intra-abdominal
em intervalos regulares
antes de atingir rectáculo apropriado
após forte sensação de urgência para urinar

Processo do sistema regulador

Hipo/Hiperglicemia

Glicemia capilar

Desidratação

Sede
Tempo de preenchimento capilar
Turgor da pele
aumentado, com apagamento das pregas cutâneas naturais
diminuído, com formação de pregas cutâneas não naturais
Estado de hidratação da pele
Pele húmida / viscosa
Pele seca / descamativa

Edema

Tumefação dos tecidos
não depressível
depressível
Sinal de Godet
Sinal de Godet elevado (≥ 4 mm)
Sinal de Godet moderado (≥ 2 e < 4 mm)
Sinal de Godet ligeiro (> 0 e < 2 mm)

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

Turgor da pele

aumentado, com apagamento das pregas cutâneas naturais
diminuído, com formação de pregas cutâneas não naturais

Estado de hidratação da pele

Pele húmida / viscosa

Pele seca / descamativa

Intolerância à atividade

Comunicação de cansaço

Comunica cansaço permanente e ausência de recuperação da energia com o repouso

Comunica cansaço para pequenos esforços e recuperação da energia com o repouso

~~Comunica cansaço para grandes esforços e recuperação da energia com o repouso~~

Tipo de atividade (exemplo):

Atividade simples

- Sentar
- Levantar-se
- Alienar-se
- Ir ao wc

Atividades que exigem pequenos esforços:

- Lides da casa (varrer, lavar a louça, pequenas tarefas)
- Subir escadas
- Transportar objetos

Atividades que exigem grandes esforços:

- Caminhar rápido/ grandes distâncias
- Transportar pesos
- Subir rapidamente escadas

Autocuidado

Virar-se comprometido

Mudar de posição na cama

Não inicia o movimento de rodar o corpo na cama e não se posiciona

Inicia o movimento de rodar o corpo de um lado para o outro na cama, mas não o termina posicionando-se

Transferir-se comprometido

Mobiliza o corpo entre superfícies próximas

Não se mobiliza entre duas superfícies próximas

Mobiliza-se entre duas superfícies próximas de forma insegura e lentificada

Sentar-se comprometido

Mobiliza o corpo para a posição de sentado

Inicia o movimento de baixar a posição do corpo, partindo da posição de pé para a de sentado, procurando apoios

~~Inicia e termina o movimento de baixar a posição do corpo, partindo da posição de pé para a de sentado, de forma segura~~

Inicia o movimento de modificar a posição do corpo, partindo da posição de deitado para a de sentado, mas não o consegue completar

~~Modifica de forma pronta a posição do corpo, partindo da posição de deitado para a de sentado, de forma segura~~

Cuidar da higiene pessoal comprometido

Obtém objetos para o banho

Abre a torneira

Lava e seca o corpo

Lava e seca parte do corpo

Aplica produtos de higiene

Penteia-se

Barbeia-se

Corta as unhas

Limpa-se após o uso do sanitário

Ajusta a roupa após o uso do sanitário

Vestir-se ou despir-se comprometido

Escolhe as roupas

Retira roupa da gaveta ou armário

Veste-se

Abotoa

Ata cordões

Calça meias

- Calça sapatos

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

Andar comprometido

Mobilidade através da marcha

Incapaz de realizar a marcha (mover as pernas passo a passo e sustentar o peso do corpo)

Marcha lenta e insegura em pequenas distâncias planas

Marcha lenta e insegura em plano inclinado

Marcha com limitações para subir ou descer escadas

- Com uso de auxiliar de marcha

Alimentar-se comprometido

Leva os alimentos à boca/sonda de alimentação

Prepara os alimentos para a refeição

Organiza os alimentos para a refeição

Autogestão do regime medicamentoso comprometida

Organiza a medicação conforme horário

Prepara a medicação conforme a dose

Administra a medicação pela via adequada

Ajusta a medicação de acordo com autovigilância

Armazena a medicação de acordo com as recomendações técnicas

Dor – uso de escala numérica

Pained

Opinião clínica do Enfermeiro

Úlcera Venosa - IPTB

Opinião clínica do enfermeiro

ANEXO IV - Operacionalização dos qualificadores para o juízo clínico Compromisso no Autocuidado.

Operacionalização dos qualificadores para o juízo clínico Compromisso no Autocuidado.

Compromisso no autocuidado	Qualificadores		valor
Virar-se comprometido	• Não inicia o movimento de rodar o corpo na cama e não se posiciona • Inicia o movimento de rodar o corpo de um lado para o outro na cama, mas não termina o posicionamento		Sim
	• Inicia e termina o movimento de rodar o corpo de um lado para o outro na cama, de forma segura		Não
Transferir-se comprometido	• Não se mobiliza entre duas superfícies próximas • Mobiliza-se entre duas superfícies próximas de forma insegura e lentificada		sim
	• Mobiliza-se entre duas superfícies próximas de forma pronta e segura.		Não
Sentar-se comprometido	• Inicia o movimento de baixar a posição do corpo, partindo da posição de pé para a de sentado, procurando apoios • Inicia o movimento de modificar a posição do corpo, partindo da posição de deitado para a de sentado, mas não o consegue completar		Sim
	• Inicia e termina o movimento de baixar a posição do corpo, partindo da posição de pé para a de sentado, de forma segura • Modifica de forma pronta a posição do corpo, partindo da posição de deitado para a de sentado, de forma segura		Não
Cuidar da higiene pessoal comprometido	• Obtém objetos para o banho • Abre a torneira • Lava e seca o corpo • Lava e seca parte do corpo	• Não participa • Necessita de ajuda de pessoas • Necessita de equipamento adaptativo e não o usa com mestria	Sim
	• Aplica produtos de higiene • Penteia-se • Barbeia-se • Corta as unhas • Limpa-se após o uso do sanitário • Ajusta a roupa após o uso do sanitário	• Necessita de equipamento adaptativo e usa com mestria; • Completamente independente	Não
Vestir ou despir-se comprometido	• Escolhe as roupas, • Retira roupa da gaveta ou armário • Veste-se • Abotoa • Ata cordões • Calça meias • Calça sapatos	• Não participa • Necessita de ajuda de pessoas • Necessita de equipamento adaptativo e não o usa com mestria	Sim
		• Necessita de equipamento adaptativo e usa com mestria; • Completamente independente	Não
Andar comprometido	• Incapaz de realizar a marcha (mover as pernas passo a passo e sustentar o peso do corpo) • Marcha lenta e insegura em pequenas distâncias planas • Marcha lenta e insegura em plano inclinado • Marcha com limitações para subir ou descer escadas		Sim
	• Marcha sem limitações e segura em plano, planos inclinados, subir e descer escadas		Não

Operacionalização dos qualificadores para o juízo clínico Compromisso no Autocuidado (continuação).

Compromisso no Autocuidado	Qualificadores		valor
Alimentar-se comprometido	• Leva os alimentos à boca/sonda de alimentação • Prepara os alimentos para a refeição • Organiza os alimentos para a refeição	• Não participa • Necessita de ajuda de pessoas • Necessita de equipamento adaptativo e não o usa com mestria	Sim
		• Necessita de equipamento adaptativo e usa com mestria; • Completamente independente	Não
Autogestão do regime medicamentoso comprometido	• Organiza a medicação conforme horário • Prepara a medicação conforme a dose • Administra a medicação pela via adequada • Ajusta a medicação de acordo com autovigilância • Armazena a medicação de acordo com as recomendações técnicas	• Não participa • Necessita de ajuda de pessoas • Necessita de equipamento adaptativo e não usa com mestria	Sim
		• Necessita de equipamento adaptativo e usa com mestria; • Completamente independente	Não

ANEXO V - Mapeamento das intervenções relativas às necessidades de cuidados de enfermagem, no domínio do autocuidado, com as intervenções do Padrão documental dos cuidados de enfermagem da especialidade de enfermagem de reabilitação

Mapeamento das intervenções relativas às necessidades de cuidados de enfermagem, no domínio do autocuidado, com as intervenções do Padrão documental dos cuidados de enfermagem da especialidade de enfermagem de reabilitação.

Intervenções relativas às Necessidades de cuidados de enfermagem, no domínio do autocuidado (ANEXO I)	Intervenções do Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (OE, 2015b)
• <u>Virar-se</u>	• <u>Posicionar-se</u>
• Posicionar	<i>Sem correspondência</i>
• Posicionar usando dispositivo	<i>Sem correspondência</i>
• Aplicar colchão de alívio de pressão	<i>Sem correspondência</i>
• Treinar o virar	• Treinar técnica de adaptação para posicionar-se
• Treinar o virar usando dispositivo	• Treinar o uso de dispositivo auxiliar para posicionar-se
• Ensinar sobre acesso a dispositivos	• Ensinar sobre dispositivo auxiliar para posicionar-se
• Ensinar sobre prevenção de complicações na articulação da anca enquanto deitado	<i>Sem correspondência</i>
• Providenciar os dispositivos aconselhados	<i>Sem correspondência</i>
• <u>Transferir-se</u>	• <u>Transferir-se</u>
• Transferir	<i>Sem correspondência</i>
• Transferir usando dispositivos	<i>Sem correspondência</i>
• Treinar a transferir	• Treinar técnica de adaptação para transferir-se
• Treinar a transferir através de dispositivo	• Treinar o uso de dispositivo auxiliar para transferir-se
• Ensinar sobre acesso a dispositivos	• Ensinar sobre dispositivos auxiliar para transferir-se
• Treinar para prevenção de complicações na articulação da anca durante o transferir-se	<i>Sem correspondência</i>
• Ensinar sobre prevenção de quedas	<i>Sem correspondência</i>
• Providenciar os dispositivos aconselhados	<i>Sem correspondência</i>
• <u>Sentar-se</u>	• <u>Sem correspondência</u>
• Ensinar sobre prevenção de complicações na articulação da anca durante o sentar-se	<i>Sem correspondência</i>
• <u>Cuidar da higiene pessoal</u>	• <u>Autocuidado: Higiene</u>
• Dar banho na cama	<i>Sem correspondência</i>
• Dar banho no chuveiro	<i>Sem correspondência</i>
• Treinar a tomar banho	<i>Sem correspondência</i>
• Treinar a tomar banho usando dispositivo	• Treinar uso de dispositivo auxiliar para o autocuidado: higiene
• Ensinar sobre acesso a dispositivos	• Ensinar sobre dispositivo auxiliar para o autocuidado: higiene
• Treinar uso do sanitário	• Treinar técnica de adaptação para autocuidado: ir ao sanitário ^A
• Providenciar os dispositivos aconselhados	<i>Sem correspondência</i>

Mapeamento das intervenções relativas às necessidades de cuidados de enfermagem, no domínio do autocuidado, com as intervenções do Padrão documental dos cuidados de enfermagem da especialidade de enfermagem de reabilitação(continuação).

Intervenções relativas às Necessidades de cuidados de enfermagem, no domínio do autocuidado (ANEXO I)	Intervenções do Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (OE, 2015b)
• <u>Vestir-se ou despir-se</u>	• <u>Autocuidado: Vestuário</u>
• Vestir/ despir	<i>Sem correspondência</i>
• Treinar a vestir ou despir	• Treinar uso de técnica de adaptação para autocuidado vestuário
• Treinar a vestir ou despir usando dispositivo	• Treinar o uso de dispositivo auxiliar para autocuidado: vestuário
• Ensinar sobre acesso a dispositivos	• Ensinar sobre dispositivo auxiliar para autocuidado: vestuário
• Providenciar os dispositivos aconselhados	<i>Sem correspondência</i>
•	•
• <u>Andar</u>	• <u>Andar</u>
• Gerir o ambiente físico para prevenir quedas	<i>Sem correspondência</i>
• Treinar o andar	• Treinar técnica de adaptação para andar
• Treinar o andar com auxiliar de marcha	• Treinar a andar com auxiliar de marcha ^B
• Treinar a usar cadeira de rodas	• Treinar técnica de adaptação para mover-se em cadeira de rodas
• Ensinar sobre adaptação do domicílio para usar cadeira de rodas	• Ensinar sobre adaptação do domicílio para mover-se em cadeira de rodas ^C
• Ensinar sobre acesso a dispositivos	<i>Sem correspondência</i>
• Ensinar sobre prevenção de quedas	<i>Sem correspondência</i>
• Providenciar os dispositivos aconselhados	<i>Sem correspondência</i>
• <u>Alimentar-se</u>	• <u>Autocuidado: comer</u>
• Alimentar através de sonda enteral	•
• Treinar a alimentar	<i>Sem correspondência</i>
• Treinar a alimentar usando dispositivo	• Treinar uso de dispositivo auxiliar para autocuidado: comer
• Ensinar sobre acesso a dispositivos	• Ensinar sobre dispositivo auxiliar para o autocuidado: comer
• Providenciar os dispositivos aconselhados	<i>Sem correspondência</i>
• <u>Autogestão do regime medicamentoso</u>	• <u>Sem correspondência</u>
• Administrar medicação	<i>Sem correspondência</i>
• Gerir regime medicamentoso	<i>Sem correspondência</i>
• Ensinar sobre a gestão do regime medicamentoso	<i>Sem correspondência</i>
• Ensinar sobre ajustes da medicação de acordo com os resultados da vigilância	<i>Sem correspondência</i>
• Treinar a administrar medicação	<i>Sem correspondência</i>
• Treinar a gerir regime medicamentoso usando dispositivo	<i>Sem correspondência</i>
• Ensinar sobre acesso a dispositivos	<i>Sem correspondência</i>
• Providenciar os dispositivos aconselhados	<i>Sem correspondência</i>

Nota. ^A intervenção agregada ao foco Autocuidado: Uso do Sanitário; ^B Intervenção agregada ao foco Andar com Auxiliar de Marcha; ^C intervenção agregada ao foco Mover-se em Cadeira de Rodas

ANEXO VI - Parecer da comissão de ética

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 Helena Botelho



Escola Superior de

FCT Fundação
para a Ciência
e a Tecnologia

ANEXO VII – Autorização do conselho de administração da ARS Centro para realizar o estudo

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

PARECER FINAL: FAVORÁVEL	DESPACHO: <i>homologado segundo parece.</i> <i>23.05.19</i> Conselho Diretivo da A.R.S. do Centro, I.P.
---	--

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 Autora: Maria da Conceição S. S. C. Bento (Escola Sup de Enfermagem de Coimbra). Co-autor (orientador da tese de doutoramento no programa de doutoramento da UICISA): Paiva e Silva (Escola Superior Enfermagem do S. João) <i>Dr.ª Rosa Reis Marques</i> <i>Dr. Luís Militão Cabral</i> <i>Dr. Mário Ruivo</i> Vice-Presidente,
-----------------	--

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.

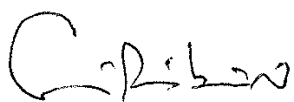
Não existem encargos financeiros para as instituições de saúde.

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 VIII – Declaração de 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 carácter 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 IX – Estatística descritiva - caracterização da implementação das IEER à pessoa dependente por autocuidado : frequência de implementação esperada e frequência implementada

Virar-se comprometido

Distribuição da intervenção “Ensinar sobre prevenção de complicações na articulação da anca enquanto deitado” à pessoa dependente, Frequência esperada e implementada

Frequência esperada	N	%
1/dia	1	16,7
2/semana	2	33,3
3/semana	3	50,0
Total	6	100,0
Frequência implementada	N	%
0	1	16,7
2/semana	3	50,0
3/semana	2	33,3
Total	6	100,0

Distribuição da intervenção “Treinar o virar” à pessoa dependente, Frequência esperada e implementada

Frequência esperada	N	%
2/semana	2	7,1
3/semana	17	60,7
4/semana	7	25,0
5/semana	2	7,1
Total	28	100,0
Frequência implementada	N	%
0	8	28,6
2/semana	12	42,9
3/semana	7	25,0
4/semana	1	3,6
Total	28	100,0

Distribuição da intervenção “Treinar o virar usando dispositivo” à pessoa dependente, Frequência esperada e implementada

Frequência esperada	N	%
2/semana	2	11,1
3/semana	10	55,6
4/semana	4	22,2
5/semana	1	5,6
7/semana	1	5,6
Total	18	100,0
Frequência implementada	N	%
0	9	50,0
2/semana	5	27,8
3/semana	4	22,2
Total	18	100,0

Distribuição da intervenção *“Ensinar sobre acesso a dispositivos”* à pessoa dependente, *Frequência esperada e implementada*

Frequência esperada	N	%
1/semana	2	11,8
2/semana	15	88,2
Total	17	100,0
Frequência implementada	N	%
0	4	23,5
1/semana	1	5,9
2/semana	12	70,6
Total	17	100,0

Distribuição da intervenção *“Providenciar os dispositivos aconselhados”* à pessoa dependente, *Frequência esperada e implementada*

Frequência esperada	N	%
1 vez	34	100,0
Total	34	100,0
Frequência implementada	N	%
0	29	85,3
1 vez	5	14,7
Total	34	100,0

Transferir-se comprometido

Distribuição da intervenção *“Ensinar sobre prevenção de quedas”* à pessoa dependente, *Frequência esperada e implementada*

Frequência esperada	N	%
2/semana	18	94,7
3/semana	8	42,1
4/semana	1	5,3
Total	19	100,0
Frequência implementada	N	%
0	1	5,3
1/semana	1	5,3
2/semana	11	57,9
3/semana	6	31,6
Total	19	100,0

Distribuição da intervenção “Treinar a transferir” à pessoa dependente, Frequência esperada e implementada

Frequência esperada	N	%
2/semana	1	3,3
3/semana	13	43,3
4/semana	9	30,0
5/semana	2	6,7
7/semana	5	16,7
Total	30	100,0
Frequência implementada	N	%
0	5	16,7
2/semana	14	46,7
3/semana	10	33,3
5/semana	1	3,3
Total	30	100,0

Distribuição da intervenção “Treinar a transferir através de dispositivo” à pessoa dependente, Frequência esperada e implementada

Frequência esperada	N	%
2/semana	4	21,1
3/semana	7	36,8
4/semana	5	26,3
5/semana	2	10,5
7/semana	1	5,3
Total	19	100,0
Frequência implementada	N	%
0	12	63,2
2/semana	5	26,3
3/semana	2	10,5
Total	19	100,0

Distribuição da intervenção “Treinar para prevenção de complicações na articulação da anca durante o transferir-se” à pessoa dependente, Frequência esperada e implementada

Frequência esperada	N	%
2/semana	1	16,7
3/semana	4	66,7
4/semana	1	16,7
Total	6	100,0
Frequência implementada	N	%
0	3	50,0
2/semana	1	16,7
3/semana	2	33,3
Total	6	100,0

Distribuição da intervenção *“Ensinar sobre acesso a dispositivos”* à pessoa dependente, *Frequência esperada e implementada*

Frequência esperada	N	%
2/semana	16	94,1
3/semana	1	5,9
Total	17	100,0
Frequência implementada	N	%
0	5	29,4
2/semana	11	64,7
3/semana	1	5,9
Total	17	100,0

Distribuição da intervenção *“Providenciar os dispositivos aconselhados”* à pessoa dependente, *Frequência esperada e implementada*

Frequência esperada	N	%
1 vez	34	100,0
Total	34	100,0
Frequência implementada	N	%
0	34	100,0
Total	34	100,0

Cuidar da higiene pessoal comprometido

Distribuição da intervenção *“Treinar a tomar/dar banho”* à pessoa dependente, *Frequência esperada e implementada*

Frequência esperada	N	%
2/semana	1	9,1
3/semana	3	27,3
4/semana	1	9,1
7/semana	6	54,5
Total	11	100,0
Frequência implementada	N	%
0	6	54,5
2/semana	1	9,1
3/semana	3	27,3
7/semana	1	9,1
Total	11	100,0

Distribuição da intervenção *“Treinar a tomar/dar banho usando dispositivo”* à pessoa dependente, *Frequência esperada e implementada*

Frequência esperada	N	%
2/semana	10	62,5
3/semana	4	25,0
4/semana	1	6,3
7/semana	1	6,3
Total	16	100,0
Frequência implementada	N	%
0	12	75,0
2/semana	3	18,8
3/semana	1	6,3
Total	16	100,0

Distribuição da intervenção *“Treinar o uso do sanitário”* à pessoa dependente, *Frequência esperada e implementada*

Frequência esperada	N	%
2/semana	3	33,3
3/semana	5	55,6
7/semana	1	11,1
Total	9	100,0
Frequência implementada	N	%
0	4	44,4
2/semana	4	44,4
3/semana	1	11,1
Total	9	100,0

Distribuição da intervenção *“Ensinar sobre acesso a dispositivos”* à pessoa dependente, *Frequência esperada e implementada*

Frequência esperada	N	%
1/semana	1	4,5
2/semana	20	90,9
3/semana	1	4,5
Total	22	100,0
Frequência implementada	N	%
0	9	40,9
1/semana	1	4,5
2/semana	12	54,5
Total	22	100,0

Distribuição da intervenção *“Providenciar os dispositivos aconselhados”* à pessoa dependente, *Frequência esperada e implementada*

Frequência esperada	N	%
1	29	100,0
Total	29	100,0
Frequência implementada	N	%
0	28	96,6
1	1	3,4
Total	29	100,0

Vestir-se ou despir-se comprometido

Distribuição da intervenção “Treinar a vestir ou despir” à pessoa dependente, Frequência esperada e implementada

Frequência esperada	N	%
2/semana	4	17,4
3/semana	10	43,5
4/semana	2	8,7
7/semana	7	30,4
Total	23	100,0
Frequência implementada	N	%
0	9	39,1
2/semana	8	34,8
3/semana	3	13,0
7/semana	3	13,0
Total	23	100,0

Distribuição da intervenção “Treinar a vestir ou despir usando dispositivo” à pessoa dependente, Frequência esperada e implementada

Frequência esperada	N	%
2/semana	8	36,4
3/semana	10	45,5
4/semana	3	13,6
5/semana	1	4,5
Total	22	100,0
Frequência implementada	N	%
0	16	72,7
2/semana	5	22,7
3/semana	1	4,5
Total	22	100,0

Distribuição da intervenção “Ensinar sobre acesso a dispositivos” à pessoa dependente, Frequência esperada e implementada

Frequência esperada	N	%
1/semana	1	3,8
2/semana	23	88,5
3/semana	2	7,7
Total	26	100,0
Frequência implementada	N	%
0	13	50,0
2/semana	13	50,0
Total	26	100,0

Distribuição da intervenção “Providenciar os dispositivos aconselhados” à pessoa dependente, Frequência esperada e implementada

Frequência esperada	N	%
1/vez	25	100,0
Total	25	100,0
Frequência implementada	N	%
0	25	100,0
Total	25	100,0

Sentar-se comprometido

Distribuição da intervenção “*Ensinar sobre prevenção de complicações na articulação da anca durante o sentar-se*” à pessoa dependente, *Frequência esperada e implementada*

Frequência esperada	N	%
2/semana	2	18,2
3/semana	7	63,6
4/semana	1	9,1
5/semana	1	9,1
Total	11	100,0
Frequência implementada	N	%
0	2	18,2
2/semana	4	36,4
3/semana	5	45,5
Total	11	100,0

Andar comprometido

Distribuição da intervenção “*Ensinar sobre prevenção de quedas*” à pessoa dependente, *Frequência esperada e implementada*

Frequência esperada	N	%
2/semana	34	65,4
3/semana	16	30,8
4/semana	1	1,9
7/semana	1	1,9
Total	52	100,0
Frequência implementada	N	%
0	6	11,5
2/semana	37	71,2
3/semana	9	17,3
Total	52	100,0

Distribuição da intervenção “*Ensinar sobre adaptação do domicílio para usar cadeira de rodas*” à pessoa dependente, *Frequência esperada e implementada*

Frequência esperada	N	%
2/semana	1	25
3/semana	3	75
Total	4	100,0
Frequência implementada	N	%
0	1	25,0
2/semana	3	75,0
Total	4	100,0

Distribuição da intervenção “Treinar o andar” à pessoa dependente, Frequência esperada e implementada

Frequência esperada	N	%
3/semana	5	25,0
4/semana	3	15,0
5/semana	3	15,0
6/semana	1	5,0
7/semana	8	40,0
Total	20	100,0
Frequência implementada	N	%
0	1	5,0
2/semana	9	45,0
3/semana	10	50,0
Total	20	100,0

Distribuição da intervenção “Treinar o andar com auxiliar de marcha” à pessoa dependente, Frequência esperada e implementada

Frequência esperada	N	%
3/semana	15	27,8
4/semana	18	33,3
5/semana	12	22,2
7/semana	9	16,7
Total	54	100,0
Frequência implementada	N	%
0	4	7,4
1/semana	1	1,9
2/semana	27	50,0
3/semana	18	33,3
5/semana	4	7,4
Total	54	100,0

Distribuição da intervenção “Treinar a usar cadeira de rodas” à pessoa dependente, Frequência esperada e implementada

Frequência esperada	N	%
3/semana	2	40,0
5/semana	2	40,0
7/semana	1	20,0
Total	5	100,0
Frequência implementada	N	%
0	2	40,0
2/semana	2	40,0
3/semana	1	20,0
Total	5	100,0

Distribuição da intervenção “*Ensinar sobre acesso a dispositivos*” à pessoa dependente, *Frequência esperada e implementada*

Frequência esperada	N	%
1/semana	1	7,1
2/semana	12	85,7
3/semana	1	7,1
Total	14	100,0
Frequência implementada	N	%
0	1	7,1
1/semana	1	7,1
2/semana	12	85,7
Total	14	100,0

Distribuição da intervenção “*Providenciar os dispositivos aconselhados*” à pessoa dependente, *Frequência esperada e implementada*

Frequência esperada	N	%
1	18	100,0
Total	18	100,0
Frequência esperada	N	%
0	10	55,5
1	7	38,9
2	1	5,6
Total	18	100,0

Alimentar-se comprometido

Distribuição da intervenção “*Treinar a alimentar*” à pessoa dependente, *Frequência esperada e implementada*

Frequência esperada	N	%
3/semana	3	42,9
4/semana	2	28,6
7/semana	2	28,6
Total	7	100,0
Frequência esperada	N	%
0	3	42,9
2/semana	3	42,9
3/semana	1	14,3
Total	7	100,0

Distribuição da intervenção “*Treinar a alimentar usando dispositivo*” à pessoa dependente, *Frequência esperada e implementada*

Frequência esperada	N	%
3/semana	2	50,0
4/semana	1	25,0
7/semana	1	25,0
Total	4	100,0
Frequência esperada	N	%
0	2	50,0
2/semana	1	25,0
3/semana	1	25,0
Total	4	100,0

Distribuição da intervenção *“Ensinar sobre acesso a dispositivos”* à pessoa dependente, *Frequência esperada e implementada*

Frequência esperada	N	%
2/ semana	2	100,0
Total	2	100,0
Frequência esperada	N	%
2/ semana	2	100,0
Total	2	100,0

Distribuição da intervenção *“Providenciar os dispositivos aconselhados”* à pessoa dependente, *Frequência esperada e implementada*

Frequência esperada	N	%
1 vez	4	100,0
Total	4	100,0
Frequência esperada	N	%
0	1	25,0
1 vez	3	75,0
Total	4	100,0

