

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Gestão em Enfermagem

O Autocuidado como Resultado Sensível ao Cuidado de Enfermagem nos Cuidados Continuados Integrados

Gisela Mosca Teixeira

Orientador: Prof. Pedro Bernardes Lucas

2013



LISTA DE SIGLAS

AAVD's – Atividades Avançadas de Vida Diária

ABVD's – Atividades Básicas de Vida Diária

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

AIVD's – Atividades Instrumentais de Vida Diária

AVD's – Atividades de Vida Diária

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

IAI – Instrumento de Avaliação Integrado

LTC – *Long Term Care*

NREM – *Nursing Role Effectiveness Model*

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPSS – Observatório Português dos Sistemas de Saúde

RMDE – Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

UC – Unidades de Convalescença

UCP – Unidades de Cuidados Paliativos

ULDM – Unidades de Longa Duração e Manutenção

UMCCI – Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados

UMDR – Unidades de Média Duração e Reabilitação

RESUMO

Em resposta ao envelhecimento da população e à crescente prevalência de doenças crônicas, tem sido evidente a importância da capacitação dos utentes para se autocuidarem em relação às atividades de vida diária. A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados constitui o terceiro nível de cuidados do sistema de saúde português, onde se esperam mais ganhos em saúde e melhores resultados dos utentes, nomeadamente no grau de autonomia física. O autocuidado é um conceito central do domínio de Enfermagem e um dos resultados dos utentes que é descrito na literatura como sendo sensível ao cuidado de enfermagem.

A avaliação dos resultados dos utentes é uma ferramenta essencial na gestão dos cuidados, sendo estes resultados descritos por Doran *et al* (2006) como uma forma de evidenciar a efetividade do cuidado de enfermagem. O enfermeiro gestor tem um papel essencial no desenvolvimento de indicadores, que lhe permitam avaliar a qualidade dos cuidados prestados aos utentes, fornecendo-lhe fundamentação para a sua tomada de decisão na gestão do seu serviço / unidade.

Este estudo surge com o objetivo geral de descrever o contributo da intervenção dos enfermeiros para o autocuidado dos utentes nas atividades básicas de vida diária, como resultado sensível ao cuidado de enfermagem, nas tipologias de internamento da RNCCI – Unidades de Convalescença, de Média Duração e Reabilitação e de Longa Duração e Manutenção. Este é um estudo quantitativo, do tipo descritivo e correlacional, tendo sido trabalhados os dados da base de dados da RNCCI do ano 2009.

Observou-se que nas três tipologias de internamento houve menos intervenções dirigidas ao autocuidado que aquelas que seriam necessárias face ao número de utentes cujas necessidades de cuidados para o autocuidado tinham sido identificadas e houve intervenções realizadas com este propósito aos utentes que não tinham sido identificados com esta necessidade de cuidados. Em todas as ABVD's dos utentes que tiveram intervenção de enfermagem para o autocuidado houve uma taxa de resolução da dependência positiva nas três tipologias. A intervenção dos enfermeiros na RNCCI parece ter um contributo positivo na capacitação dos utentes para o autocuidado nas ABVD's.

Palavras-chave: Autocuidado; Cuidados Continuados Integrados; Gestão em Enfermagem

ABSTRACT

Population aging and the growing prevalence of chronic disease has revealed the importance of capacitating patients in regards to self-care, specifically with respect to their daily living activities. The National Network of Integrated Continuous Care (RNCCI) is the cornerstone of tertiary level care within the Portuguese Healthcare System. This network aims towards health gains and improved patient outcomes, particularly with respect to the degree of patient physical autonomy. Self-care is a central concept within the field of Nursing and is described in the literature as a patient outcome that is particularly sensitive to nursing care intervention.

The evaluation of patient outcomes is an essential tool within the healthcare management field and, according to Doran *et al* (2006), is described as a venue for demonstrating the effectiveness of nursing care. The nurse manager plays an essential role in developing indicators that will enable him/her to evaluate the quality of care provided to patients, thereby fundamenting decisions regarding the management of his/her ward or unit.

Within this context, the present study aims to describe the contribution of nursing interventions towards improved patient self-care in what concerns their basic activities of daily living (BADLs) revealing this indicator to be sensitive to nursing care specifically within the context of the RNCCI - Recovery, Rehabilitation & Maintenance and Intermediate Duration modalities of care. The present study is quantitative in nature, of a descriptive and correlational character and is based on the analysis of the data available in the 2009 RNCCI database.

The results obtained herein revealed a lower than expected number of interventions aimed at improved self care, given the number of patients previously identified as in need of self care assistance. On the other hand, a number of self-care related interventions were carried out among patients who had not previously been identified as in need of such care. Among recipients of self-care related nursing interventions there was a positive dependency resolution rate in all BADLs within the three RNCCI modalities considered. Thus, the intervention of nurses within the RNCCI would appear to have a positive effect on patient capacitation in regards to self-care, particularly with respect to carrying out BADLs.

Key-words: Self-care; Long Term Care; Nursing Management

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	10
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	13
1. Cuidados Continuados Integrados	13
2. Gestão em Enfermagem e a Qualidade dos Cuidados	18
2.1. Indicadores de Qualidade do Cuidado de Enfermagem	22
3. O Autocuidado como Resultado Sensível ao Cuidado de Enfermagem	25
PARTE II – TRABALHO EMPÍRICO	30
1. Questão de Investigação	30
2. Desenho do Estudo	30
3. Objetivos	30
4. População	32
5. Colheita de Dados	32
6. Apresentação e Discussão dos Dados	32
CONCLUSÃO	63
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67
APÊNDICES	72
I – Cronograma de Atividades	
ANEXOS	73
I – Instrumento de Avaliação Integrado	
II – <i>Nursing Role Effectiveness Model</i>	

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Distribuição de utentes por tipologia de internamento na RNCCI no ano 2009	33
Gráfico 2	Distribuição de utentes por região no ano 2009	33
Gráfico 3	Distribuição de utentes por tipologia de internamento com identificação de necessidade de cuidados para o autocuidado	36
Gráfico 4	Distribuição de utentes por tipologia de internamento com registo de intervenção de enfermagem para a promoção do autocuidado	37
Gráfico 5	Distribuição de utentes por tipologia com identificação de necessidade de cuidados para o autocuidado e intervenção de enfermagem para a promoção do autocuidado	38
Gráfico 6	Grau de dependência na primeira e última avaliação da capacidade de autocuidado na ABVD lavar-se/tomar banho nas Unidades de Convalescença	40
Gráfico 7	Grau de dependência na primeira e última avaliação da capacidade de autocuidado na ABVD lavar-se/tomar banho nas Unidades de Média Duração e Reabilitação	41
Gráfico 8	Grau de dependência na primeira e última avaliação da capacidade de autocuidado na ABVD lavar-se/tomar banho nas Unidades de Longa Duração e Manutenção	41
Gráfico 9	Grau de dependência na primeira e última avaliação da capacidade de autocuidado na ABVD vestir-se/despir-se nas Unidades de Convalescença	42
Gráfico 10	Grau de dependência na primeira e última avaliação da capacidade de autocuidado na ABVD vestir-se/despir-se nas Unidades de Média Duração e Reabilitação	43
Gráfico 11	Grau de dependência na primeira e última avaliação da capacidade de autocuidado na ABVD vestir-se/despir-se nas Unidades de Longa Duração e Manutenção	43
Gráfico 12	Grau de dependência na primeira e última avaliação da capacidade de autocuidado na ABVD usar sanita e/ou bacio/urinol nas Unidades de Convalescença	44
Gráfico 13	Grau de dependência na primeira e última avaliação da capacidade de	

	autocuidado na ABVD usar sanita e/ou bacio/urinol nas Unidades de Média Duração e Reabilitação	45
Gráfico 14	Grau de dependência na primeira e última avaliação da capacidade de autocuidado na ABVD usar sanita e/ou bacio/urinol nas Unidades de Longa Duração e Manutenção	45
Gráfico 15	Grau de dependência na primeira e última avaliação da capacidade de autocuidado na ABVD deitar-se/levantar-se da cama nas Unidades de Convalescença	46
Gráfico 16	Grau de dependência na primeira e última avaliação da capacidade de autocuidado na ABVD deitar-se/levantar-se da cama nas Unidades de Média Duração e Reabilitação	47
Gráfico 17	Grau de dependência na primeira e última avaliação da capacidade de autocuidado na ABVD deitar-se/levantar-se da cama nas Unidades de Longa Duração e Manutenção	47
Gráfico 18	Grau de dependência na primeira e última avaliação da capacidade de autocuidado na ABVD sentar-se/levantar-se de cadeiras nas Unidades de Convalescença	48
Gráfico 19	Grau de dependência na primeira e última avaliação da capacidade de autocuidado na ABVD sentar-se/levantar-se de cadeiras nas Unidades de Média Duração e Reabilitação	49
Gráfico 20	Grau de dependência na primeira e última avaliação da capacidade de autocuidado na ABVD sentar-se/levantar-se de cadeiras nas Unidades de Longa Duração e Manutenção	49
Gráfico 21	Grau de dependência na primeira e última avaliação da capacidade de autocuidado na ABVD controlar a urina nas Unidades de Convalescença	50
Gráfico 22	Grau de dependência na primeira e última avaliação da capacidade de autocuidado na ABVD controlar a urina nas Unidades de Média Duração e Reabilitação	51
Gráfico 23	Grau de dependência na primeira e última avaliação da capacidade de autocuidado na ABVD controlar a urina nas Unidades de Longa Duração e Manutenção	51
Gráfico 24	Grau de dependência na primeira e última avaliação da capacidade de autocuidado na ABVD controlar as fezes nas Unidades de Convalescença	52

Gráfico 25	Grau de dependência na primeira e última avaliação da capacidade de autocuidado na ABVD controlar as fezes nas Unidades de Média Duração e Reabilitação	53
Gráfico 26	Grau de dependência na primeira e última avaliação da capacidade de autocuidado na ABVD controlar as fezes nas Unidades de Longa Duração e Manutenção	53
Gráfico 27	Grau de dependência na primeira e última avaliação da capacidade de autocuidado na ABVD alimentar-se/comer nas Unidades de Convalescença	54
Gráfico 28	Grau de dependência na primeira e última avaliação da capacidade de autocuidado na ABVD alimentar-se/comer nas Unidades de Média Duração e Reabilitação	55
Gráfico 29	Grau de dependência na primeira e última avaliação da capacidade de autocuidado na ABVD alimentar-se/comer nas Unidades de Longa Duração e Manutenção	55
Gráfico 30	Valor de perfil de autocuidado na primeira e última avaliação dos utentes das tipologias de internamento da RNCCI	57
Gráfico 31	Valor de perfil de autocuidado na primeira e última avaliação dos utentes das Unidades de Convalescença	58
Gráfico 32	Valor de perfil de autocuidado na primeira e última avaliação dos utentes das Unidades de Média Duração e Reabilitação	59
Gráfico 33	Valor de perfil de autocuidado na primeira e última avaliação dos utentes das Unidades de Longa Duração e Manutenção	60

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição de utentes por tipologia de internamento e por região no ano 2009	34
Tabela 2	Número de utentes com identificação de necessidade de cuidados de enfermagem para o autocuidado	34
Tabela 3	Número de utentes com registo de intervenção de enfermagem para a promoção do autocuidado	36

INTRODUÇÃO

A adversidade do atual contexto socioeconómico conduz a diversas dificuldades aos cidadãos que procuram níveis mais elevados de saúde e aos profissionais de saúde que se deparam com o desafio de prestar cuidados de qualidade com menos recursos e com o menor impacto financeiro possível.

O aumento da longevidade e da crescente prevalência de doenças crónicas e incapacitantes constitui uma preocupação do sistema nacional de saúde. A promoção da saúde e a prevenção da doença tornam-se um desafio atual do sistema de saúde português, com vista à capacitação e responsabilização dos utentes pela sua própria saúde, das suas famílias, grupos e comunidades, e a redução de custos que se fazem sentir nos Cuidados de Saúde Diferenciados.

O impacto do aumento da população idosa com incapacidade tende cada vez mais a requerer cuidados de longa duração em detrimento dos serviços que dão resposta a situações de agudização da doença. Em resposta ao envelhecimento da população e à crescente prevalência de doenças crónicas, as políticas de saúde relevam a importância do envolvimento, responsabilização e mestria dos utentes e famílias para se autocuidarem em relação às atividades de vida diária (PETRONILHO, 2012).

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados surge neste contexto em 2006, constituindo o terceiro nível de cuidados do sistema de saúde português, do qual se espera potenciar os resultados dos utentes dando resposta às crescentes necessidades em saúde e perspetivando mais ganhos em saúde para as populações, baseada numa política de incentivo aos indivíduos com doenças crónicas a participarem nos seus cuidados.

Tem sido evidente a necessidade da Enfermagem, enquanto disciplina e profissão, demonstrar e tornar visível que os cuidados que os enfermeiros prestam proporcionam ganhos em saúde para os indivíduos, famílias, grupos e comunidades, com potenciais repercussões nas próprias organizações de saúde e no sistema de saúde a um nível macro.

A monitorização e a divulgação dos resultados têm-se afigurado como uma preocupação na prestação de cuidados de saúde, sendo foco de atenção das organizações de saúde face à atual pressão que sofrem para melhorar a qualidade dos cuidados, a relação custo / efetividade e o desempenho individual e organizacional.

A avaliação dos resultados dos beneficiários dos nossos cuidados, como indicadores da efetividade das intervenções de enfermagem, é uma ferramenta essencial na gestão dos cuidados e das organizações de saúde. De acordo com Doran *et al* (2006), os resultados dos utentes são uma forma de evidenciar a efetividade do cuidado de enfermagem.

A melhoria da qualidade em enfermagem requer do enfermeiro gestor a implementação de ações e a elaboração de instrumentos que possibilitem avaliar de maneira sistemática os níveis de qualidade dos cuidados prestados, pelo que se torna cada vez mais relevante a criação de instrumentos e a definição de indicadores de avaliação dos cuidados de enfermagem prestados.

O enfermeiro gestor tem um papel essencial no desenvolvimento e monitorização de indicadores, que lhe permitam avaliar a eficácia e a eficiência do desempenho individual e organizacional e a qualidade dos cuidados prestados aos utentes (BITTAR, 2001), fornecendo-lhe fundamentação para a implementação de medidas corretivas ou de projetos de melhoria da qualidade consoante as necessidades assim identificadas, subsidiando a sua tomada de decisão.

O autocuidado é um dos resultados dos utentes que é descrito na literatura como sendo sensível ao cuidado de enfermagem, contudo pouco monitorizado quando comparado com outros indicadores de serviços de saúde prestados aos cidadãos, que pouco têm a revelar sobre a visibilidade da qualidade dos cuidados prestados por enfermeiros.

A capacidade de autocuidado é um resultado fundamental para a gestão das condições agudas e crónicas nos variados contextos de saúde, com maior foco na gestão das doenças crónicas, que impõem ajustamentos a longo prazo na vida das pessoas. Este resultado é passível de ser monitorizado, sabendo que ele faz parte dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem definidos pela Ordem dos Enfermeiros (2001) e que, à luz da literatura, é potenciado por intervenções de enfermagem.

Na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, um dos principais motivos de referenciação de utentes para as diferentes tipologias é a dependência nas atividades de vida, pelo que surgiu neste contexto a questão de investigação norteadora do estudo, *Qual o contributo da intervenção dos enfermeiros para o autocuidado dos utentes, como resultado sensível ao cuidado de enfermagem, nas tipologias de internamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados?*

Trata-se de um estudo quantitativo, do tipo descritivo e correlacional, do qual decorreram como objetivos identificar o número de utentes admitidos na RNCCI por dependência nas atividades de vida no ano 2009, por tipologia de internamento e por região; identificar o número de utentes, na avaliação de enfermagem, com identificação de necessidade de cuidados de enfermagem promotores do autocuidado, por tipologia de internamento; identificar o número de utentes com registo de intervenção de enfermagem para a promoção do autocuidado, por tipologia de internamento; comparar e descrever a capacidade de autocuidado nas atividades básicas de vida diária dos utentes com registo de intervenção de enfermagem para o autocuidado, na primeira e na última avaliação de enfermagem, por tipologia de internamento; calcular a taxa de resolução da dependência no autocuidado dos utentes admitidos nas tipologias de internamento, com registo de intervenção de enfermagem para o autocuidado; e explorar a existência de relação entre a intervenção de enfermagem para a promoção do autocuidado e a capacidade de autocuidado dos utentes nas ABVD's.

Esta dissertação encontra-se dividida em duas partes, estando a primeira dirigida ao enquadramento teórico do estudo onde se abordarão três grandes temáticas – os Cuidados Continuados Integrados, a Gestão em Enfermagem e a Qualidade dos Cuidados e o Autocuidado. É de salientar que estão incluídas no enquadramento teórico algumas citações da Ordem dos Enfermeiros por se considerarem pertinentes na temática abordada. Na segunda parte é exposto o trabalho empírico, com apresentação e discussão dos dados. Surge, por fim, a conclusão deste estudo com algumas considerações finais e recomendações para futuros estudos.

Expressa-se aqui um agradecimento especial ao grupo de trabalho constituído pela própria, Gisela Teixeira, pelos professores Edmundo Santos e Pedro Lucas e pela enfermeira Maria João Girão da Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, que trabalharam na construção da base de dados que foi utilizada neste estudo.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

O êxito da medicina curativa, em simultâneo com as mudanças de estilos de vida, contribuiu para o aumento da longevidade dos indivíduos e, conseqüentemente, também para a crescente prevalência de doenças crónicas e incapacitantes em Portugal e noutros países desenvolvidos, constituindo a principal preocupação do sistema nacional de saúde na segunda metade do século XX (MENDES, 2004).

O impacto do aumento da população idosa com incapacidade tende cada vez mais a requerer cuidados de longa duração em detrimento dos serviços que dão resposta a situações de agudização da doença, o que exige uma configuração ao nível dos cuidados orientados para o autocuidado (RECHEL *et al*, 2009). Perante este quadro preocupante ao nível da saúde e social, surgiu a necessidade de criar um “novo tipo de cuidados situados entre o hospital e a comunidade e assente num modelo de respostas intersectoriais, onde têm pontuado as respostas de saúde e sociais, numa tentativa de tratar e cuidar holisticamente o indivíduo” (LOPES *et al*, 2010, p.9).

Surgem nesta problemática os *Long Term Care* / Cuidados de Longa Duração, definidos pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico, pela Comissão Europeia e pela Organização Mundial de Saúde.

De acordo com a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (2008), os Cuidados de Longa Duração referem-se à organização e prestação de uma ampla gama de serviços e assistência a pessoas que têm limitações na sua capacidade de funcionar de modo independente, diariamente, durante um prolongado período de tempo. Complementarmente a esta definição, a OCDE (2008) reforça que existe uma continuidade dos cuidados ao longo do tempo e que este é prestado segundo um programa integrado através de componentes de serviço, numa variedade de contextos, incluindo institucionais (*institucional*), residenciais (*residential*) e domiciliários (*home care*).

A avaliação da necessidade de um indivíduo integrar os Cuidados de Longa Duração baseia-se particularmente na medição do grau de dependência. Segundo a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (2008), uma das categorizações mais comuns da

dependência é através do grau de dificuldade no desempenho das atividades de vida diária e das atividades instrumentais de vida diária.

A OCDE (2008) considera as AVD's como um *core* de atividades de autocuidado ou de cuidado pessoal, consubstanciado nas atividades básicas de vida diária como a higiene, vestir-se, alimentar-se, transferir-se de e para a cama, transferir-se para e da casa de banho, gerir a continência vesical e intestinal. A mesma Organização (2008) descreve as atividades instrumentais de vida diária como atividades domésticas que incluem ir às compras, cozinhar, lavar, executar tarefas pessoais às quais se podem juntar a utilização do telefone, a gestão do dinheiro, a utilização de transportes, entre outras. Embora não consideradas pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico, existem também as atividades avançadas de vida diária, como realizar viagens de longa distância e realizar trabalhos voluntários na comunidade (MELO, 2010), participar em atividades de recreação e ocupacionais (PAIXÃO e REICHENHEIM, 2005).

De acordo com Nogueira (2009), para a Comissão Europeia os Cuidados de Longa Duração abrangem um conjunto de serviços de saúde e sociais que se destinam a pessoas dependentes nas atividades de vida, devido a doenças crónicas, incapacidade física ou mental.

Para a Organização Mundial de Saúde (2002), os Cuidados de Longa Duração incluem as atividades que as pessoas não conseguem executar por não terem capacidade para o autocuidado a longo prazo, sendo então prestados cuidados que visem a satisfação dessas atividades por cuidadores informais, como amigos ou familiares; por cuidadores formais, como profissionais de saúde, sociais ou outros; e por voluntários. Os serviços prestados nos domicílios, nas comunidades ou nas instituições são destinados a minimizar, restaurar ou compensar a perda de independência física ou de funcionamento mental. Os Cuidados de Longa Duração incluem esforços no sentido de prevenir a deterioração da capacidade funcional através da promoção de estilos de vida adequados para as pessoas incapacitadas e para os seus cuidadores, e através da adaptação de um cuidado preventivo para manter a capacidade funcional e a interação social. Os Cuidados de Longa Duração tal como definidos pela OMS (2002) não incluem o tratamento da doença crónica, a prevenção e a reabilitação.

Em Portugal, existem os Cuidados Continuados Integrados que são os cuidados de convalescença, recuperação e reintegração familiar e social, prestados a pessoas com doença crónica e / ou em situação de dependência com perda total ou parcial de autonomia,

independentemente da idade, através de um conjunto de intervenções sequenciais integradas de saúde e apoio social.

Independentemente da terminologia utilizada, e tal como reforça Nogueira (2009), o desenvolvimento deste tipo de cuidados assenta sobretudo em

“respostas mais adequadas às necessidades, mas também melhores serviços para o apoio continuado às pessoas em situação de fragilidade ou com doença crónica e de apoio à recuperação da funcionalidade e continuidade de cuidados pós-internamento hospitalar” (p.5).

Em Portugal, os Cuidados Continuados Integrados estão organizados em rede. A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados constitui um modelo organizacional criado pelo Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de Junho, no âmbito dos Ministérios da Saúde, do Trabalho e da Segurança Social, sendo coordenada nacionalmente pela Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, estando as suas atribuições atualmente integradas na ACSS, I.P., mediante o artigo 23.º do Decreto-Lei nº 124/2011 de 29 de Dezembro.

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados foi desenvolvida e implementada segundo um processo de mudança e modernização organizacional com repercussões na composição, organização e funcionalidade do Serviço Nacional de Saúde e setor social, contemplando as propostas estratégicas, organizacionais e operacionais das políticas de saúde e de desenvolvimento social em consonância com os objetivos de sustentabilidade financeira. De acordo com o Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2009), a RNCCI surgiu como um dos projetos de políticas sociais e desenvolvimento intersectorial mais importante a nível nacional, prevendo-se dar resposta à tão preocupante contenção de custos e à necessária melhoria da qualidade e da efetividade, pretendidos para os sistemas de saúde na Europa.

Esta organização dos cuidados surgiu como uma estratégia do Plano Nacional de Saúde 2004-2010, no âmbito da reorientação do sistema de saúde, que previa a “promoção da prestação de cuidados curativos, paliativos, de reabilitação e de recuperação, globais, em internamento, em ambulatório e no domicílio” (SILVA, 2006, p.55).

A finalidade da RNCCI é criar um sistema integrado de serviços de saúde e de apoio social que “capacitem os seus utentes no sentido da promoção da autonomia, através da implementação de um novo modelo de cuidados que pretende reabilitar e informar os utentes” (UMCCI, 2007, p.4).

A prestação de cuidados continuados integrados na RNCCI é assegurada pelo conjunto das equipas hospitalares (Equipa de Gestão de Altas, Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos), das unidades de internamento (Unidades de Convalescença, Unidades de Média Duração e Reabilitação, Unidades de Longa Duração e Manutenção, Unidades de Cuidados Paliativos), e pelas equipas domiciliárias (Equipas de Cuidados Continuados Integrados, Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos). Cada contexto distingue-se pela especificidade dos cuidados que são prestados.

Recentemente, perante o Decreto-Lei nº 52/2012 de 5 de Setembro, foi criada a Rede Nacional de Cuidados Paliativos, a funcionar sob tutela do Ministério da Saúde, dissociando-se da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, mantendo as mesmas equipas de prestação de cuidados paliativos que anteriormente integravam a RNCCI – Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos, Unidade de Cuidados Paliativos e Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos.

Importam para este estudo as tipologias de Convalescença, de Média Duração e Reabilitação e de Longa Duração e Manutenção. As primeiras caracterizam-se por admitir utentes dependentes e a necessitar de reabilitação intensiva, destinando-se ao tratamento de situações pós-agudas na sequência de internamento hospitalar ou agudização de doença crónica. Nas Unidades de Média Duração e Reabilitação constam como critérios de admissão de utentes, entre outros, a necessidade de cuidados de reabilitação que exijam internamento para a melhoria e / ou manutenção de capacidades e a necessidade de cuidados de manutenção que exijam internamento. São critérios de admissão de utentes nas Unidades de Longa Duração e Manutenção, entre outros, a necessidade de apoio para a satisfação das necessidades básicas e a necessidade de cuidados de manutenção de aptidões.

À luz do Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de Junho, por meio das suas diferentes tipologias a RNCCI visa melhorar a funcionalidade das pessoas através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social, dotando-as de conhecimentos e estratégias que lhes permitam fortalecer a sua capacidade de autocuidado. MELO (2010) reforça que os cuidados continuados perspetivam melhorar a funcionalidade com vista a diminuir a dependência, contribuir para a promoção do autocuidado e assegurar a melhor qualidade de vida possível dos utentes dentro das limitações decorrentes da sua doença.

Na ótica da UMCCI (2007), o autocuidado é a “capacidade de permanecer activo e saudável quer física quer mentalmente; prevenir doenças e acidentes; cumprir prescrições terapêuticas;

e gerir doenças crónicas” (p.23), tornando a pessoa responsável pela sua própria saúde e bem-estar físico e emocional, o que envolve uma capacidade de dinamizar todas as atividades de vida – básicas, instrumentais e avançadas.

A dependência nas atividades de vida é um dos principais motivos das propostas de referenciação para as Unidades de Convalescença, para as Unidades de Média Duração e Reabilitação, para as Unidades de Longa Duração e Manutenção e para as Equipas de Cuidados Continuados Integrados da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Em 2009, na tipologia de Média Duração e Reabilitação, a dependência nas AVD's representou 72% dos motivos de referenciação, 92% na tipologia de Longa Duração e Manutenção e 91% nas ECCI (UMCCI, 2010). Em 2010, a dependência nas atividades de vida diária foi a nível nacional o principal motivo de referenciação com 90% do total das propostas com igual resultado no ano de 2011 (UMCCI 2011, 2012).

A RNCCI dispõe de um documento de avaliação dos utentes, o Instrumento de Avaliação Integrado (Anexo I), utilizado em contexto de internamento e em ambulatório, e que tem por objetivo a identificação de perturbações físicas, funcionais, mentais, sociais e hábitos de vida cujos contributos são importantes na definição de um plano individual de intervenção, com ênfase na manutenção e recuperação de capacidades.

Faz parte do IAI a avaliação da autonomia física, sendo avaliada a capacidade de autocuidado, baseada em Katz, segundo quatro níveis de dependência (0 = incapaz, 1 = dependente, 2 = autónomo e 3 = independente), em oito atividades básicas de vida diária – lavar-se / tomar banho, vestir-se / despir-se, usar a sanita e / ou bacio / urinol, deitar-se / levantar-se da cama, sentar-se / levantar-se de cadeiras, controlar a urina, controlar as fezes e alimentar-se / comer. A menor pontuação atribuída nas ABVD's é aquela que irá caracterizar o grau de dependência do utente / valor de perfil nas avaliações que se realizem. Por exemplo, se a menor pontuação que se atribuiu a um utente na avaliação da sua autonomia física for um 2 na atividade lavar-se / tomar banho, então o utente é considerado autónomo no seu valor de perfil, independentemente de ser avaliado como independente em todas as outras ABVD's.

Existe igualmente um espaço para a avaliação da autonomia instrumental, baseada em Lawton, para o qual se destina o registo da capacidade dos utentes em ambulatório para a realização das atividades instrumentais de vida diária, nomeadamente usar o telefone, fazer compras, preparar refeições, realizar tarefas de lida da casa, lavar / tratar da roupa, usar transportes, tomar os medicamentos e gerir o dinheiro. É realizada também uma avaliação do

estado cognitivo e social, englobando neste contexto a prática de ginástica ou desporto enquanto atividade avançada de vida diária.

A RNCCI constitui assim o terceiro nível de cuidados do sistema de saúde português, do qual se espera potenciar os resultados dos utentes dando resposta às crescentes necessidades em saúde e perspetivando mais ganhos em saúde para as populações, baseada numa política de incentivo aos indivíduos com doenças crónicas a participarem nos seus cuidados.

Como acontece em todos os contextos da prestação de serviços de saúde, os enfermeiros constituem a classe profissional que surge em maior número e mais tempo nas tipologias da RNCCI, pelo que a intervenção da enfermagem no seio da equipa multidisciplinar tem um papel preponderante. A importância da intervenção da enfermagem neste nível de cuidados assume-se não só pela prestação direta de cuidados de enfermagem como também através do papel do enfermeiro gestor. Algumas tipologias da RNCCI podem ser geridas por um técnico da área da saúde, onde se inclui o enfermeiro, o qual enquanto gestor na unidade é responsável pela avaliação das necessidades dos utentes e organização das respostas mais adequadas, pela gestão dos recursos humanos e dos recursos materiais e pela garantia de condições de trabalho promotoras de uma prática de cuidados de enfermagem de qualidade. O enfermeiro gestor contribuirá desta forma para a máxima eficiência na organização dos cuidados de enfermagem e consequentemente para os ganhos em saúde da população que serve.

2. GESTÃO EM ENFERMAGEM E A QUALIDADE DOS CUIDADOS

Compreende-se a gestão em enfermagem como a coordenação e integração dos recursos de enfermagem através do planeamento, organização, direção e controlo, para concretizar os cuidados de enfermagem e atingir as metas e os objetivos, pelo que a qualidade da prática dos enfermeiros gestores interfere com a qualidade dos cuidados prestados aos utentes (HUBER, 2006) e, consequentemente, nos seus resultados.

Na ótica de Huber (2006), os enfermeiros gestores desempenham funções importantes e discretas que proporcionam um ambiente que facilita a prestação de serviços aos utentes. A autora (2006) refere que o processo de gestão em enfermagem é essencialmente direcionado para a gestão de recursos humanos, sendo a partir deste processo dinâmico que o trabalho de enfermagem se concretiza. Os enfermeiros gestores tentam dar resposta a duas necessidades, que geram muitas vezes conflitos na definição de prioridades – as necessidades dos

colaboradores relacionadas com o seu crescimento, eficiência, motivação, moral e realização; e as necessidades da instituição ou serviço direcionadas para a produtividade, qualidade e custo / efetividade. Isto acontece pelo facto da organização ser um sistema social composto por uma dimensão organizacional e por uma dimensão individual (HUBER, 2006).

É nesta díade de responsabilidades que é exigido ao enfermeiro gestor um conjunto de competências de gestão e de liderança que sirvam a finalidade dos cuidados e que facilitem a prática da arte do cuidar, através de “laços pertinentes entre as exigências de uma lógica centrada no cuidar (...) e os imperativos de uma lógica centrada na gestão” (HESBEEN, 2001, p.83).

À luz do novo regime da carreira especial de enfermagem, Decreto-Lei nº 248/2009 de 22 de Setembro, podem exercer funções de direção e de chefia os enfermeiros integrados na carreira especial de enfermagem, desde que sejam titulares da categoria de enfermeiro principal ou que se encontrem nas categorias que venham a ser consideradas subsistentes, desde que cumpram as condições de admissão à categoria de enfermeiro principal. Uma das áreas de exercício profissional consideradas para este novo regime é, entre outras, os cuidados continuados.

Ainda segundo o mesmo Decreto-Lei, o conteúdo funcional da categoria de enfermeiro principal é integrado na gestão do processo de prestação de cuidados de saúde e compete a este enfermeiro, entre outras funções:

- Promover a aplicação dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem definidos, e atualizar procedimentos orientadores da prática clínica;
- Planear e incrementar ações e métodos de trabalho que visem a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, procedendo à definição ou utilização de indicadores e respetiva avaliação, bem como à coordenação de equipas multiprofissionais;
- Gerir o serviço ou unidade de cuidados, incluindo a supervisão do planeamento, programação e avaliação do trabalho da respetiva equipa, decidindo sobre a afetação de meios (respeitante a enfermeiros em cargos de chefia);
- Identificar as necessidades de recursos humanos, articulando, com a equipa, a sua adequação às necessidades previstas, nomeadamente através da elaboração de horários e de planos de trabalho e férias;

- Determinar as necessidades de recursos humanos, designadamente em função dos níveis de dependência ou outros indicadores, bem como de materiais, em quantidade e especificidade, nos serviços e / ou nas unidades do seu departamento, ou conjunto de serviços ou unidades;
- Assumir a responsabilidade pelas atividades de formação e de desenvolvimento profissional contínuo dos enfermeiros da organização em que exerce atividade;
- Elaborar, promover ou apoiar a concretização de projetos de desenvolvimento técnico-científico, institucional, de qualidade e inovação que mobilizem e desenvolvam o conjunto da equipa profissional;
- Elaborar o plano de ação e relatório anual referentes à atividade de enfermagem do departamento ou conjunto de serviços ou unidades e participar na elaboração de planos de ação e respetivos relatórios globais do departamento ou conjunto de serviços ou unidades (respeitante a enfermeiros em cargos de chefia);
- Apoiar o enfermeiro diretor na admissão de enfermeiros e na sua distribuição pelos serviços e unidades, na elaboração de proposta referente a mapas de pessoal de enfermagem, no estabelecimento de critérios referentes à mobilidade, na avaliação da qualidade dos cuidados, na definição e regulação de condições e prioridades para projetos de investigação e na definição e avaliação de protocolos e políticas formativas.

A gestão estratégica tem uma responsabilidade adjuvante na garantia da qualidade dos serviços prestados aos utentes e nos resultados alcançados. Mediante o Decreto-Lei nº 188/2003 de 20 de Agosto, atribui-se ao enfermeiro diretor, entre outras competências, a de compatibilizar os objetivos do hospital com a filosofia e os objetivos da profissão de enfermagem, elaborar propostas referentes à gestão do pessoal de enfermagem, propor a criação de um sistema efetivo de classificação de utentes que permita determinar necessidades em cuidados de enfermagem e zelar pela sua manutenção, definir padrões de cuidados de enfermagem e indicadores de avaliação dos cuidados de enfermagem prestados e elaborar estudos para determinar os custos / benefícios no âmbito dos cuidados de enfermagem.

Face às suas responsabilidades, depreende-se que as ações e as decisões tomadas pelos enfermeiros que ocupam lugares de gestão refletem-se na “capacidade que os enfermeiros de cuidados directos terão, no futuro, para exercer a sua arte e para porem os seus talentos ao serviço do doente e da família (...) ao da população” (HESBEEN, 2001, p.79). Neste contexto, Hesbeen (2001) identifica como missão do enfermeiro chefe a de garantir as

melhores condições possíveis aos seus recursos humanos para desenvolverem a profissão e exercerem-na com satisfação, ou seja, cuidar dos que cuidam.

Indo ao encontro da visão de Hesbeen (2001), é nos enfermeiros gestores que se depositam

“grandes esperanças para desenvolver as estruturas e para melhorar a sua organização, logo, para garantir a qualidade do serviço prestado pelos profissionais que nelas trabalham” (p.79),

pelo que o enfermeiro gestor tem uma quota de responsabilidade sobre a qualidade dos cuidados prestados, sobretudo pela sua ação sobre os enfermeiros da prática e sobre o ambiente de trabalho.

De acordo com o autor (2001), cuidados de qualidade inserem-se numa prática que faça sentido para a situação que a pessoa doente esteja a viver, numa lógica de cuidados centrados na pessoa, e que tenha em consideração os diversos recursos disponibilizados pela equipa de profissionais, bem como o contexto político, económico e organizacional.

A qualidade em enfermagem anda de mãos dadas com a qualidade em saúde, na medida em que a primeira contribui para a obtenção da segunda. Tal como referido pela Ordem dos Enfermeiros (2001),

“nem a qualidade em saúde se obtém apenas com o exercício profissional dos enfermeiros, nem o exercício profissional dos enfermeiros pode ser negligenciado, ou deixado invisível, nos esforços para obter qualidade em saúde” (p.4).

Em enfermagem, a qualidade dos cuidados constitui uma responsabilidade dos enfermeiros na sua atividade profissional, enfatizada nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2001). São englobadas nos padrões de qualidade seis categorias de enunciados descritivos que estabelecem uma base padronizada de cuidados com qualidade que todos os enfermeiros devem respeitar no exercício da sua profissão, relativas à satisfação do utente, à promoção da saúde, à prevenção de complicações, ao bem-estar e autocuidado, à readaptação funcional e à organização dos cuidados de enfermagem.

A melhoria da qualidade em enfermagem requer do enfermeiro gestor, em particular pelas suas competências atrás salientadas, a implementação de ações e a elaboração de instrumentos que possibilitem avaliar de maneira sistemática os níveis de qualidade dos cuidados prestados, pelo que se torna cada vez mais relevante a criação de instrumentos e a definição de indicadores de avaliação dos cuidados de enfermagem prestados.

O enfermeiro gestor tem assim um papel essencial no desenvolvimento e monitorização de indicadores, que lhe permitam avaliar a eficácia e a eficiência do desempenho individual e organizacional e a qualidade dos cuidados prestados aos utentes (BITTAR, 2001). Compreende-se como eficácia a relação entre os objetivos delineados e os resultados obtidos, e a eficiência enquanto relação entre os resultados e os recursos utilizados (PINA e CUNHA *et al*, 2007).

A existência de indicadores fornece ao enfermeiro gestor fundamentação para a implementação de medidas corretivas ou de projetos de melhoria da qualidade consoante as necessidades assim identificadas, subsidiando a tomada de decisão.

2.1. Indicadores de Qualidade do Cuidado de Enfermagem

Tem-se tornado relevante a medição dos resultados na prestação de cuidados de saúde como foco das organizações de saúde sobre a eficiência, os custos, a qualidade e efetividade dos cuidados e o desempenho organizacional. Todos os profissionais de saúde são atualmente desafiados a mostrar que os cuidados que prestam conduzem a melhores resultados para os utentes. Ao longo dos últimos anos têm sido realizados vários estudos que têm tentado identificar os resultados dos utentes em diferentes áreas da saúde. Contudo, a Enfermagem tem tido pouco a oferecer à comunidade em termos de evidência científica, quando lhe é desafiado a demonstrar que os enfermeiros fazem a diferença nos cuidados aos utentes (DORAN e PRINGLE, 2011).

São conhecidos os vários indicadores económicos e financeiros, indicadores sobre a utilização da capacidade instalada, indicadores de recursos humanos / produtividade e indicadores de produção e rácios de eficiência, que são divulgados pelas instituições de saúde com regularidade à sociedade. Contudo, nestes indicadores não estão incluídos aqueles que demonstrem ganhos em saúde sensíveis ao cuidado de enfermagem, ausentando-se igualmente a visibilidade da qualidade dos cuidados prestados.

A Ordem dos Enfermeiros salienta a importância da evidência dos resultados dos utentes sensíveis ao cuidado de enfermagem, embora muitos dos dados necessários para medir e avaliar o contributo dos enfermeiros para o cuidado ao utente estejam maioritariamente ausentes. Como resultado, os contributos dos enfermeiros nos resultados dos utentes e no sistema de saúde permanecem, em grande parte, invisíveis (GROSSEN *et al*, 1998, referenciados por KLEIB *et al*, 2011).

Em 1998 foi desenvolvido o *Nursing Role Effectiveness Model* (Anexo II) por Doran, Sidani e Hall, baseado no modelo de avaliação da qualidade em saúde de Avedis Donabedian, com o propósito de identificar o contributo do papel dos enfermeiros na obtenção dos resultados dos utentes. Neste modelo (1998) é referido, em linhas gerais, que os resultados dos utentes são afetados não só pelo cuidado prestado, mas também pelos fatores relacionados com o utente, com os aspetos interpessoais do cuidado e com o local ou ambiente onde o cuidado é prestado. Neste sentido, e à semelhança do modelo de Avedis Donabedian, o NREM fornece um quadro conceptual que ajuda a descrever a relação entre estrutura, processo e resultados.

A estrutura do modelo é composta por três variáveis – dos utentes, dos enfermeiros e das organizações – que influenciam os processos e os resultados do cuidado (DORAN e PRINGLE, 2011). As variáveis estruturais dos utentes incluem características demográficas como a idade e o sexo, e características clínicas, nomeadamente o tipo e severidade da doença e co-morbilidades, que afetam tanto a prestação dos cuidados como a obtenção dos resultados. À luz do que é descrito por Doran *et al* (2006), estas características afetam o potencial de recuperação dos utentes, positiva ou negativamente, e influenciam a tomada de decisão dos enfermeiros quanto ao tipo de cuidados e modo como serão prestados, pelo que, no seu conjunto, determinam a obtenção de resultados.

As variáveis estruturais dos enfermeiros incluem as características profissionais como a experiência, conhecimento e níveis de competência (DORAN e PRINGLE, 2011), que podem influenciar a qualidade do cuidado de enfermagem.

Por último, as variáveis estruturais das unidades descritas no NREM englobam a constituição da equipa de enfermagem, a carga de trabalho e o método de distribuição de trabalho (DORAN, SIDANI e HALL, 1998), às quais se podem juntar as dotações e o ambiente de trabalho (DORAN e PRINGLE, 2011), que afetam diretamente a prestação de cuidados de enfermagem.

Todos estes fatores inerentes a cada variável estrutural exercem influência ao nível dos processos do modelo, ou seja, na efetividade das intervenções de enfermagem.

A terceira componente do NREM é o resultado e corresponde aos resultados dos utentes sensíveis ao cuidado de enfermagem, definidos por Johnson e Maas (1997), citados por Doran, Sidani e Hall (1998), como os resultados sobre o estado geral do utente, comportamento ou perceção resultantes das intervenções de enfermagem. São identificados

como resultados sensíveis ao cuidado de enfermagem o estado funcional, o autocuidado, o controlo de sintomas, a segurança ou ausência de ocorrências adversas, a satisfação com o cuidado, os custos (DORAN *et al*, 2006), o *distress* psicológico, a dor, a taxa de mortalidade e a utilização dos serviços de saúde (DORAN, 2011).

Deste modelo é possível extraírem-se relações entre diferentes variáveis e resultados, passíveis de serem validadas em estudos de investigação, bem como a produção de indicadores de estrutura, de processo e de resultado.

Existe um Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem que fornece um painel de indicadores designados como “marcadores específicos do estado da saúde das populações, capazes de traduzir o contributo singular do exercício profissional dos enfermeiros para os ganhos em saúde da população” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2007, p.17). O RMDE consiste num conjunto mínimo de itens de informação referente a dimensões específicas de enfermagem, com categorias e definições uniformes, indo ao encontro das necessidades de informação dos múltiplos utilizadores dos dados no sistema de saúde (WERLEY *et al*, 1991). De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2007), a estrutura do RMDE, sob o ponto de vista clínico, corresponde a um conjunto de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem.

À semelhança dos contributos do *Nursing Role Effectiveness Model*, são propostos no RMDE focos de atenção como a aceitação do estado de saúde, a adesão à vacina, a adesão ao regime medicamentoso / dietético, a amamentação, a aspiração, o autocuidado (alimentar-se, cuidar da higiene pessoal, transferir-se, uso do sanitário, vestir-se e despir-se, andar), as quedas, o desenvolvimento infantil, a desidratação, a dor, o excesso de peso, a gravidez, a incontinência urinária, a insónia, a limpeza das vias aéreas, a malnutrição, o medo, a parentalidade, a rigidez articular, o tomar conta, as úlceras de pressão e o uso de contraceptivos.

Cada um destes focos é produtor de indicadores de qualidade de estrutura, de processo, de resultado e epidemiológicos. Fazem parte destes indicadores taxas de prevalência, por exemplo na dependência no autocuidado alimentar-se; a modificação positiva no estágio de um diagnóstico; taxas de efetividade na prevenção, por exemplo no risco de aspiração; entre outros.

3. O AUTOCUIDADO COMO RESULTADO SENSÍVEL AO CUIDADO DE ENFERMAGEM

O autocuidado, identificado como resultado sensível ao cuidado de enfermagem e como foco de atenção na produção de indicadores de qualidade do cuidado de enfermagem, destaca-se com particular interesse por ser um resultado da prática de enfermagem pouco monitorizado nas instituições quando comparado com outros como as úlceras de pressão ou as quedas, e pelo facto de estar definido como um conceito central no domínio da Enfermagem.

O autocuidado tem sido identificado como uma “peça” fundamental para a promoção da saúde e para a gestão bem-sucedida das condições agudas e crónicas nos variados contextos de saúde, com maior atenção na gestão das doenças crónicas, que impõem ajustamentos a longo prazo na vida das pessoas. Na ótica de Sidani (2011), o autocuidado é o foco e em simultâneo o resultado de saúde e do cuidado de enfermagem nos cuidados de saúde primários, nos cuidados agudos, nos cuidados domiciliários, na reabilitação e nos cuidados de longa duração.

O autocuidado faz parte de uma das seis categorias de enunciados descritivos que constituem os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem definidos pela Ordem dos Enfermeiros (2001), em que é esperado que o enfermeiro suplemente / complemente “as actividades de vida relativamente às quais o utente é dependente” (p.13).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2009), o autocuidado é a capacidade dos indivíduos, famílias e comunidades para promover e manter a saúde e prevenir e lidar com a doença e a incapacidade, com ou sem o apoio de um profissional de saúde. Um dos principais contributos para a definição do autocuidado no domínio da disciplina de Enfermagem foi o de Dorothea Orem, que desenvolveu a Teoria de Enfermagem do Défice de Autocuidado.

Orem (2001) descreve o autocuidado como um conjunto de ações desenvolvidas pelos indivíduos em seu próprio benefício e que visam a manutenção da vida, da saúde e do bem-estar contínuos e a recuperação da doença. De acordo com a autora (2001), a capacidade de autocuidado é adquirida ao longo do processo de crescimento e desenvolvimento de cada indivíduo e o facto de possuir habilidades, conhecimentos e experiência adquirida ao longo da sua vida permite-lhe autocuidar-se, sendo reconhecido como agente de autocuidado. Pelo contrário, quando o indivíduo não tem esta capacidade de autocuidado e necessita que este seja complementado / substituído por cuidadores informais, como familiares, amigos,

vizinhos ou outros, passa a denominar-se de agente dependente de cuidados; ou *therapeutic self-care agent* quando o autocuidado “resulta da ação profissional dos enfermeiros” (PETRONILHO, 2012, p.20).

O autocuidado é representado também por outros dois conceitos centrais – a ação de autocuidado e o comportamento de autocuidado. A ação de autocuidado refere-se à capacidade do indivíduo em se envolver nas atividades que visam manter ou melhorar a saúde, prevenir a doença e gerir os problemas relacionados com a saúde (OREM, 2001), ou seja, em se envolver nos comportamentos de autocuidado. O comportamento de autocuidado está associado à prática de ações ou atividades que os indivíduos iniciam e desenvolvem, em períodos temporais adequados, por si próprios e com vista a manterem a vida, o funcionamento saudável, a continuação do desenvolvimento pessoal e o bem-estar.

Por motivo de doença, fatores ambientais, escassez de recursos, ou outros, a necessidade de autocuidado poderá ser superior à capacidade do indivíduo em conseguir satisfazê-la, sendo incapaz ou estando limitado na satisfação do autocuidado, surgindo assim a necessidade da intervenção de enfermagem que ajuda o utente “a compensar o desequilíbrio existente” (CUNHA, CARDOSO e OLIVEIRA, 2005, p.37), ou seja, a suplementar / complementar as atividades de vida relativamente às quais o utente é dependente (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2001). Surgem em consequência os Sistemas de Enfermagem enquanto conjunto de ações de planeamento e execução como forma de compensar o défice de autocuidado manifestado pelos utentes.

Quando a pessoa está totalmente dependente e é incapaz de satisfazer qualquer necessidade de autocuidado, a enfermagem surge como um sistema totalmente compensatório, em que o enfermeiro substitui a pessoa em todas as suas atividades de vida (CUNHA, CARDOSO e OLIVEIRA, 2005). Quando a pessoa é capaz de realizar algumas atividades de forma autónoma, a enfermagem surge como um sistema parcialmente compensatório e o enfermeiro fornece ajuda apenas nas atividades de autocuidado em que a pessoa ainda tem limitações (MELO, 2010). Por fim, a enfermagem surge como um sistema de apoio e educação para apoiar, orientar e instruir (MELO, 2010) e supervisionar a realização das ações de forma adequada (CUNHA, CARDOSO e OLIVEIRA, 2005) quando a pessoa já consegue satisfazer a quase totalidade das suas atividades de autocuidado.

Na maioria dos estudos sobre o autocuidado, a enfermagem surge como um sistema de apoio e educação, sendo identificada uma melhoria da capacidade de autocuidado em utentes com

insuficiência cardíaca (HAMNER, 2005), submetidos a cirurgia de revascularização do miocárdio com menos problemas experienciados após a alta hospitalar (CEBECI e ÇELIK, 2007); com diabetes mellitus tipo 2 (ALPIREZ *et al*, 2006; HEARNshaw *et al*, 2006; GALLEGOS, OVALLE-BERÚMEN e GOMEZ-MESA, 2006); com asma (HUANG, LI e WANG, 2009); na prevenção do acidente vascular cerebral (IRELAND *et al*, 2010). Segundo um estudo realizado por Melo (2010) sobre o autocuidado em utentes com hemiplegia em Unidades de Convalescença, verificaram-se ganhos em independência nas atividades básicas de vida diária relativas ao banho, vestuário, alimentação, uso do sanitário, transferência e continência, associados à transmissão de conhecimentos, ao ensino de estratégias e ao treino das capacidades das pessoas com hemiplegia.

São variados os estudos analisados por Sidani (2011) que demonstram uma melhoria do autocuidado em crianças e adultos com asma, em grávidas, em utentes após cirurgia cardiovascular, em utentes com patologia cardíaca, em utentes com neoplasias, em utentes com hipertensão, entre outros, após as intervenções de enfermagem como sessões educativas, instruções sobre o desenvolvimento de exercícios e outros comportamentos.

De acordo com as conclusões da revisão sistemática da literatura realizada por Sidani (2011), o comportamento de autocuidado contribui para o aumento do sentido de responsabilidade e autonomia, aumenta a recuperação de uma cirurgia ou doença e reduz o risco de complicações, melhora a adaptação à doença, melhora o controlo de sintomas e o funcionamento e, consequentemente melhora a qualidade de vida. Relatam-se igualmente possíveis benefícios para o sistema de saúde, como a redução da utilização dos serviços de saúde, a diminuição das taxas de reinternamento hospitalar e a redução de custos nos cuidados de saúde, que parecem advir dos resultados pretendidos dos utentes.

A evidência científica analisada pela autora (2011) corrobora que o autocuidado é considerado um resultado sensível ao cuidado de enfermagem e que é fundamental para a obtenção de outros resultados dos utentes e do sistema de saúde.

De acordo com alguns estudos, não só a prestação de cuidados de enfermagem diretos afeta a capacidade de autocuidado dos utentes. Algumas decisões que podem ser protagonizadas pelo enfermeiro gestor ao nível da implementação de métodos de distribuição de trabalho e da gestão dos recursos humanos de enfermagem podem ter implicações indiretas no autocuidado dos utentes.

Segundo um estudo de Poochikian-Sarkissian, Sidani, Ferguson-Pare e Doran (2010), a implementação do modelo de Cuidados Centrados no Utente / *Patient Centred Care* contribui para um aumento da capacidade de autocuidado e para a satisfação com o cuidado. Também num estudo de Glasson *et al* (2006) sobre a implementação de um modelo de cuidados centrados no utente, baseado no modelo de autocuidado de Orem, se constatou que apenas o grupo de utentes cujos cuidados de enfermagem foram prestados segundo este modelo apresentou melhorias significativas nas atividades de vida diária entre a admissão e a alta hospitalar.

Lewis (2009) reforça que a implementação deste modelo de cuidados promove o autocuidado, acrescentando ainda que tem benefícios a um nível macro, pelo impacto que confere na redução do tempo de internamento, na redução de custos, no aumento da satisfação do utente e do prestador de cuidados, por facilitar o trabalho em equipa, melhorar a segurança e aumentar as taxas de retenção de pessoal.

Os enfermeiros líderes e gestores têm a responsabilidade de facilitar a implementação de um método de prestação de cuidados adequado, que se centralize na assistência ao utente considerando as suas necessidades específicas, e de orientar as ações dos enfermeiros de forma a sistematizar e organizar os cuidados de enfermagem, a fim de se equacionar a qualidade dos cuidados, os custos e a satisfação dos utentes (DEUTSCHENDORF, 2006).

Segundo os resultados de um estudo de Potter *et al* (2003), quanto maior for a percentagem de horas de cuidados de enfermagem prestados por enfermeiros registados, melhor é a perceção dos utentes sobre a sua capacidade de autocuidado. De acordo com os autores do estudo (2003), esta correlação tem implicações para a relação entre os níveis de pessoal que uma organização mantém e o bem-estar dos utentes. O conhecimento da relação das dotações de enfermeiros com os resultados dos utentes é fundamental para gerir recursos profissionais de enfermagem e otimizar os cuidados aos utentes.

Constituem preocupações e desafios atuais do sistema de saúde português a promoção da saúde e a prevenção da doença, com vista à capacitação e responsabilização dos utentes pela sua própria saúde, das suas famílias, grupos e comunidades, e a redução de custos que se fazem sentir nos Cuidados de Saúde Diferenciados. Constituem-se, neste contexto, como recomendações ao Plano Nacional de Saúde 2011-2016, “Capacitar o utente para a auto-gestão da doença, aumentando a sua autonomia e co-responsabilização, evitando o risco de

agudização da doença e reduzindo o gasto de recursos.” (MACHAQUEIRO, CORTES e NICOLA, p.71).

Em modo de síntese, e sustentado em Petronilho (2012), em resposta ao envelhecimento da população e à crescente prevalência de doenças crónicas,

“as políticas de saúde colocam o enfoque na responsabilização, envolvimento e mestria dos cidadãos e nas famílias para cuidarem-se a si próprios em relação às atividades de vida diária e na procura de comportamentos de saúde que integrem esquemas terapêuticos definidos com a ajuda dos profissionais de saúde, no sentido de serem capazes de gerir com maior eficácia os processos de saúde-doença” (p.11).

Face à importância do autocuidado para os utentes e para o sistema de saúde que tem vindo a ser descrita, importa aos enfermeiros gestores terem uma maior intervenção na monitorização e divulgação do autocuidado enquanto resultado, criando indicadores cuja consulta e acompanhamento lhes possibilite a introdução rápida de medidas corretivas necessárias à melhoria da qualidade do cuidado de enfermagem, contribuindo para a obtenção de mais e melhores ganhos em saúde para os seus utentes.

PARTE II – TRABALHO EMPÍRICO

1. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

Tendo por base a revisão teórica realizada sobre os cuidados continuados integrados, a gestão em enfermagem e o autocuidado, e face às preocupações que foram salientadas ao longo do enquadramento teórico, a questão de investigação norteadora nesta dissertação foi *Qual o contributo da intervenção dos enfermeiros para o autocuidado dos utentes, como resultado sensível ao cuidado de enfermagem, nas tipologias de internamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados?*

2. DESENHO DO ESTUDO

A presente dissertação constitui um estudo quantitativo, do tipo descritivo e correlacional e retrospectivo, perspetivando fornecer informação acerca da população em estudo, nomeadamente sobre o autocuidado dos utentes nas tipologias de internamento da RNCCI que foram alvo de avaliação e intervenção de enfermagem para a promoção do autocuidado durante o ano 2009, bem como explorar a existência de possíveis relações entre variáveis. Para a realização deste estudo recorreu-se à base de dados da RNCCI, disponibilizada pela Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados.

Os dados obtidos a partir da base de dados disponibilizada pela Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados foram tratados no programa informático *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20.0, e analisados segundo estatística descritiva e exploratória e comparação inferencial não paramétrica de grupos, de acordo com Maroco (2007).

3. OBJETIVOS

Face à questão de investigação formulada delinearam-se os seguintes objetivos:

Geral

Descrever o contributo da intervenção dos enfermeiros para o autocuidado dos utentes nas atividades básicas de vida diária, como resultado sensível ao cuidado de enfermagem, nas tipologias de internamento da RNCCI – Unidades de Convalescença, Unidades de Média Duração e Reabilitação e Unidades de Longa Duração e Manutenção.

Específicos

1. Identificar o número de utentes admitidos na RNCCI por dependência nas AVD's no ano 2009, por tipologia de internamento e por região Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve;
2. Identificar o número de utentes, na avaliação de enfermagem, com identificação de necessidade de cuidados de enfermagem promotores do autocuidado, por tipologia de internamento no ano 2009;
3. Identificar o número de utentes com registo de intervenção de enfermagem para a promoção do autocuidado, por tipologia de internamento no ano 2009;
4. Comparar e descrever a capacidade de autocuidado nas atividades básicas de vida diária dos utentes com registo de intervenção de enfermagem para o autocuidado, na primeira e na última avaliação de enfermagem, por tipologia de internamento no ano 2009;
5. Calcular a taxa de resolução da dependência no autocuidado dos utentes admitidos nas tipologias de internamento no ano 2009, com registo de intervenção de enfermagem para o autocuidado, segundo o seguinte indicador, produzido face à revisão de literatura efetuada:

$$\text{Taxa de resolução da dependência ABVD's} = \frac{\text{Nº de utentes independentes na última avaliação da autonomia física no ano 2009} - \text{Nº de utentes independentes na 1ª avaliação da autonomia física no ano 2009}}{\text{Nº total de utentes incapazes, dependentes e autónomos na primeira avaliação da autonomia física no ano 2009}} \times 100$$

6. Explorar a existência de relação entre a intervenção de enfermagem para a promoção do autocuidado e a capacidade de autocuidado dos utentes nas ABVD's.

As atividades básicas de vida diária consideradas são lavar-se / tomar banho, vestir-se / despir-se, usar a sanita e / ou bacio / urinol, deitar-se / levantar-se da cama, sentar-se / levantar-se de cadeiras, controlar a urina, controlar as fezes e alimentar-se / comer, de acordo com a avaliação da autonomia física realizada no Instrumento de Avaliação Integrado (Anexo I).

4. POPULAÇÃO

A população teórica foi constituída pelos utentes da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados que foram admitidos na RNCCI no ano 2009 e que foram 17156 utentes (UMCCI, 2010). A população-alvo foi constituída pelos utentes da RNCCI do ano 2009 que estão na base de dados disponibilizada, internados nas Unidades de Convalescença, de Média Duração e Reabilitação e de Longa Duração e Manutenção que representam 4741, 27,6% da população teórica.

5. COLHEITA DE DADOS

Os dados foram colhidos do aplicativo informático de referenciação e monitorização da atividade da RNCCI – GestCareCCI ® – com abrangência ao nível de Portugal Continental, com autorização prévia da Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados no âmbito do protocolo celebrado com a Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Deste aplicativo resultaram dois principais tipos de dados mensuráveis de interesse para o estudo – variáveis qualitativas nominais referentes à região, à tipologia de internamento; à identificação da necessidade, ou não, de cuidados de enfermagem para o autocuidado; e à realização de intervenções de enfermagem, ou não, promotoras do autocuidado; e variáveis qualitativas ordinais, no que se refere à capacidade de autocuidado para a realização das oito atividades básicas de vida diária, segundo o Instrumento de Avaliação Integrado (Anexo I).

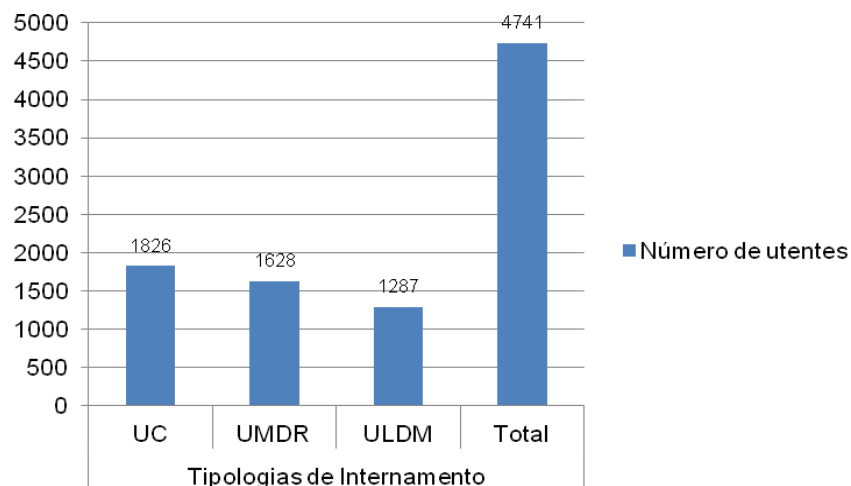
A utilização dos dados a partir do GestCareCCI ® garantiu a confidencialidade dos mesmos, uma vez que estes já se encontravam codificados, não sendo possível a associação entre estes e os utentes da RNCCI.

6. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS

De acordo com os dados tratados, observou-se que dos 4741 utentes que integraram as tipologias de internamento da RNCCI, a maior percentagem de utentes verificou-se nas Unidades de Convalescença com 38,5% (n=1826). Com 34,3% (n=1628) dos utentes segue-se a tipologia de Média Duração e Reabilitação e, por último, as Unidades de Longa Duração e Manutenção com 27,1% (n=1287) dos utentes. De acordo com a UMCCI (2010), em 2009 foram referenciados para a Rede um total de 24928 utentes, dos quais a maior percentagem se destinou para as Unidades de Convalescença, ao contrário do que se verificou no ano 2010 e

2011, em que o maior número de referenciações se destinou às UMDR (UMCCI, 2011; 2012).

Gráfico 1 – Distribuição de utentes por tipologia de internamento na RNCCI no ano 2009



A nível nacional, a região Norte foi a que recebeu mais utentes em 2009 com 43% (n=2037) da amostra, dos quais 40% (n=816) integraram Unidades de Convalescença, 37,1% (n=756) estiveram em Unidades de Média Duração e Reabilitação e 22,9% (n=465) em Unidades de Longa Duração e Manutenção. No lado oposto, a região do Algarve foi a que menos utentes da RNCCI acolheu com 8,1% da população-alvo (n=384), dos quais a maioria com 53,4% (n=205) teve internamento em Unidades de Convalescença, seguindo-se as Unidades de Longa Duração e Manutenção com 26,6% (n=102) dos utentes e as Unidades de Média Duração e Reabilitação com 20% (n=77). Apenas nas regiões Centro e Alentejo se observou que a maior percentagem de utentes teve internamento em Unidades de Média Duração e Reabilitação, com 38% (n=447) e 37,6% (n=255), respetivamente.

Gráfico 2 – Distribuição de utentes por região no ano 2009

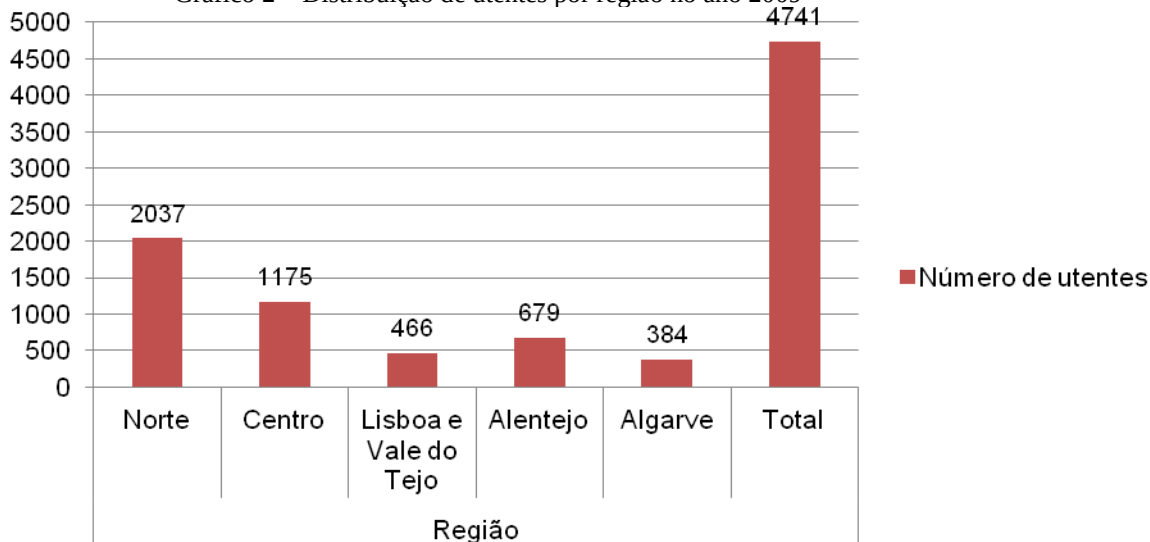


Tabela 1 – Distribuição de utentes por tipologia de internamento e por região no ano 2009

	Região					Total
	Norte	Centro	Lisboa e Vale do Tejo	Alentejo	Algarve	
UC	816	331	272	202	205	1826
Tipologia UMDR	756	447	93	255	77	1628
ULDM	465	397	101	222	102	1287
Total	2037	1175	466	679	384	4741

Entre os 4741 que tiveram internamento nas tipologias de internamento da RNCCI, em que foi avaliada a necessidade de cuidados de enfermagem dirigida à promoção do seu autocuidado, foi possível observar que em 88,7% (n=4205) dos utentes foi identificada esta necessidade de cuidados e em 11,3% (n=536) não foi identificada.

Tabela 2 – Número de utentes com identificação de necessidade de cuidados de enfermagem para o autocuidado

Identificação de necessidade de cuidados para o autocuidado	Frequência	%	% Válida	% Acumulada
Sim	4205	88,7	88,7	88,7
Não	536	11,3	11,3	100,0
Total	4741	100,0	100,0	

Testou-se posteriormente se a incidência da necessidade de cuidados para o autocuidado diferia significativamente nos grupos de utentes que constituíam as diferentes tipologias, através do teste do Qui-quadrado. Consideraram-se as hipóteses estatísticas:

H_0 : A incidência da necessidade de cuidados de enfermagem para o autocuidado é independente da tipologia de internamento.

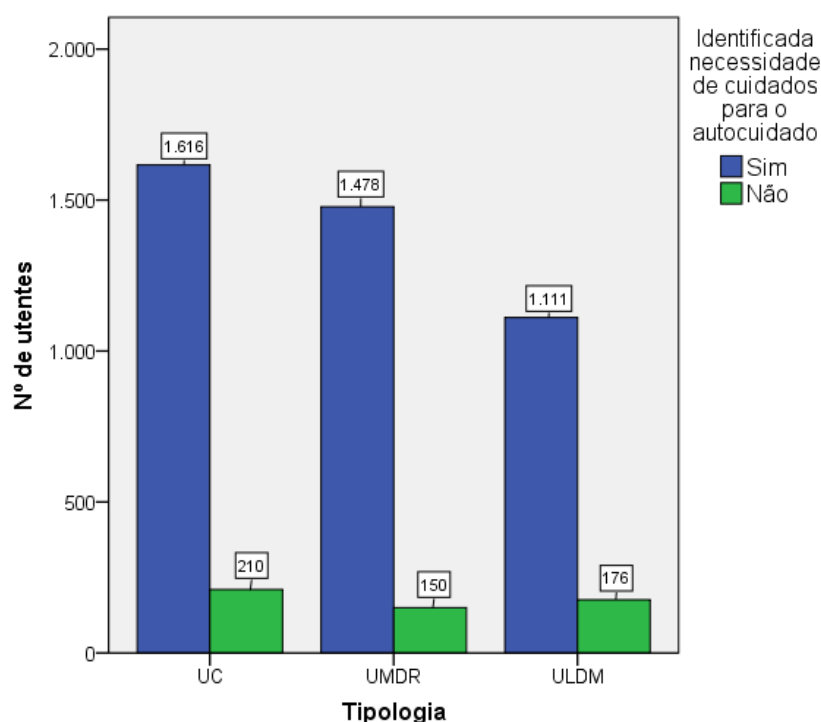
H_1 : A incidência da necessidade de cuidados de enfermagem para o autocuidado não é independente da tipologia de internamento.

Dos 4205 utentes identificados como tendo necessidade de cuidados promotores do autocuidado, 38,4% (n=1616) pertenciam a Unidades de Convalescença, 35,2% (n=1478) a Unidades de Média Duração e Reabilitação e 26,4% (n=1111) a Unidades de Longa Duração e Manutenção. Dos 1826 utentes das UC, 11,5% (n=210) foram avaliados como não tendo necessidade de receber cuidados com vista à promoção do seu autocuidado, o que se pode considerar uma percentagem um pouco elevada tendo em conta que as Unidades de

Convalescença se destinam à estabilização clínica e funcional, avaliação e reabilitação integral da pessoa com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável e que não necessita de cuidados hospitalares de agudos (Artigo 13.º do DL 101/2006, de 6 de Junho), mas que, ainda assim, necessitam de cuidados que visem a recuperação da sua autonomia e melhoria da sua capacidade de autocuidado, no período de um mês.

Dos 536 utentes em que não foi identificada a necessidade de cuidados para o autocuidado, 28% (n=150) eram de Unidades de Média Duração e Reabilitação e 32,8% (n=176) eram utentes de Unidades de Longa Duração e Manutenção.

Gráfico 3 – Distribuição de utentes por tipologia de internamento com identificação de necessidade de cuidados para o autocuidado



Apesar das percentagens de utentes com necessidade de cuidados para o autocuidado em cada tipologia não diferirem significativamente entre si, verificou-se que a probabilidade de significância é de $0,001 < \alpha = 0,05$, pelo que se poderá rejeitar a hipótese nula e considerar que a incidência da necessidade de cuidados de enfermagem dirigidos à promoção do autocuidado depende da tipologia, ou seja, esta necessidade não será idêntica nas três tipologias de internamento, sendo superior nas Unidades de Convalescença e menor nas Unidades de Longa Duração e Manutenção.

Considera-se perante estes resultados que a necessidade de cuidados de enfermagem para o autocuidado poderá ser tanto maior quanto maior for o potencial de recuperação dos utentes,

tendo em conta as características das três tipologias de internamento. Ou seja, verifica-se que esta necessidade poderá ser maior nas Unidades de Convalescença, onde se prevê a estabilização clínica e funcional, avaliação e reabilitação integral da pessoa com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável. Esta necessidade decrescerá nas Unidades de Média Duração e Reabilitação, onde se esperam pessoas com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável, perante uma situação clínica decorrente de recuperação de um processo agudo ou descompensação de processo patológico crónico (Artigo 15.º do DL 101/2006, de 6 de Junho). A necessidade de cuidados para a promoção do autocuidado será mais reduzida ainda nas Unidades de Longa Duração, que têm por finalidade proporcionar cuidados que previnam e retardem o agravamento da situação de dependência (Artigo 17.º do DL 101/2006, de 6 de Junho).

Verifica-se um maior grau de dependência nas ABVD's dos utentes na primeira avaliação nas tipologias de Longa Duração, seguindo-se as de Média Duração e as de Convalescença com menores graus de dependência, o que poderá justificar uma maior dificuldade de recuperação da autonomia nas ULDM e UMDR, logo menos necessidade de cuidados que visem o seu autocuidado.

Após determinar o número de utentes com identificação de necessidade de cuidados de enfermagem para o autocuidado, observou-se que o número de utentes com registo de intervenção de enfermagem para a promoção do autocuidado é 17,5% (n=829) inferior, tendo havido 71,2% (n=3376) utentes do total da população-alvo que receberam intervenções de enfermagem dirigidos à promoção do seu autocuidado.

Tabela 3 – Número de utentes com registo de intervenção de enfermagem para a promoção do autocuidado

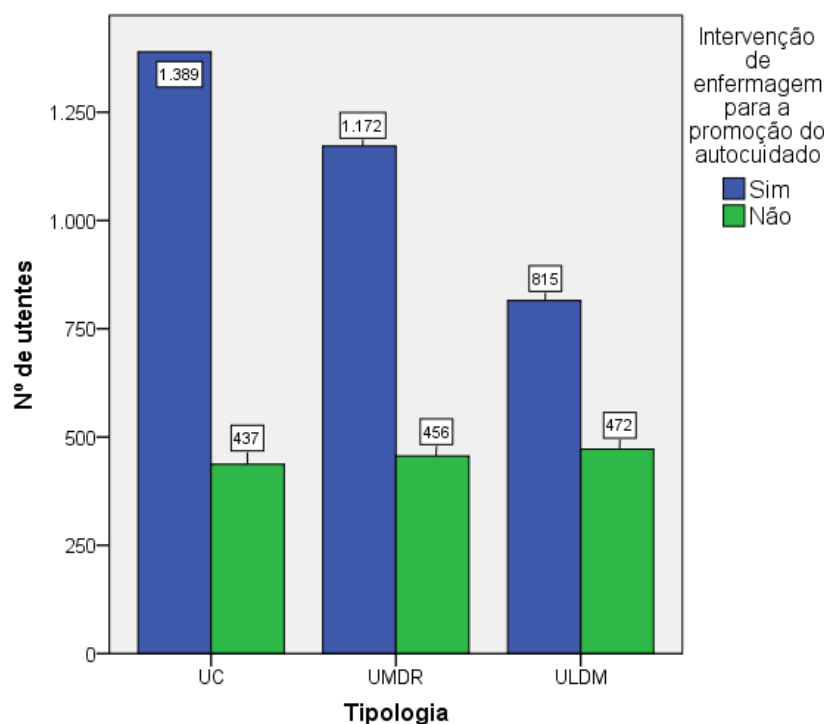
Intervenção de enfermagem	Frequência	%	% Válida	% Acumulada
Sim	3376	71,2	71,2	71,2
Não	1365	28,8	28,8	100,0
Total	4741	100,0	100,0	

Dos 3376 utentes com registo de intervenção, 41,1% (n=1389) eram de Unidades de Convalescença, 34,7% (n=1172) pertenciam a Unidades de Média Duração e Reabilitação e 24,1% (n=815) eram utentes de Unidades de Longa Duração e Manutenção. Identificaram-se em todas as tipologias menos intervenções dirigidas ao autocuidado que aquelas que seriam

necessárias face ao número de utentes cujas necessidades de cuidados para o autocuidado tinham sido identificadas.

Entre os 1616 utentes das UC com necessidade identificada de cuidados promotores para o seu autocuidado, 227 não tiveram intervenção de enfermagem. Nas UMDR foram 306 utentes cuja identificação desta necessidade não foi alvo de intervenção de enfermagem. Por último, nas ULDM houve 296 utentes que não tiveram intervenção de enfermagem promotora do autocuidado, apesar desta necessidade ter sido identificada. Houve um total de 829 utentes com necessidade de cuidados identificada que não teve registo de intervenção de enfermagem dirigida ao autocuidado.

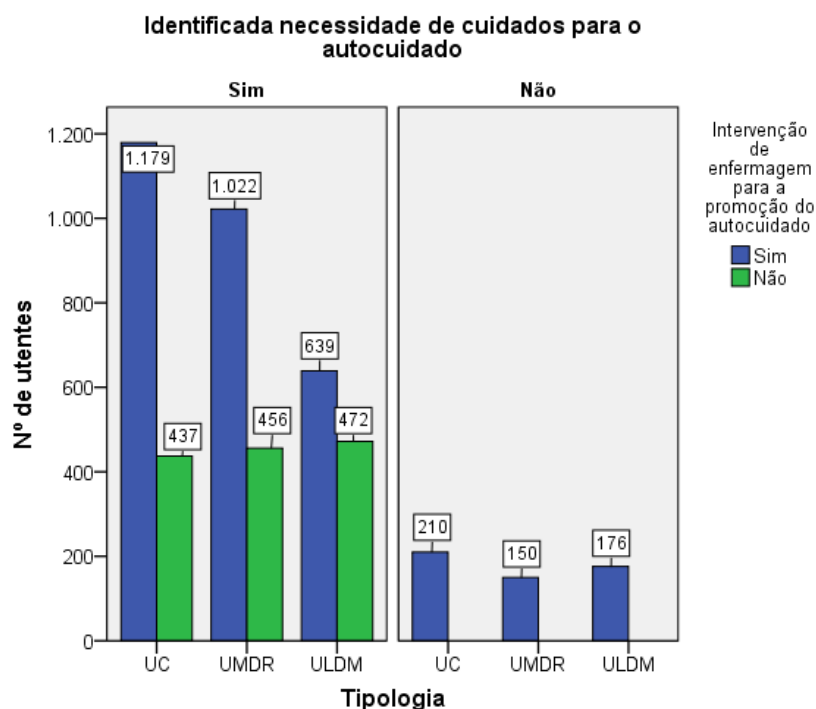
Gráfico 4 – Distribuição de utentes por tipologia de internamento com registo de intervenção de enfermagem para a promoção do autocuidado



Observou-se também que os 536 utentes que não foram identificados como tendo necessidade de cuidados de enfermagem para o autocuidado, receberam intervenções de enfermagem para a promoção do seu autocuidado, dos quais 39,2% (n=210) eram utentes internados em Unidades de Convalescença, 28% (150) pertenciam a Unidades de Média Duração e Reabilitação e 32,8% (176) a Unidades de Longa Duração e Manutenção. Inversamente, nos 1365 utentes que não tiveram intervenção de enfermagem com o objetivo de promover o seu autocuidado, foi identificada a necessidade de cuidados de enfermagem para o autocuidado.

Destes, 32% (n=437) eram utentes das UC, 33,4% (n=456) eram das UMDR e 34,6% (n=472) pertenciam às ULDM.

Gráfico 5 – Distribuição de utentes por tipologia com identificação de necessidade de cuidados para o autocuidado e intervenção de enfermagem para a promoção do autocuidado



Estes resultados podem levar a considerar possíveis erros de registo na avaliação inicial ou eventualmente a realização de uma avaliação inicial menos precisa das necessidades de cuidados dos utentes em relação à sua capacidade de autocuidado.

É possível especular que os 536 utentes, inicialmente não identificados como tendo esta necessidade, numa posterior reavaliação de enfermagem tenha sido identificada esta necessidade e, por isso, tenham sido alvo de intervenção de enfermagem para a promoção do autocuidado, ou ainda, ter havido um agravamento do grau de dependência nas atividades básicas de vida diária ao longo do internamento que tenha levado à identificação de necessidade de cuidados para o autocuidado e posterior intervenção.

Pelo contrário, os 1365 utentes que tinham sido avaliados com necessidade de cuidados para o autocuidado, podem ter sido reavaliados numa posterior avaliação de enfermagem como não tendo esta necessidade e, por isso, não terem recebido cuidados de enfermagem com vista à promoção do seu autocuidado.

Dos 4741 utentes que integraram as unidades de internamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, 93,2% (n=4418) utentes tinham registo de uma primeira e última

avaliação de enfermagem da sua capacidade de autocuidado nas oito atividades básicas de vida diária, havendo 6,8% (n=323) utentes sem registo desta primeira avaliação.

No sentido de avaliar a significância estatística da incidência percentual de utentes com identificação de necessidade de cuidados para o autocuidado e de utentes alvo de intervenção de enfermagem dirigida ao autocuidado neste grupo de 4418 utentes, recorreu-se ao Teste Binomial, como descrito em Maroco (2007). Considerou-se $\alpha = 0,05$.

A análise estatística inferencial indica que a percentagem de utentes com identificação de necessidade de cuidados promotores do autocuidado é significativamente diferente de 50% ($p\text{-value} = 0,000 < \alpha = 0,05$; $N=4418$), sendo que a percentagem de utentes com identificação de necessidade de cuidados promotores do autocuidado foi de 89,5% ($n_s = 3956$) e a percentagem de utentes sem esta necessidade identificada foi de 10,5% ($n_s = 462$).

Observou-se também que a percentagem de utentes alvo de intervenção de enfermagem dirigida ao autocuidado foi de 73,5% ($n_s = 3248$) e a percentagem de utentes sem esta intervenção foi de 26,5% ($n_s = 1170$). A análise estatística inferencial indica que existem diferenças estatisticamente significativas entre as proporções de utentes alvo de intervenção de enfermagem dirigida ao autocuidado e sem intervenção de enfermagem ($p\text{-value} = 0,000 < \alpha = 0,05$; $N = 4418$).

Com a perspetiva de calcular a taxa de resolução da dependência em cada atividade básica de vida diária, por tipologia, e avaliar a possível contribuição da intervenção de enfermagem na promoção do autocuidado dos utentes que integraram as unidades de internamento, optou-se por incluir apenas os 3248 utentes que tiveram intervenção de enfermagem para a promoção do seu autocuidado na descrição da capacidade de autocuidado nas atividades básicas de vida diária consideradas no Instrumento de Avaliação Integrada, na primeira e na última avaliação de enfermagem.

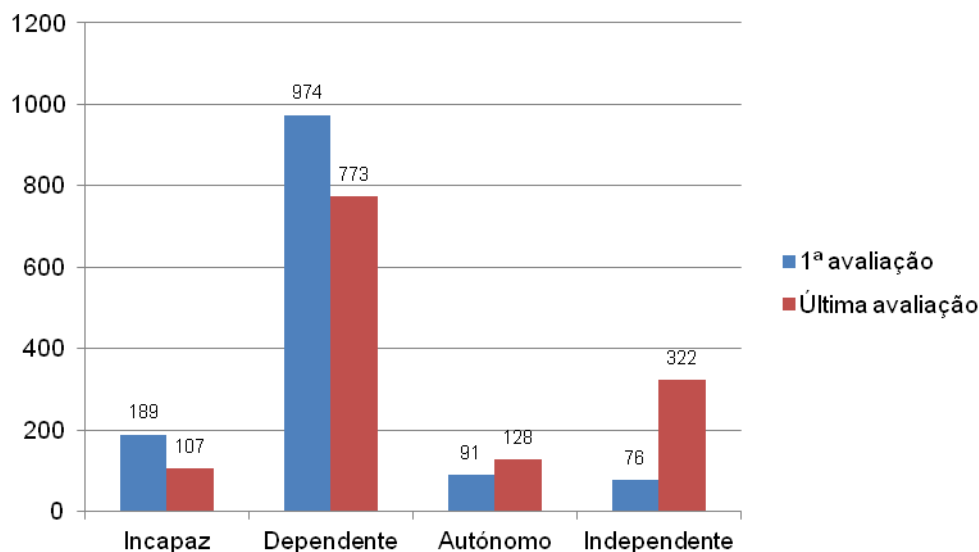
Capacidade de autocuidado na ABVD lavar-se / tomar banho

Nas Unidades de Convalescença verificou-se um decréscimo de utentes incapazes (-82) e dependentes (-201) na atividade básica de vida diária lavar-se / tomar banho e um aumento de utentes autónomos (+37) e independentes (+246).

Estima-se uma taxa de resolução da dependência desta ABVD nas UC, segundo o indicador produzido, de 19,6%.

$$\text{Taxa resolução dependência lavar-se/tomar banho (UC)} = \frac{246}{1254} \times 100$$

Gráfico 6 – Grau de dependência na primeira e última avaliação da capacidade de autocuidado na ABVD lavar-se/tomar banho nas Unidades de Convalescença

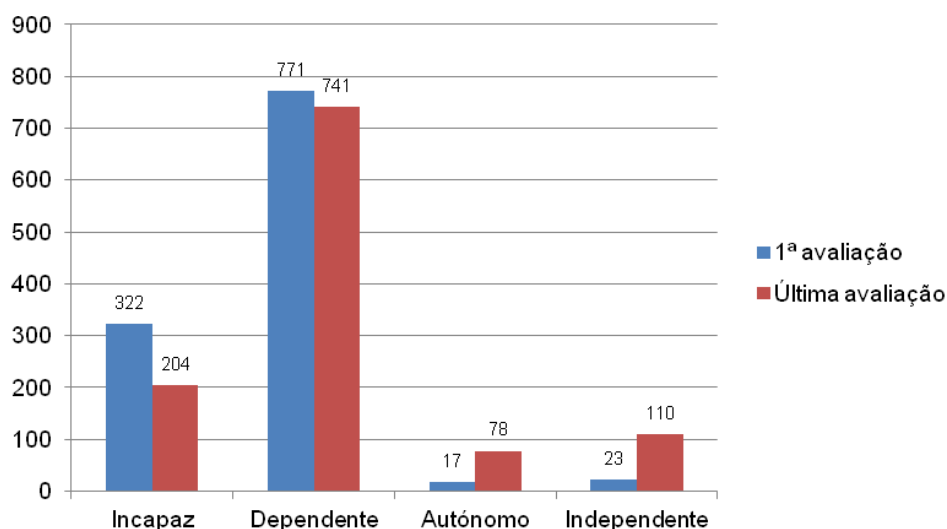


Nas Unidades de Média Duração e Reabilitação verificou-se um decréscimo de utentes incapazes (-118) e dependentes (-30) na atividade básica de vida diária lavar-se / tomar banho e um aumento de utentes autónomos (+61) e independentes (+87).

Estima-se uma taxa de resolução da dependência desta ABVD nas UMDR, segundo o indicador produzido, de 7,8%.

$$\text{Taxa resolução dependência lavar-se/tomar banho (UMDR)} = \frac{87}{1110} \times 100$$

Gráfico 7 – Grau de dependência na primeira e última avaliação da capacidade de autocuidado na ABVD lavar-se/tomar banho nas Unidades de Média Duração e Reabilitação

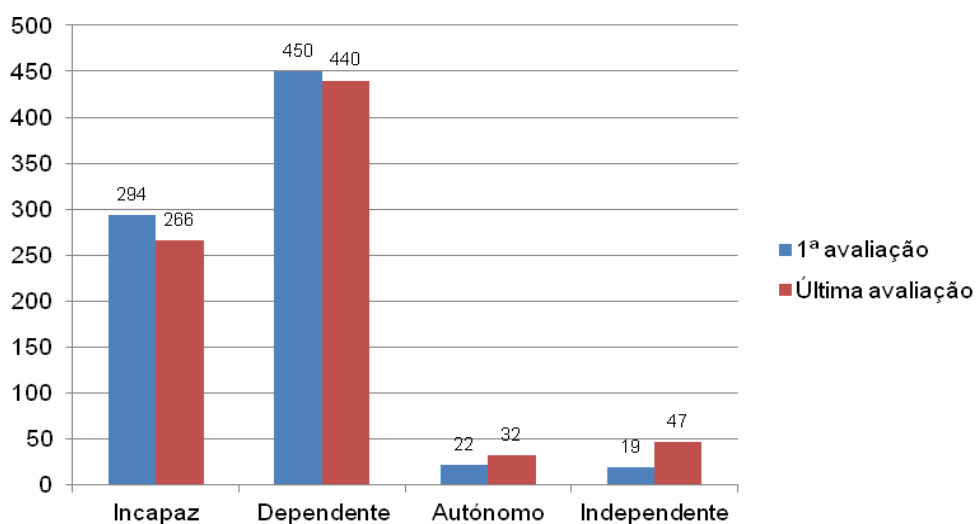


Nas Unidades de Longa Duração e Manutenção verificou-se um decréscimo de utentes incapazes (-28) e dependentes (-10). Aumentou o número de utentes autónomos (+10) na atividade básica de vida diária lavar-se / tomar banho, bem como o número de utentes independentes (+28).

Estima-se uma taxa de resolução da dependência desta ABVD nas ULDM, segundo o indicador produzido, de 3,7%.

$$\text{Taxa resolução dependência lavar-se/tomar banho (ULDM)} = \frac{28}{766} \times 100$$

Gráfico 8 – Grau de dependência na primeira e última avaliação da capacidade de autocuidado na ABVD lavar-se/tomar banho nas Unidades de Longa Duração e Manutenção



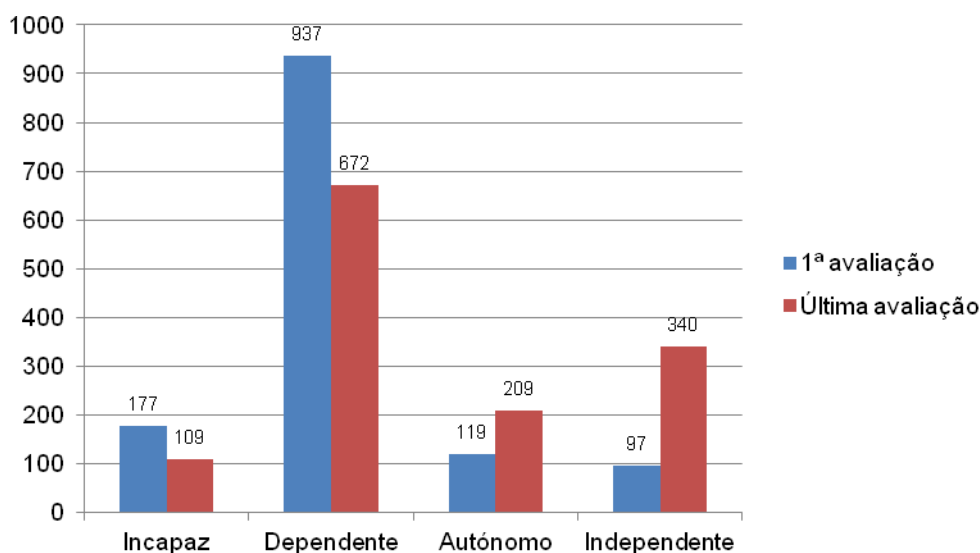
Capacidade de autocuidado na ABVD vestir-se / despir-se

Nas Unidades de Convalescença verificou-se um decréscimo de utentes incapazes (-68) e dependentes (-265) na atividade básica de vida diária vestir-se / despir-se e um aumento de utentes autónomos (+90) e independentes (+243).

Estima-se uma taxa de resolução da dependência desta ABVD nas UC, segundo o indicador produzido, de 19,7%.

$$\text{Taxa resolução dependência vestir-se/despir-se (UC)} = \frac{243}{1233} \times 100$$

Gráfico 9 – Grau de dependência na primeira e última avaliação da capacidade de autocuidado na ABVD vestir-se/despir-se nas Unidades de Convalescença

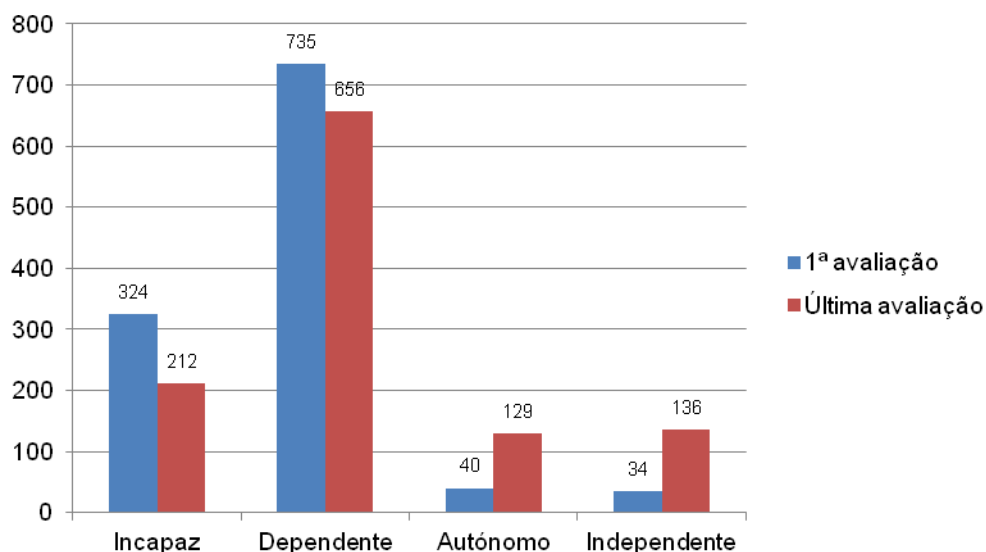


Nas Unidades de Média Duração e Reabilitação verificou-se um decréscimo de utentes incapazes (-112) e dependentes (-79) na atividade básica de vida diária vestir-se / despir-se e um aumento de utentes autónomos (+89) e independentes (+102).

Estima-se uma taxa de resolução da dependência desta ABVD nas UMDR, segundo o indicador produzido, de 9,3%.

$$\text{Taxa resolução dependência vestir-se/despir-se (UMDR)} = \frac{102}{1099} \times 100$$

Gráfico 10 – Grau de dependência na primeira e última avaliação da capacidade de autocuidado na ABVD vestir-se/despir-se nas Unidades de Média Duração e Reabilitação

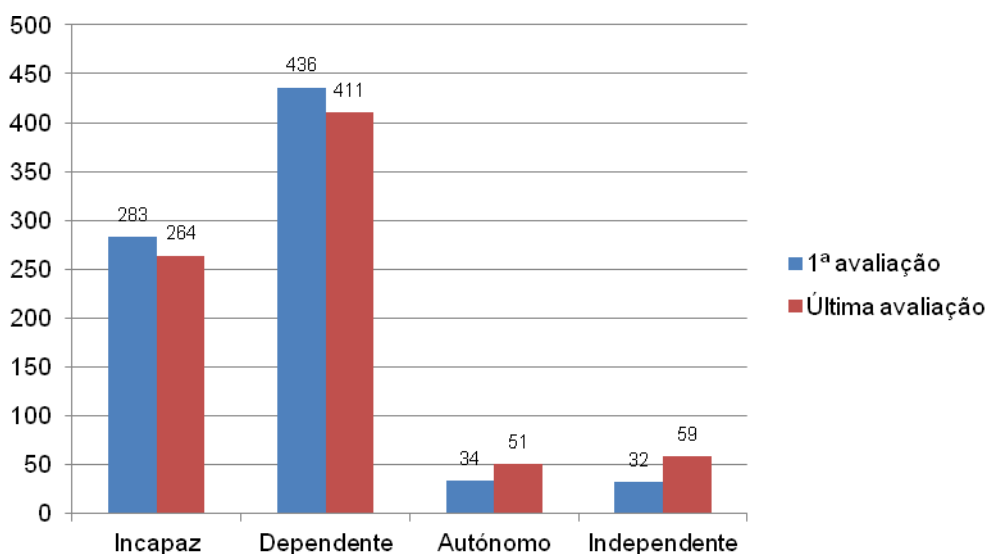


Nas Unidades de Longa Duração e Manutenção verificou-se um decréscimo de utentes incapazes (-19) e dependentes (-25) na atividade básica de vida diária vestir-se / despir-se e um aumento de utentes autónomos (+17) e independentes (+27).

Estima-se uma taxa de resolução da dependência desta ABVD nas ULDM, segundo o indicador produzido, de 3,6%.

$$\text{Taxa resolução dependência vestir-se/despir-se (ULDM)} = \frac{27}{753} \times 100$$

Gráfico 11 – Grau de dependência na primeira e última avaliação da capacidade de autocuidado na ABVD vestir-se/despir-se nas Unidades de Longa Duração e Manutenção



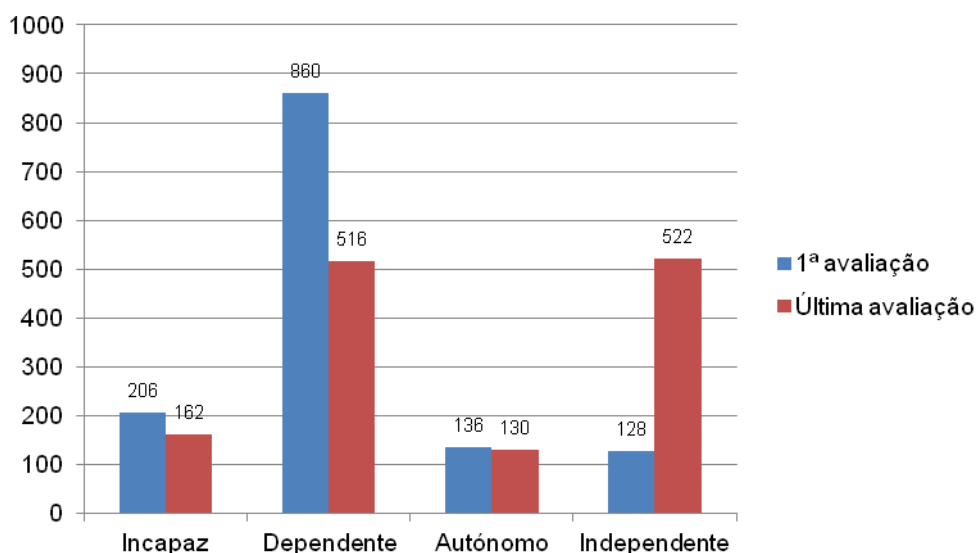
Capacidade de autocuidado na ABVD usar sanita e / ou bacio / urinol

Nas Unidades de Convalescença verificou-se um decréscimo de utentes incapazes (-44), dependentes (-344) e autónomos (-6) na atividade básica de vida diária usar sanita e / ou bacio / urinol e um aumento de utentes independentes (+394).

Estima-se uma taxa de resolução da dependência desta ABVD nas UC, segundo o indicador produzido, de 32,8%.

$$\text{Taxa resolução dependência usar sanita e/ou bacio/urinol (UC)} = \frac{394}{1202} \times 100$$

Gráfico 12 – Grau de dependência na primeira e última avaliação da capacidade de autocuidado na ABVD usar sanita e/ou bacio/urinol nas Unidades de Convalescença

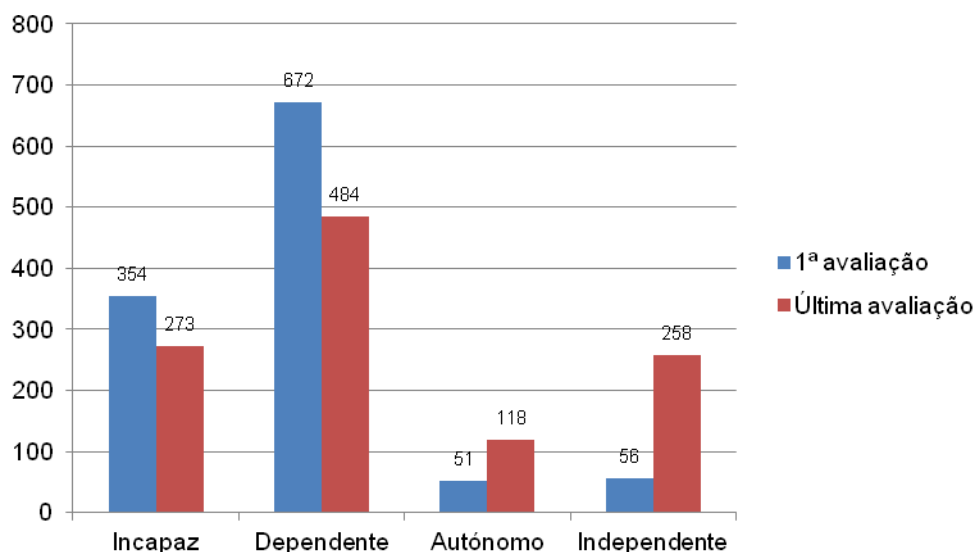


Nas Unidades de Média Duração e Reabilitação verificou-se um decréscimo de utentes incapazes (-81) e dependentes (-188) na atividade básica de vida diária usar sanita e / ou bacio / urinol e um aumento de utentes autónomos (+67) e independentes (+202).

Estima-se uma taxa de resolução da dependência desta ABVD nas UMDR, segundo o indicador produzido, de 18,6%.

$$\text{Taxa resolução dependência usar sanita e/ou bacio/urinol (UMDR)} = \frac{202}{1077} \times 100$$

Gráfico 13 – Grau de dependência na primeira e última avaliação da capacidade de autocuidado na ABVD usar sanita e/ou bacio/urinol nas Unidades de Média Duração e Reabilitação

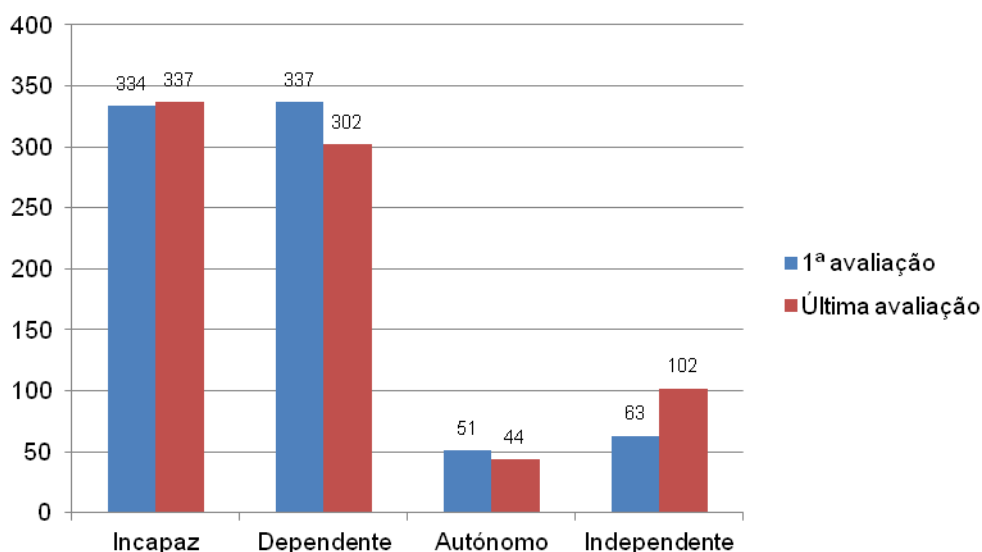


Nas Unidades de Longa Duração e Manutenção verificou-se um aumento de utentes incapazes (+3) e independentes (+39), e uma diminuição de utentes dependentes (-35) e autônomos (-7) na atividade básica de vida diária usar sanita e / ou bacio / urinol.

Estima-se uma taxa de resolução da dependência desta ABVD nas ULDM, segundo o indicador produzido, de 5,4%.

$$\text{Taxa resolução dependência usar sanita e/ou bacio/urinol (ULDM)} = \frac{39}{722} \times 100$$

Gráfico 14 – Grau de dependência na primeira e última avaliação da capacidade de autocuidado na ABVD usar sanita e/ou bacio/urinol nas Unidades de Longa Duração e Manutenção



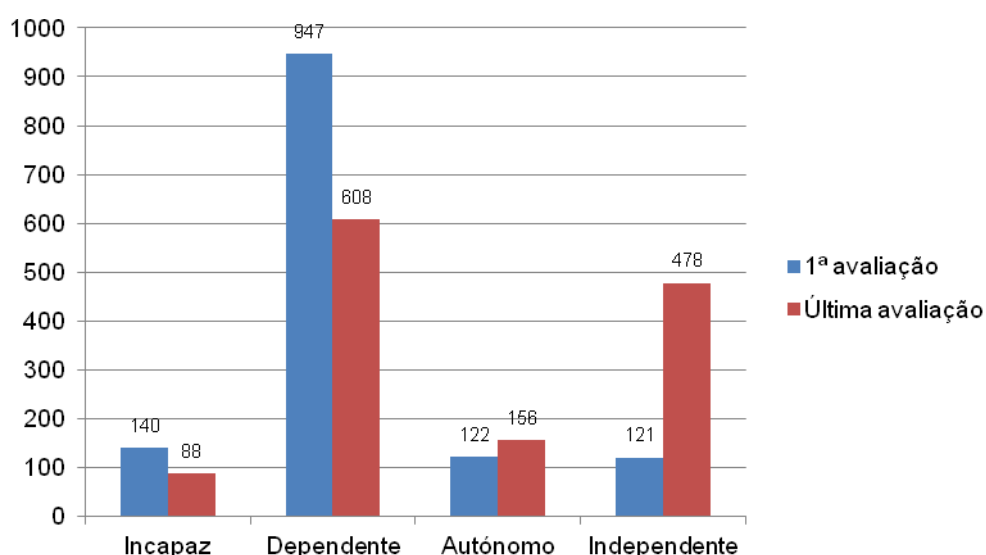
Capacidade de autocuidado na ABVD deitar-se / levantar-se da cama

Nas Unidades de Convalescença verificou-se um decréscimo de utentes incapazes (-52) e dependentes (-339) na atividade básica de vida diária deitar-se / levantar-se da cama e um aumento de utentes autónomos (+34) e independentes (+357).

Estima-se uma taxa de resolução da dependência desta ABVD nas UC, segundo o indicador produzido, de 29,5%.

$$\text{Taxa resolução dependência deitar-se/levantar-se da cama (UC)} = \frac{357}{1209} \times 100$$

Gráfico 15 – Grau de dependência na primeira e última avaliação da capacidade de autocuidado na ABVD deitar-se/levantar-se da cama nas Unidades de Convalescença

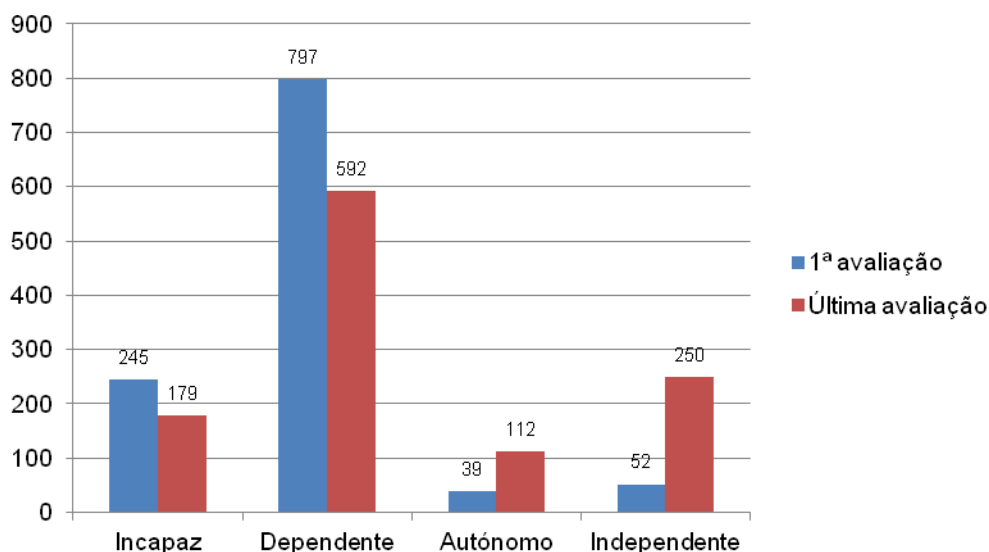


Nas Unidades de Média Duração e Reabilitação verificou-se um decréscimo de utentes incapazes (-66) e dependentes (-205) na atividade básica de vida diária deitar-se / levantar-se da cama e um aumento de utentes autónomos (+73) e independentes (+198).

Estima-se uma taxa de resolução da dependência desta ABVD nas UMDR, segundo o indicador produzido, de 18,3%.

$$\text{Taxa resolução dependência deitar-se/levantar-se da cama (UMDR)} = \frac{198}{1081} \times 100$$

Gráfico 16 – Grau de dependência na primeira e última avaliação da capacidade de autocuidado na ABVD deitar-se/levantar-se da cama nas Unidades de Média Duração e Reabilitação

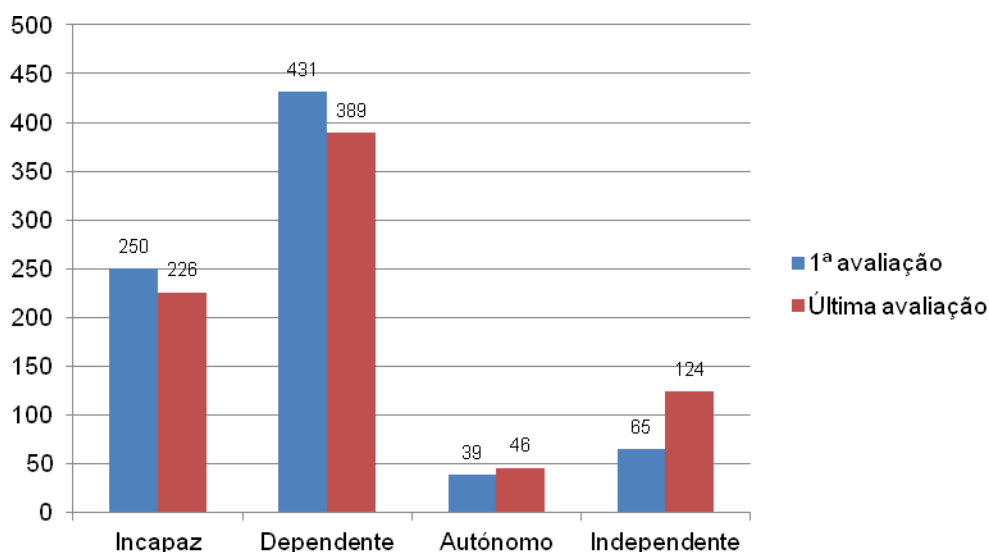


Nas Unidades de Longa Duração e Manutenção verificou-se um decréscimo de utentes incapazes (-24) e dependentes (-42) na atividade básica de vida diária deitar-se / levantar-se da cama e um aumento de utentes autónomos (+7) e independentes (+59).

Estima-se uma taxa de resolução da dependência desta ABVD nas ULDM, segundo o indicador produzido, de 8,2%.

$$\text{Taxa resolução dependência deitar-se/levantar-se da cama (ULDM)} = \frac{59}{720} \times 100$$

Gráfico 17 – Grau de dependência na primeira e última avaliação da capacidade de autocuidado na ABVD deitar-se/levantar-se da cama nas Unidades de Longa Duração e Manutenção



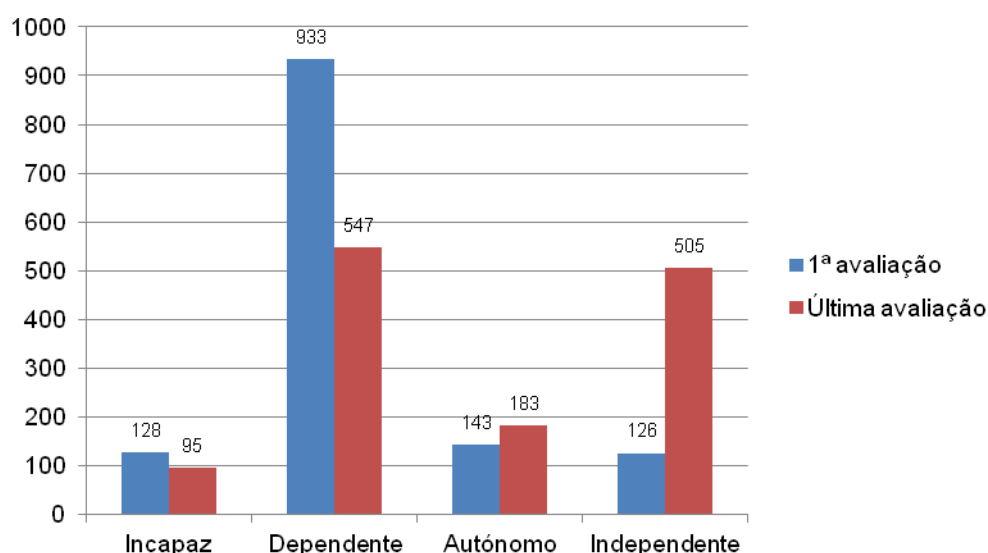
Capacidade de autocuidado na ABVD sentar-se / levantar-se de cadeiras

Nas Unidades de Convalescença verificou-se um decréscimo de utentes incapazes (-33) e dependentes (-386) na atividade básica de vida diária sentar-se / levantar-se de cadeiras e um aumento de utentes autónomos (+40) e independentes (+379).

Estima-se uma taxa de resolução da dependência desta ABVD nas UC, segundo o indicador produzido, de 31,5%.

$$\text{Taxa resolução dependência sentar-se/levantar-se de cadeiras (UC)} = \frac{379}{1204} \times 100$$

Gráfico 18 – Grau de dependência na primeira e última avaliação da capacidade de autocuidado na ABVD sentar-se/levantar-se de cadeiras nas Unidades de Convalescença

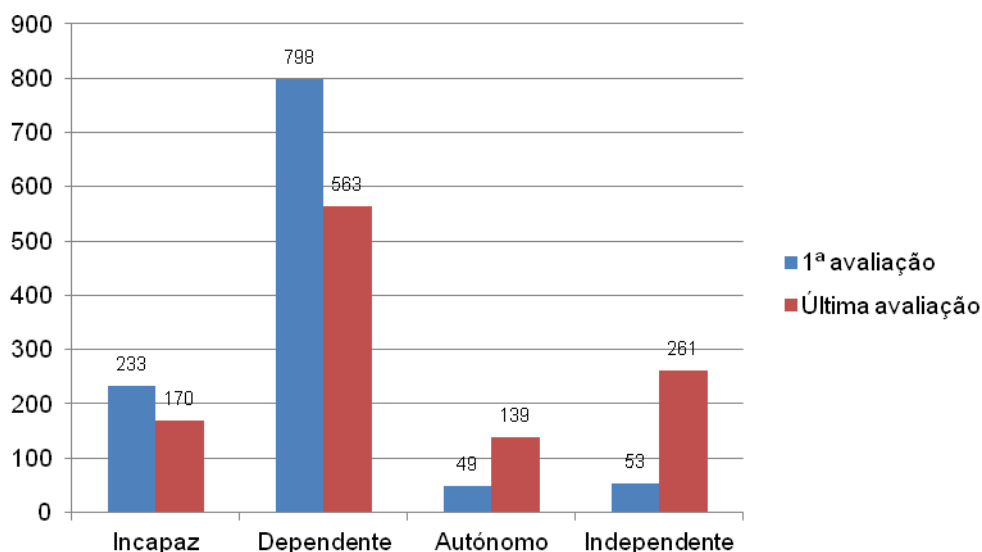


Nas Unidades de Média Duração e Reabilitação verificou-se um decréscimo de utentes incapazes (-63) e dependentes (-235) na atividade básica de vida diária sentar-se / levantar-se de cadeiras e um aumento de utentes autónomos (+90) e independentes (+208).

Estima-se uma taxa de resolução da dependência desta ABVD nas UMDR, segundo o indicador produzido, de 19,3%.

$$\text{Taxa resolução dependência sentar-se/levantar-se de cadeiras (UMDR)} = \frac{208}{1080} \times 100$$

Gráfico 19 – Grau de dependência na primeira e última avaliação da capacidade de autocuidado na ABVD sentar-se/levantar-se de cadeiras nas Unidades de Média Duração e Reabilitação

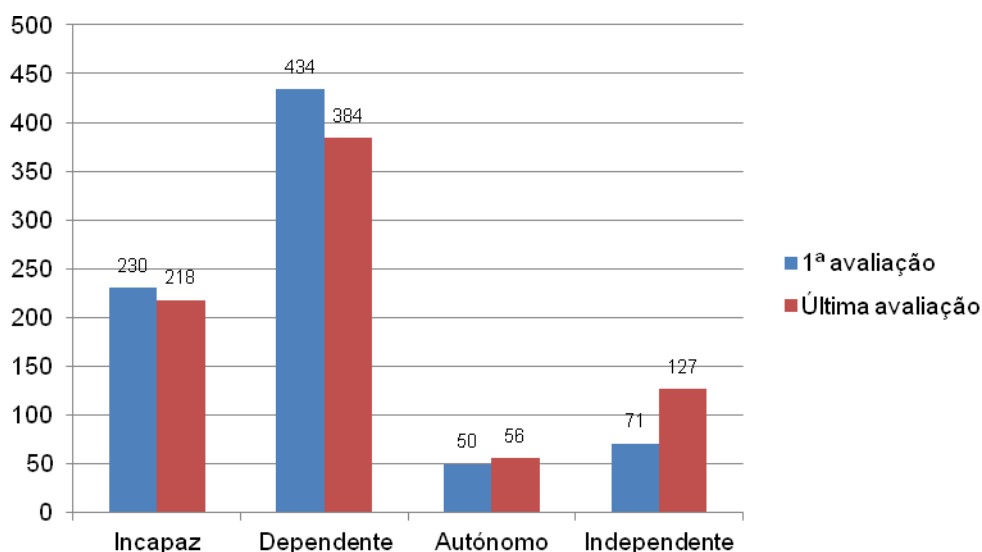


Nas Unidades de Longa Duração e Manutenção verificou-se um decréscimo de utentes incapazes (-12) e dependentes (-50) na atividade básica de vida diária sentar-se / levantar-se de cadeiras e um aumento de utentes autónomos (+6) e independentes (+56).

Estima-se uma taxa de resolução da dependência desta ABVD nas ULDM, segundo o indicador produzido, de 7,8%.

$$\text{Taxa resolução dependência sentar-se/levantar-se de cadeiras (ULDM)} = \frac{56}{714} \times 100$$

Gráfico 20 – Grau de dependência na primeira e última avaliação da capacidade de autocuidado na ABVD sentar-se/levantar-se de cadeiras nas Unidades de Longa Duração e Manutenção



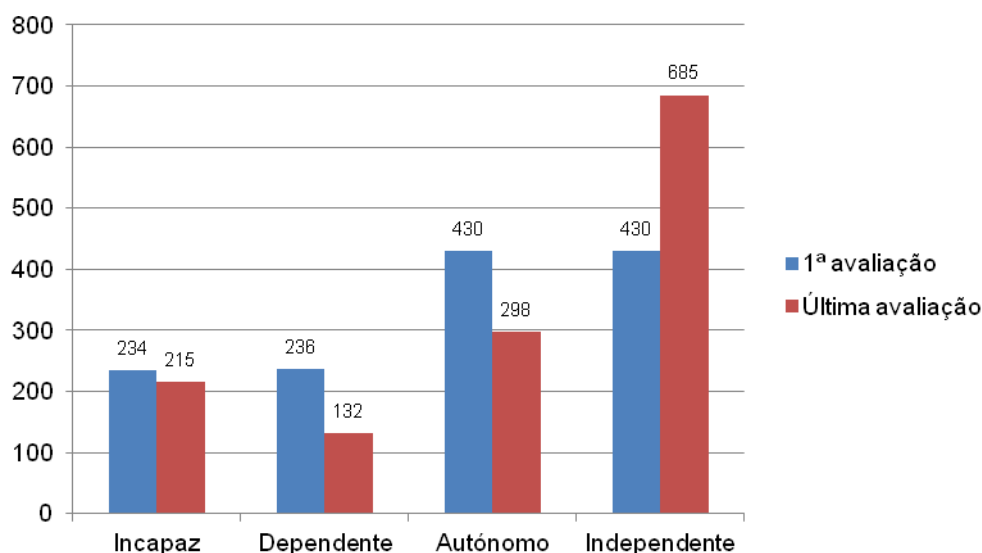
Capacidade de autocuidado na ABVD controlar a urina

Nas Unidades de Convalescença verificou-se um decréscimo de utentes incapazes (-19), dependentes (-104) e autónomos (-132) na atividade básica de vida diária controlar a urina e um aumento de utentes independentes (+255).

Estima-se uma taxa de resolução da dependência desta ABVD nas UC, segundo o indicador produzido, de 28,3%.

$$\text{Taxa resolução dependência controlar a urina (UC)} = \frac{255}{900} \times 100$$

Gráfico 21 – Grau de dependência na primeira e última avaliação da capacidade de autocuidado na ABVD controlar a urina nas Unidades de Convalescença

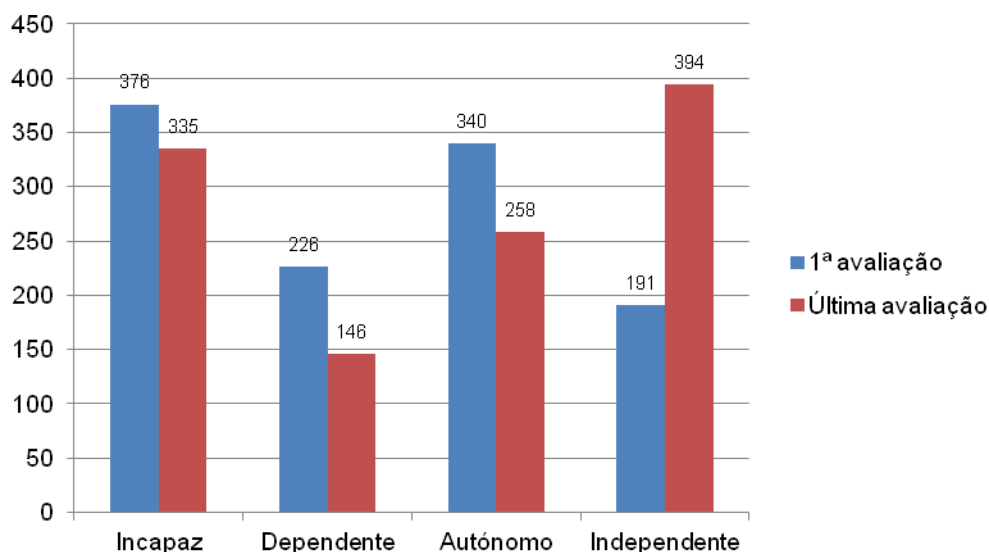


Nas Unidades de Média Duração e Reabilitação verificou-se um decréscimo de utentes incapazes (-41), dependentes (-80) e autónomos (-82) na atividade básica de vida diária controlar a urina e um aumento de utentes independentes (+203).

Estima-se uma taxa de resolução da dependência desta ABVD nas UMDR, segundo o indicador produzido, de 21,5%.

$$\text{Taxa resolução dependência controlar a urina (UMDR)} = \frac{203}{942} \times 100$$

Gráfico 22 – Grau de dependência na primeira e última avaliação da capacidade de autocuidado na ABVD controlar a urina nas Unidades de Média Duração e Reabilitação

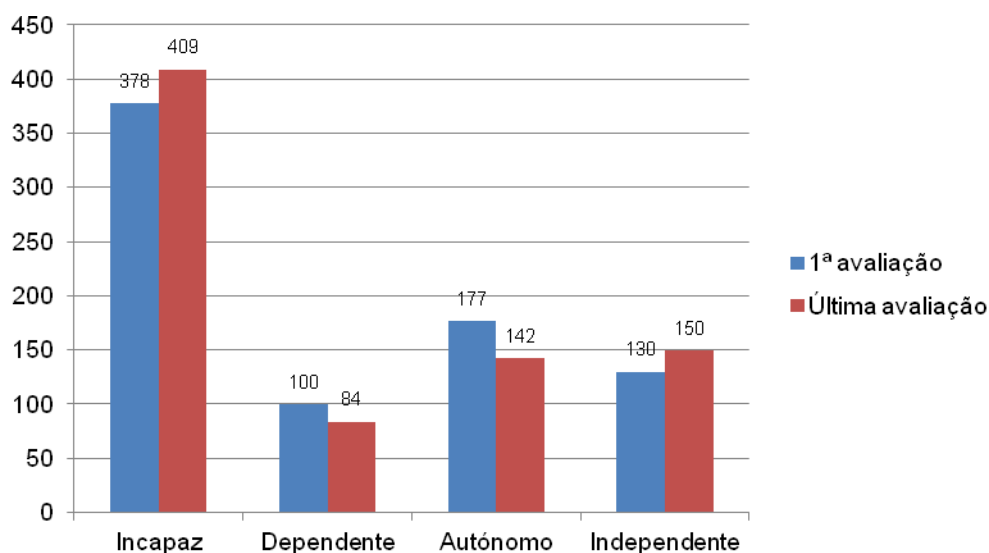


Nas Unidades de Longa Duração e Manutenção verificou-se um decréscimo de utentes dependentes (-16) e autónomos (-35) na atividade básica de vida diária controlar a urina e um aumento de utentes incapazes (+31) e independentes (+20).

Estima-se uma taxa de resolução da dependência desta ABVD nas ULDM, segundo o indicador produzido, de 3,1%.

$$\text{Taxa resolução dependência controlar a urina (ULDM)} = \frac{20}{655} \times 100$$

Gráfico 23 – Grau de dependência na primeira e última avaliação da capacidade de autocuidado na ABVD controlar a urina nas Unidades de Longa Duração e Manutenção



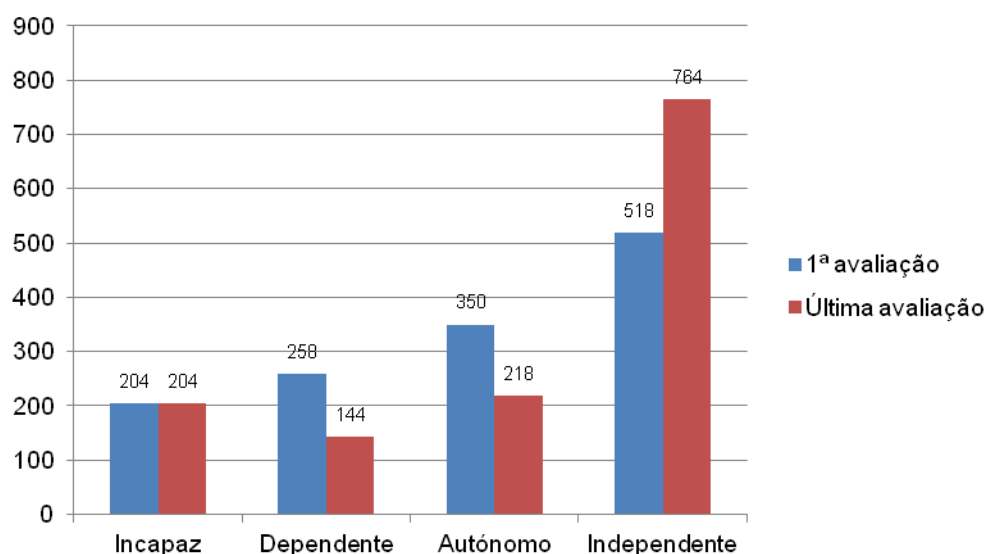
Capacidade de autocuidado na ABVD controlar as fezes

Nas Unidades de Convalescença verificou-se que o número de utentes incapazes se manteve igual nas duas avaliações da atividade básica de vida diária controlar as fezes (204). Houve um decréscimo de utentes dependentes (-114) e autónomos (-132) e um aumento de utentes independentes (+246).

Estima-se uma taxa de resolução da dependência desta ABVD nas UC, segundo o indicador produzido, de 30,3%.

$$\text{Taxa resolução dependência controlar as fezes (UC)} = \frac{246}{812} \times 100$$

Gráfico 24 – Grau de dependência na primeira e última avaliação da capacidade de autocuidado na ABVD controlar as fezes nas Unidades de Convalescença

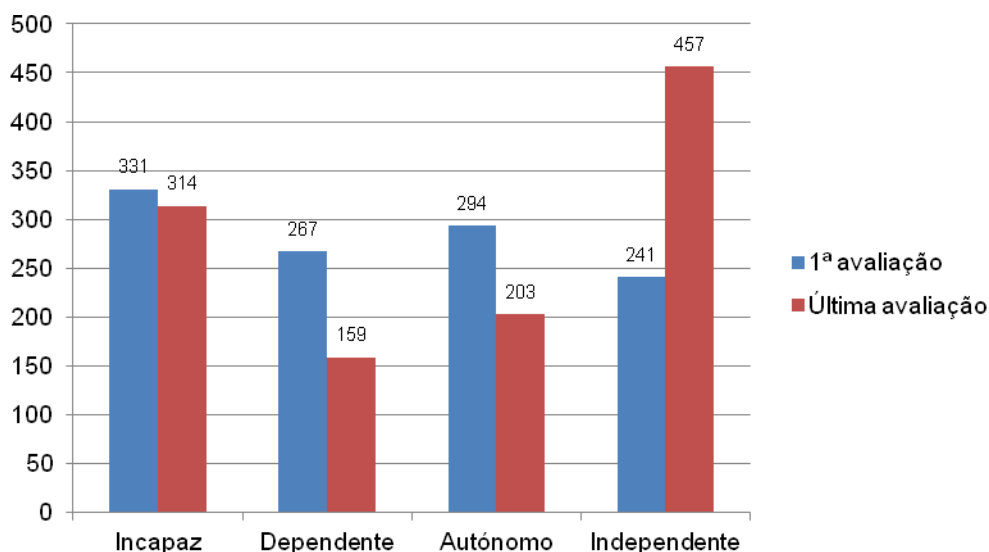


Nas Unidades de Média Duração e Reabilitação verificou-se um decréscimo de utentes incapazes (-17), dependentes (-108) e autónomos (-91) na atividade básica de vida diária controlar as fezes e um aumento de utentes independentes (+216).

Estima-se uma taxa de resolução da dependência desta ABVD nas UMDR, segundo o indicador produzido, de 24,2%.

$$\text{Taxa resolução dependência controlar as fezes (UMDR)} = \frac{216}{892} \times 100$$

Gráfico 25 – Grau de dependência na primeira e última avaliação da capacidade de autocuidado na ABVD controlar as fezes nas Unidades de Média Duração e Reabilitação

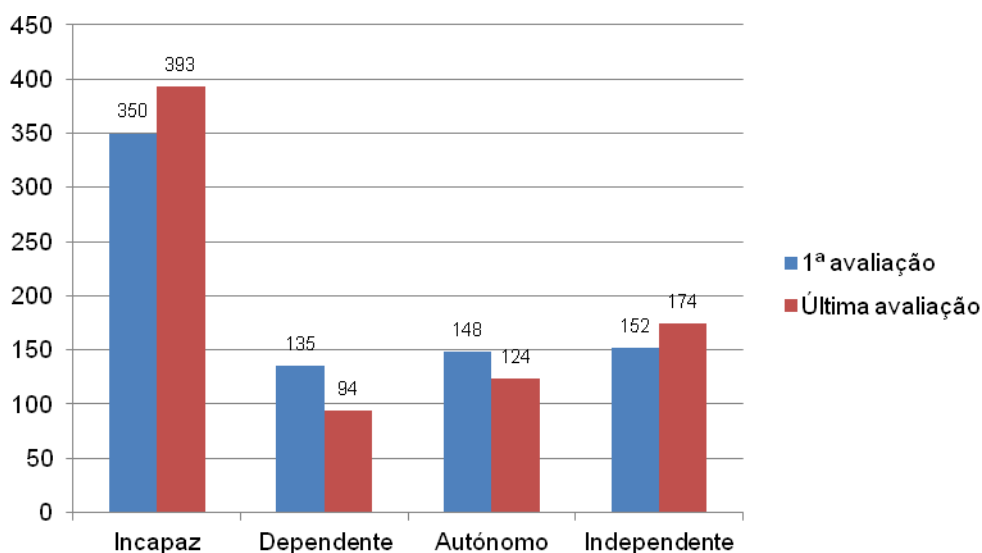


Nas Unidades de Longa Duração e Manutenção verificou-se um decréscimo de utentes dependentes (-41) e autónomos (-24) na atividade básica de vida diária controlar as fezes e um aumento de utentes incapazes (+43) e independentes (+22).

Estima-se uma taxa de resolução da dependência desta ABVD nas ULDM, segundo o indicador produzido, de 3,5%.

$$\text{Taxa resolução dependência controlar as fezes (ULDM)} = \frac{22}{633} \times 100$$

Gráfico 26 – Grau de dependência na primeira e última avaliação da capacidade de autocuidado na ABVD controlar as fezes nas Unidades de Longa Duração e Manutenção



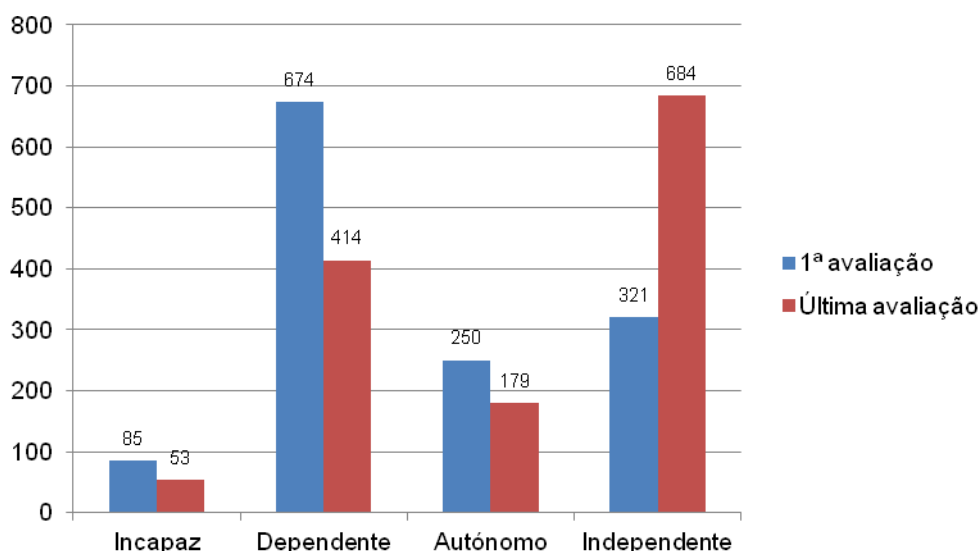
Capacidade de autocuidado na ABVD alimentar-se / comer

Nas Unidades de Convalescença verificou-se um decréscimo de utentes incapazes (-32), dependentes (-260) e autónomos (-71) na atividade básica de vida diária alimentar-se / comer e um aumento de utentes independentes (+363).

Estima-se uma taxa de resolução da dependência desta ABVD nas UC, segundo o indicador produzido, de 36%.

$$\text{Taxa resolução dependência alimentar-se/comer (UC)} = \frac{363}{1009} \times 100$$

Gráfico 27 – Grau de dependência na primeira e última avaliação da capacidade de autocuidado na ABVD alimentar-se/comer nas Unidades de Convalescença

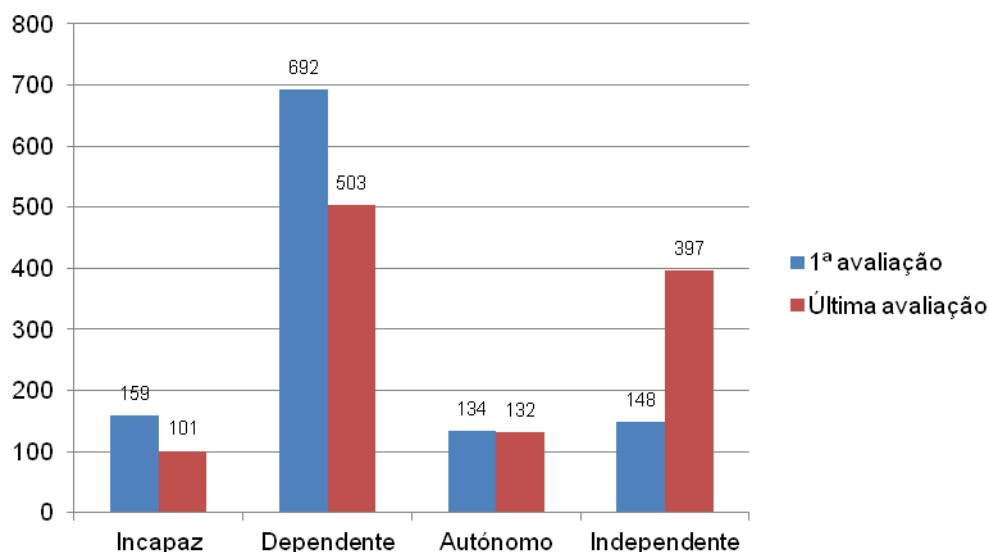


Nas Unidades de Média Duração e Reabilitação verificou-se um decréscimo de utentes incapazes (-58), dependentes (-189) e autónomos (-2) na atividade básica de vida diária alimentar-se / comer e um aumento de utentes independentes (+249).

Estima-se uma taxa de resolução da dependência desta ABVD nas UMDR, segundo o indicador produzido, de 25,3%.

$$\text{Taxa resolução dependência alimentar-se/comer (UMDR)} = \frac{249}{985} \times 100$$

Gráfico 28 – Grau de dependência na primeira e última avaliação da capacidade de autocuidado na ABVD alimentar-se/comer nas Unidades de Média Duração e Reabilitação

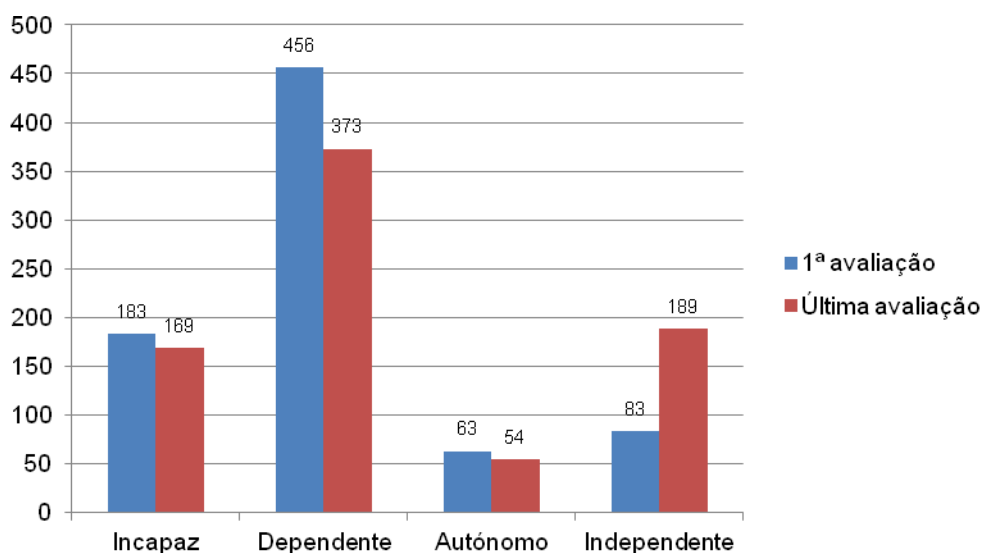


Nas Unidades de Longa Duração e Manutenção verificou-se um decréscimo de utentes incapazes (-14), dependentes (-83) e autônomos (-9) na atividade básica de vida diária alimentar-se / comer e um aumento de utentes independentes (+106).

Estima-se uma taxa de resolução da dependência desta ABVD nas ULDM, segundo o indicador produzido, de 15,1%.

$$\text{Taxa resolução dependência alimentar-se/comer (ULDM)} = \frac{106}{702} \times 100$$

Gráfico 29 – Grau de dependência na primeira e última avaliação da capacidade de autocuidado na ABVD alimentar-se/comer nas Unidades de Longa Duração e Manutenção



Observou-se que em todas as atividades básicas de vida diária dos utentes que tiveram intervenção de enfermagem para o autocuidado, entre a primeira e a última avaliação, houve uma taxa de resolução da dependência positiva, significativamente superior nas Unidades de Convalescença, seguindo-se as Unidades de Média Duração e Reabilitação e, por fim, com taxas mais reduzidas as Unidades de Longa Duração e Manutenção.

Das oito ABVD's consideradas pela Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, a atividade alimentar-se / comer é a que tem taxas de resolução mais elevadas nas três tipologias, inversamente à atividade lavar-se / tomar banho que teve menores taxas de resolução da dependência nas UC e UMDR e à atividade controlar a urina nas ULDM.

Estes resultados não contemplam, contudo, outras variáveis intervenientes que possam ter contribuído para estas taxas e que não foi possível controlar, nomeadamente a intervenção de outros profissionais de saúde, as variáveis estruturais dos utentes como a idade, sexo, diagnóstico clínico, co-morbilidades; as variáveis estruturais intrínsecas aos enfermeiros como a sua experiência, conhecimento e competências; e as variáveis estruturais das próprias unidades de internamento, nomeadamente as dotações de enfermagem, os recursos materiais, a carga de trabalho, o modelo de distribuição de cuidados, entre outros, que no seu conjunto, e tal como foi descrito no *Nursing Role Effectiveness Model* no enquadramento teórico, podem afetar os resultados dos utentes, nomeadamente o autocuidado.

Do mesmo modo que se calcularam as taxas de resolução da dependência em cada atividade básica de vida diária, calcularam-se as mesmas taxas considerando os valores de perfil.

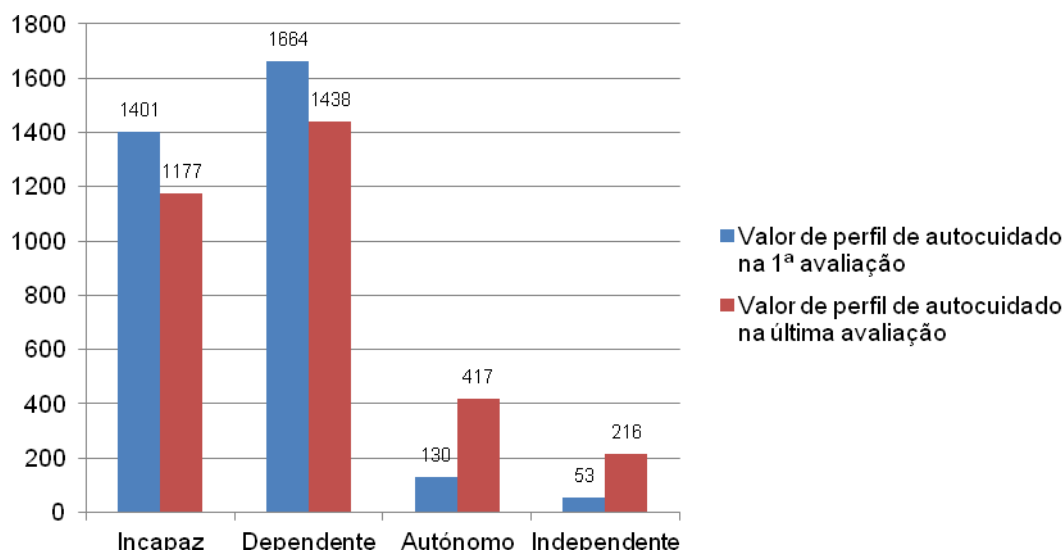
A nível nacional verificou-se uma diminuição do número de utentes avaliados como incapazes (-224) e dependentes (-226) e um aumento do número de utentes autónomos (+287) e independentes (+163).

Segundo estes valores de perfil dos 3248 utentes das unidades de internamento da RNCCI, que tiveram uma primeira e última avaliação de enfermagem sobre a capacidade de autocuidado nas atividades básicas de vida diária e intervenção de enfermagem, estima-se uma taxa de resolução da dependência nas ABVD's de 5,1%.

$$\text{Taxa resolução da dependência ABVD's} = \frac{\text{UC+UMDR+ULDM}}{3195} \times 100$$

Estes resultados assemelham-se aos resultados monitorizados nos relatórios anuais da UMCCI (2010, 2011, 2012), em que se verificou globalmente uma diminuição de utentes incapazes e dependentes a par com a melhoria da autonomia e da independência, o que corrobora o “cumprimento do objetivo da RNCCI” (UMCCI, 2010, p.85).

Gráfico 30 – Valor de perfil de autocuidado na primeira e última avaliação dos utentes das tipologias de internamento da RNCCI com intervenção de enfermagem dirigida ao autocuidado

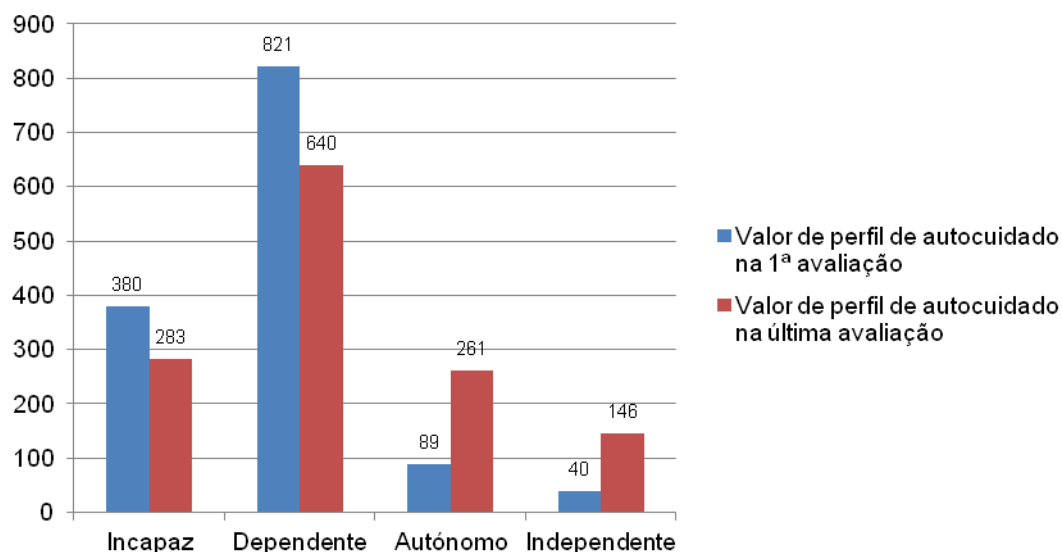


Verificou-se que nas Unidades de Convalescença houve uma diminuição de utentes incapazes (-97) e de utentes dependentes (-181) e um aumento de utentes autónomos (+172) e independentes (+106). Do mesmo modo, estima-se uma taxa de resolução da dependência nas atividades básicas de vida diária nas Unidades de Convalescença de 8,2%.

$$\text{Taxa resolução da dependência ABVD's nas UC} = \frac{106}{1290} \times 100$$

De acordo com a UMCCI (2010), em 2009 verificaram-se percentagens significativas na redução de utentes incapazes e dependentes e no aumento de utentes autónomos e independentes nas UC, com igual tendência nos anos 2010 e 2011 (UMCCI, 2011; 2012). As percentagens de melhoria da autonomia e da independência nos relatórios da Unidade de Missão são muito superiores aos resultados deste estudo.

Gráfico 31 – Valor de perfil de autocuidado na primeira e última avaliação dos utentes das Unidades de Convalescença

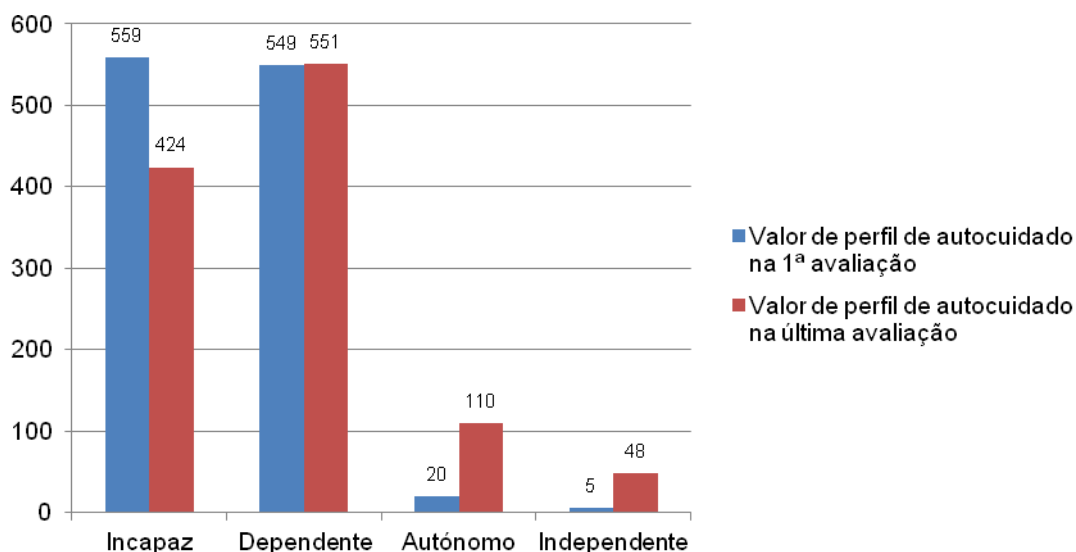


Nas Unidades de Média Duração e Reabilitação verificam-se menos utentes incapazes (-135) e um aumento de utentes dependentes (+2), autónomos (+90) e independentes (+43). Estima-se igualmente segundo os valores de perfil, uma taxa de resolução da dependência nas atividades básicas de vida diária nas Unidades de Média Duração e Reabilitação de 3,8%.

$$\text{Taxa resolução da dependência ABVD's nas UMDR} = \frac{43}{1128} \times 100$$

Seria de esperar uma diminuição do número de utentes dependentes, tendo-se verificado nestes dados um aumento, embora apenas de dois utentes. Comparando com o relatório de monitorização da atividade assistencial da RNCCI do ano 2009, verifica-se que na tipologia de Média Duração e Reabilitação não houve uma tendência significativa na alteração do número inicial de utentes dependentes, tendo havido uma diminuição de apenas 1% (UMCCI, 2010), com igual resultado em 2010 (UMCCI, 2011). Apenas no ano 2011 se verificou uma diminuição mais significativa de utentes dependentes. As percentagens de melhoria da autonomia e da independência são muito superiores aos resultados deste estudo no ano 2009 e consecutivos.

Gráfico 32 – Valor de perfil de autocuidado na primeira e última avaliação dos utentes das Unidades de Média Duração e Reabilitação

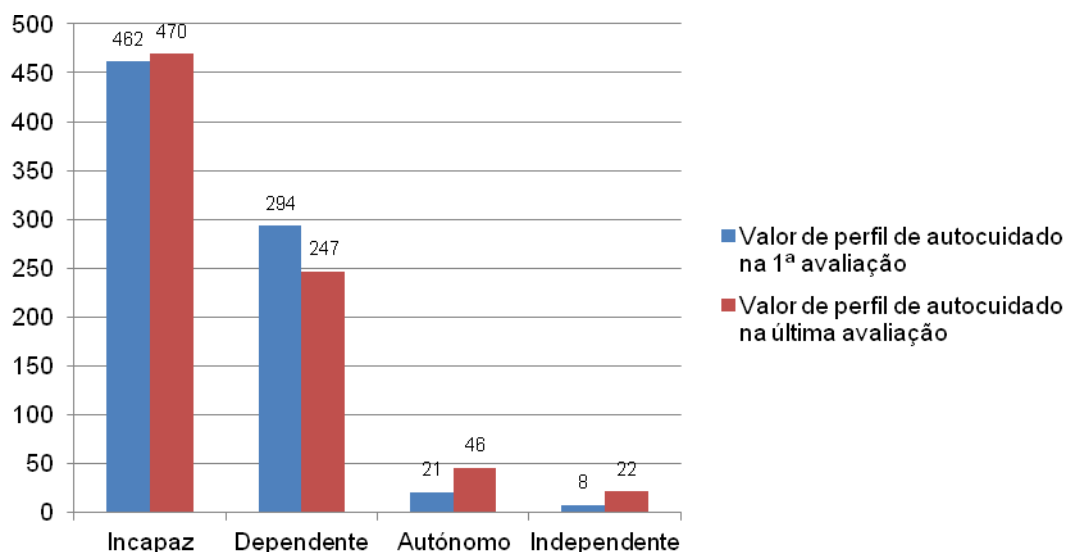


Por último, verificou-se um aumento de utentes incapazes (+8), autónomos (+25) e independentes (+14) e uma diminuição de utentes dependentes (-47) nas ULDM. Estima-se segundo os valores de perfil, uma taxa de resolução da dependência nas atividades básicas de vida diária nas Unidades de Longa Duração e Manutenção de 1,8%.

$$\text{Taxa resolução da dependência ABVD's nas ULDM} = \frac{14}{777} \times 100$$

Estes resultados diferem totalmente dos resultados do relatório de 2009 (UMCCI, 2010), talvez pelo facto de a UMCCI ter contemplado apenas 760 utentes na sua amostra, valor inferior aos utentes da população-alvo deste estudo que pertenciam a Unidades de Longa Duração e Manutenção.

Gráfico 33 – Valor de perfil de autocuidado na primeira e última avaliação dos utentes das Unidades de Longa Duração e Manutenção



Observou-se no geral que houve uma taxa de resolução da dependência nas atividades básicas de vida diária positiva nos utentes que tiveram intervenção de enfermagem para o autocuidado, de 5,1% a nível nacional, significativamente superior nas Unidades de Convalescença (8,2%), seguindo-se as Unidades de Média Duração e Reabilitação (3,8%) e, por fim, com taxas mais reduzidas as Unidades de Longa Duração e Manutenção (1,8%).

De novo se deduz, e tendo em consideração os critérios de admissão destas tipologias de internamento, que nas UC e nas UMDR se encontram utentes com maior potencial de reabilitação e recuperação para desempenharem com autonomia as suas atividades básicas de vida diária no final do internamento, logo com taxas de resolução da dependência superiores às ULDM, em que apenas se espera “manter as capacidades existentes” (UMCCI, 2010, p.61) e, por isso, esperam-se menores ganhos em autonomia.

Procurou-se, além de calcular as taxas de resolução da dependência no autocuidado dos utentes nas tipologias de internamento da RNCCI, explorar a existência de relação entre a intervenção de enfermagem para a promoção do autocuidado e a capacidade de autocuidado dos utentes nas ABVD's à saída das unidades. Não se tratando de uma amostra, mas sim de uma população-alvo e considerando que as variáveis dependentes deste estudo (capacidade de autocuidado em cada ABVD na última avaliação de enfermagem) são qualitativas ordinais, optou-se por se aplicarem testes não paramétricos (ALMEIDA e FREIRE, 2003; MAROCO, 2007).

Compararam-se primeiramente os graus de dependência nas oito ABVD's, entre as duas avaliações de enfermagem, dos 3248 utentes que tinham registo de intervenção de enfermagem para a promoção do autocuidado. Considerando estes utentes que tiveram dois momentos de avaliação, primeira e última, e sendo as variáveis dependentes (capacidade de autocuidado em cada atividade básica de vida diária na última avaliação de enfermagem) medidas numa escala ordinal, a significância da diferença entre as duas medições emparelhadas foi avaliada com o teste não-paramétrico de Wilcoxon (MAROCO, 2007) para perspetivar se a intervenção de enfermagem terá sido eficaz na melhoria da capacidade de autocuidado dos 3248 utentes. Teve-se $\alpha = 0,05$.

Consideraram-se as seguintes hipóteses estatísticas:

$$H_0 : F (X_{\text{Última_avaliação}}) \leq F (X_{1^{\text{ª}}\text{avaliação}})$$

$$H_1 : F (X_{\text{Última_avaliação}}) > F (X_{1^{\text{ª}}\text{avaliação}})$$

Após a aplicação do teste observou-se um aumento do nível de independência em cada atividade básica de vida diária (medidos numa escala ordinal de 0 – Incapaz a 3 – Independente) entre a primeira e a última avaliação de enfermagem sobre a capacidade de autocuidado, entre as quais houve intervenção de enfermagem para a promoção do autocuidado. O número de utentes com aumento do nível de independência é superior ao número de casos em que se verificou uma diminuição do nível de independência entre as duas avaliações, ou seja, o número de ordens positivas é superior ao número de ordens negativas.

A maior média das ordens é de sinal positivo, logo, tratou-se de um teste unilateral à direita (MAROCO, 2007). Sendo $p_{UD} = 0,000 < \alpha = 0,05$ em cada atividade de vida diária dos 3248 utentes, poder-se-á rejeitar a hipótese nula e considerar que a intervenção de enfermagem poderá ter sido eficaz na melhoria da capacidade de autocuidado nas oito ABVD's consideradas pela Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

Este resultado não anula contudo a hipótese de haver outras variáveis externas que possam ter contribuído para esta melhoria do grau de dependência destes utentes, como já foi referido anteriormente.

Compararam-se, seguidamente, os graus de dependência nas ABVD's na última avaliação de enfermagem, dos utentes com intervenção de enfermagem e dos utentes sem intervenção de enfermagem.

Recorrendo ao teste não-paramétrico de Wilcoxon-Mann-Whitney, “adequado para comparar as funções de distribuição de uma variável pelo menos ordinal medida em duas amostras independentes” (MAROCO, 2007), determinou-se averiguar se o grupo de utentes que foi submetido a intervenção de enfermagem promotora do autocuidado (3248 utentes), teve uma melhoria da capacidade de autocuidado na última avaliação de enfermagem significativamente superior ao grupo que não foi sujeito à mesma intervenção (1170 utentes). Considerou-se $\alpha = 0,05$.

As hipóteses estatísticas consideradas foram:

$$H_0 : F (X_{S/intervenção}) \geq F(X_{C/intervenção})$$

$$H_1 : F (X_{S/intervenção}) < F(X_{C/intervenção})$$

Sendo a média das ordens para a amostra sem intervenção menor do que a média das ordens para a amostra de utentes com intervenção de enfermagem para a promoção do autocuidado, o *Exact. Sig.* reportado pelo SPSS é para o teste unilateral à esquerda (MAROCO, 2007) com $H_1 : F (X_{S/intervenção}) < F(X_{C/intervenção})$. Sendo $pUE = 0,000 < \alpha = 0,05$ em cada uma das oito ABVD's, poder-se-á rejeitar a hipótese nula e concluir que os utentes que tiveram intervenção de enfermagem apresentaram *scores* de autocuidado nas atividades de vida diária mais elevados do que os utentes sem esta intervenção e as diferenças observadas foram estatisticamente significativas. Poderemos inferir que a intervenção de enfermagem teve um efeito significativo na promoção do autocuidado dos utentes das tipologias de internamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados e fez a diferença no autocuidado enquanto resultado, que se pode observar como sensível ao cuidado de enfermagem.

CONCLUSÃO

A partir dos resultados obtidos conclui-se que as Unidades de Convalescença são a tipologia de internamento da RNCCI que mais utentes receberam no ano 2009. De acordo com o Relatório de monitorização do desenvolvimento e da atividade da RNCCI 2009 (UMCCI, 2010), o número de camas de UC a 31/12 (251) era inferior ao número de camas das UMDR (420) e ULDM (602), bem como a sua cobertura populacional. Contudo, da população deste estudo se comprova que foram as Unidades de Convalescença que receberam mais utentes, o que pode ser explicado pelo facto das UC terem um tempo de internamento delimitado em um mês, período temporal inferior ao das unidades de Média e de Longa Duração, o que promove uma maior rotatividade de utentes.

A região Norte foi a que recebeu mais utentes da população em estudo, conferindo-se no mesmo relatório (UMCCI, 2010) que esta era a região que tinha maior número de camas a 31/12 comparando com as outras regiões, embora com menor cobertura populacional que o Algarve, Alentejo e Centro.

Deste estudo se conclui também que a identificação da necessidade de cuidados de enfermagem focalizados para o autocuidado não foi idêntica nas três tipologias de internamento, sendo superior nas Unidades de Convalescença, podendo estar associado às características dos utentes que esta tipologia admite.

Nas três tipologias de internamento houve menos intervenções dirigidas ao autocuidado que aquelas que seriam necessárias face ao número de utentes cujas necessidades de cuidados para o autocuidado tinham sido identificadas e houve intervenções realizadas com este propósito aos utentes que não tinham sido identificados com esta necessidade de cuidados. Estes registos podem levar a considerar falhas na avaliação de enfermagem realizada aos utentes à entrada nas unidades. Observou-se igualmente um possível erro de registo ao verificar a ausência de uma primeira avaliação do grau de dependência nas atividades básicas de vida diária de 323 utentes.

A possibilidade de haver erros de registo ou de avaliação dos utentes pelos enfermeiros pode induzir à necessidade de mais formação destes profissionais. À luz do *Nursing Role Effectiveness Model*, a experiência, o conhecimento e a aptidão são variáveis estruturais dos enfermeiros que podem afetar a qualidade do cuidado de enfermagem. A ausência ou o pouco desenvolvimento destas variáveis pode resultar em erros profissionais com repercussões

posteriores nos resultados dos utentes ou uma incorreta interpretação dos mesmos. A promoção, o incentivo e o desenvolvimento de formações permanentes, no contexto de trabalho ou externas, afeta diretamente os conhecimentos dos enfermeiros, refletindo-se nas competências técnicas, relacionais e na qualidade do cuidado prestado.

É de considerar igualmente a pertinência das dotações de enfermeiros que poderá ser insuficiente em algumas unidades para dar resposta aos cuidados e que sob uma carga de trabalho proporcional ao número crescente de utentes, poderão descurar outras funções necessárias ao seu trabalho, como os registos.

Conclui-se que em todas as atividades básicas de vida diária dos utentes que tiveram intervenção de enfermagem para o autocuidado, entre a primeira e a última avaliação, houve uma taxa de resolução da dependência positiva, pelo que se considera que a RNCCI enquanto terceiro nível de cuidados do Sistema de Saúde potencia o autocuidado dos utentes, dando resposta às crescentes necessidades em saúde, contribuindo para mais ganhos em saúde, tendo em conta literatura. A intervenção dos enfermeiros neste terceiro nível de cuidados parece ter um contributo positivo na capacitação dos utentes para o autocuidado nas atividades básicas de vida diária, tal como mostram os indicadores calculados e os resultados dos Testes de Wilcoxon e de Wilcoxon-Mann-Whitney.

Os resultados obtidos não contemplam, contudo, outras variáveis que possam ter contribuído para estes indicadores e que não foram controladas, nomeadamente a intervenção de outros profissionais de saúde, as variáveis estruturais dos utentes, as variáveis estruturais dos enfermeiros e as variáveis estruturais das unidades, que no seu conjunto, e tal como foi descrito no *Nursing Role Effectiveness Model* no enquadramento teórico, podem afetar os resultados dos utentes. Sugerem-se novos estudos que contemplem estas e outras variáveis no sentido de avaliar a efetividade das intervenções de enfermagem no grau de dependência dos utentes da RNCCI nas atividades básicas de vida diária.

Sugerem-se futuros estudos que explorem:

- Qual a influência do sexo, da idade e do diagnóstico clínico na melhoria da capacidade de autocuidado nas atividades básicas de vida diária;
- Quais as intervenções de enfermagem que têm uma relação direta com a melhoria do grau de dependência dos utentes;

- Que dotações de enfermagem facilitam a resolução da dependência dos utentes nas atividades básicas de vida diária;
- Que modelos de distribuição de cuidados estão implementados nas tipologias de internamento, e desses quais se associam de forma positiva à melhoria do grau de dependência dos utentes nas ABVD's;
- Que estilos de liderança se adotam nas unidades de internamento geridas por enfermeiros e que relação poderão ter com o autocuidado dos utentes enquanto resultado;
- Que ganhos financeiros / redução de custos na RNCCI se verificam com a melhoria do grau de dependência dos utentes nas ABVD's;

Serão contudo estudos cujos resultados serão dificilmente apenas atribuídos ao cuidado de enfermagem, face à intervenção multidisciplinar caracterizadora da RNCCI.

Deste trabalho resulta também que o autocuidado é tanto um conceito central do domínio da enfermagem quanto um resultado dos utentes sensível ao cuidado de enfermagem, que pode ser monitorizado através de indicadores, que permitam na sua avaliação implementar medidas corretivas necessárias, visando a melhoria da qualidade dos cuidados prestados e dando contributos para o sistema de saúde.

No relatório preliminar do Plano Nacional de Saúde 2011-2016, elaborado por Lopes *et al* (2010), são dadas algumas recomendações quanto aos indicadores que poderão ser monitorizados em termos de ganhos em saúde. São dadas algumas sugestões que poderão ser pertinentes na monitorização dos custos, como a percentagem de reinternamentos hospitalares entre os utentes da RNCCI, os ganhos financeiros por diminuição da utilização dos restantes níveis de cuidados, o número de dias de internamento não realizado (capacidade instalada não utilizada), entre outros. Destes indicadores não constam, contudo, aqueles que demonstrem os resultados da prática de enfermagem e a sua repercussão nos indicadores de qualidade das instituições.

Sugere-se neste sentido a inclusão de indicadores de qualidade do cuidado de enfermagem em futuros relatórios da RNCCI a serem divulgados à sociedade.

Como induzem os resultados dos estudos apresentados nesta dissertação, o autocuidado é um resultado dos utentes influenciado não só pela prestação direta de cuidados de enfermagem, mas também pelas decisões tomadas pelos enfermeiros gestores. Encontramo-nos num paradigma que visa cada vez mais a capacitação dos utentes na gestão da sua doença e co-responsabilização, a par dos benefícios para as próprias organizações de saúde. Neste contexto, um passo aparentemente importante poderia passar por definir a promoção do autocuidado como um objetivo estratégico ao nível da gestão de topo, à luz das competências definidas para o enfermeiro diretor, orientador na definição dos padrões de cuidados de enfermagem, na produção de indicadores de qualidade e considerado na avaliação de desempenho dos enfermeiros para o alcance desse objetivo ao nível da gestão operacional.

Sugere-se igualmente a revisão de um novo Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem pela Ordem dos Enfermeiros e a criação de um grupo de trabalho que invista na inclusão da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados como um contexto particular com um conjunto de focos dos quais decorrerão indicadores específicos para cada tipologia da Rede.

Constitui-se uma preocupação crescente para a política de saúde o impacto que a dependência tem nos custos do sistema de saúde, pelo que se torna cada vez mais indispensável incentivar a uma cultura de autocuidado que poderá ser sensibilizada através de diferentes ferramentas de comunicação e campanhas nacionais de sensibilização. O autocuidado pode conduzir a reduções significativas na utilização e nos custos dos serviços de saúde, sendo para tal necessário demonstrar à sociedade os seus resultados e benefícios não só para as pessoas e famílias com doenças crónicas e em situação de dependência, mas também para toda a população quando se fala em custos.

Tal como refere Nogueira (2009), é necessário “identificar ferramentas para medição e suporte de progresso baseadas na evidência; que se devem identificar, reconhecer e estabelecer boas práticas que permitam informação para políticas e práticas, nomeadamente na avaliação e monitorização da qualidade de cuidados” (p.16).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Leandro; FREIRE, Teresa (2003). **Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação**. Braga: Psiquilíbrios.

ALPIREZ, Avila *et al* (2006). Intervención de enfermería en el autocuidado con apoyo educativo en personas con diabetes mellitus tipo 2. **Cultura de los Cuidados**. Año X. Nº 20. p.141-146.

BITTAR, Olímpio (2001). Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. **RAS**. Vol.3. Nº 12. p.21-28.

CEBECI, Fatma; ÇELIC, Sevilay (2007). Discharge training and counselling increase self-care ability and reduce postdischarge problems in CABG patients. **Journal of Clinical Nursing**. p.412-420.

CUNHA, Ana; CARDOSO, Lúcia; OLIVEIRA, Vânia (2005). Autocuidado: teoria de enfermagem de Dorothea Orem. **Revista Sinais Vitais**. N º61. p. 36-40.

DECRETO-LEI nº 188/2003. **D.R. I Série**. 191 (20/08/2003). 5219-5230.

DECRETO-LEI nº 101/2006. **D.R. I Série**. 109 (06/06/2006). 3856-3865.

DECRETO-LEI nº 248/2009. **D.R. I Série**. 184 (22/09/2009). 6761-6765.

DECRETO-LEI nº 124/2011. **D.R. I Série**. 249 (29/12/2011). 5491-5498.

DECRETO-LEI nº 52/2012. **D.R. I Série**. 172 (05/09/2012). 5119-5124.

DEUTSCHENDORF, Amy (2006). Models of Care Delivery. In: HUBER, Diane. **Leadership and Nursing Care Management**. Philadelphia: Saunders Elsevier. p. 315-336.

DORAN, Diane, SIDANI, Souraya; HALL, Linda (1998). Linking Outcomes to Nurses Roles in Health Care. **Nursing Economics**. Vol. 16, nº 2. p. 58-87.

DORAN, Diane; PRINGLE, Dorothy (2011). Patient Outcomes as an Accountability. In: DORAN, Diane. **Nursing Outcomes: The State of the Science**. Ontario: Jones & Bartlett Learning. p. 1-27.

DORAN, Diane *et al* (2006). Relationship Between Nursing Interventions and Outcome Achievement in Acute Care Settings. **Research in Nursing & Health**. Nº 29. p. 61-70.

DORAN, Diane (2011). **Nursing Outcomes: The State of the Science**. 2ª ed. Ontario: Jones & Bartlett Learning.

GALLEGOS, Esther; OVALLE-BERÚMEN, Fernando; GOMEZ-MESA, Marco (2006). Metabolic Control of Adults With Type 2 Diabetes Mellitus Through Education and Counseling. **Journal of Nursing Scholarship**. Vol.38. Nº 4. p.344-351.

GLASSON, Janet *et al* (2006). Evaluation of a model of nursing care for older patients using participatory action research in an acute medical ward. **Journal of Clinical Nursing**. Nº 15. p. 588-598.

HAMNER, Jenny (2005). State of the Science. Posthospitalization Nursing Interventions in Congestive Heart Failure. **Advances in Nursing Science**. Vol. 28. Nº 2. p.175-190.

HESBEEN, Walter (2001). **Qualidade em Enfermagem. Pensamento e acção na perspectiva do cuidar**. Loures: Lusociência.

HEARNshaw, H. *et al* (2006). Interventions to improve adherence to medication in people with type 2 diabetes mellitus: the role of nurses. **EDN Autumn**. Vol.3. Nº 2. p.73-77.

HUANG, Tzu-Tiang; LI, Yu-Tsui; WANG, Chuan-Hua (2009). Individualized programme to promote self-care among older adults with asthma: randomized controlled trial. **Journal of Advanced Nursing**. Vol.65. Nº 2. p.348-358.

HUBER, Diane (2006). Measuring and Managing Outcomes. In: HUBER, Diane. **Leadership and Nursing Care Management**. Philadelphia: Saunders Elsevier. p. 869-883.

IRELAND, Sandra *et al* (2010). Nurse case management to improve risk reduction outcomes in a stroke prevention clinic. **Canadian Journal of Neuroscience Nursing**. Vol.32. Nº4. p.7-13.

KLEIB, Manal *et al* (2011). Nursing Minimum Data Sets. In: DORAN, Diane. **Nursing Outcomes: The State of the Science**. Ontario: Jones & Bartlett Learning. p. 487-512.

LEWIS, Steven (2009). **Patient-Centered Care: An Introduction to What It Is and How to Achieve It. A Discussion Paper for the Saskatchewan Ministry of Health.** Acedido a 26/05/2012. Disponível em:

<http://www.changeofoundation.ca/docs/patient-centred-care-intro.pdf>

LOPES, Manuel; *et al* (2010). **Plano Nacional de Saúde 2011-2016: Cuidados Continuados Integrados em Portugal – analisando o presente, perspectivando o futuro.** Acedido a 10/05/2012. Disponível em:

<http://www.acs.min-saude.pt/pns2012-2016/files/2010/08/CSC1.pdf>

MACHAQUEIRO, Sílvia; CORTES, Maria; NICOLA, Paulo (2010). **Plano Nacional de Saúde 2011-2016. Análise de Planos Nacionais de Saúde de Outros Países.** Alto Comissariado da Saúde. Acedido a 03/05/2012. Disponível em:

<http://www.acs.min-saude.pt/pns2012-2016/files/2010/10/EVP.pdf>

MAROCO, João (2007). **Análise Estatística – Com Utilização do SPSS.** Lisboa: Edições Sílabo.

MELO, Manuel (2010). **Auto Cuidado em Doentes com Hemiplegia. Cuidados continuados de convalescença.** Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto. Dissertação de Candidatura ao grau de Mestre em Ciências da Enfermagem.

MENDES, Marta (2004). **Mudanças Familiares ao ritmo da doença: as implicações da doença crónica na família e no centro de saúde.** Braga: Instituto de Ciências Sociais da Universidade do Minho. Dissertação de Mestrado.

NOGUEIRA, Abreu (2009). **Cuidados Continuados. Desafios.** Lisboa: Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. Acedido a 02/06/2012. Disponível em:

http://www.rncci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/cuidados_continuados_desafios_final.pdf

Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2009). **Relatório de Primavera 2009. 10/30 Anos: Razões para continuar.** Lisboa: Mar da Palavra.

OCDE (2008). **Conceptual framework and definition of long-term care expenditure**. Input Document Unit 2. Health Division. Organization for Economic Cooperation and Development.

OMS (2002). **Lessons for Long-Term Care policy. The Cross-Cluster Initiative on Long-Term Care**. Geneva. Acedido a 17/06/2012. Disponível em:
http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH7CCL_02.1.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2001). **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento conceptual. Enunciados descritivos**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2007). **Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em 25/05/2012. Disponível em:
<http://www.esenfcvpoa.eu/wp-content/uploads/2012/03/RMDE.pdf>

OREM, Dorothea (2001). **Nursing: concepts of practice**. St. Louis: Moby.

PAIXÃO, Carlos; REICHENHEIM, Michael (2005). Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso. **Cadernos de Saúde Pública**. Vol. 21, nº 1. p. 7-19.

PETRONILHO, Fernando (2012). **Autocuidado: conceito central da enfermagem. Da Conceptualização aos Dados Empíricos através de uma revisão da Literatura dos últimos 20 anos (1990-2011)**. Coimbra: Formasau.

PINA e CUNHA, Miguel *et al* (2007). **Manual de Comportamento Organizacional e Gestão**. 6ª ed. Lisboa: Editora RH.

POOCHIKIAN-SARKISSIAN, Sonia *et al* (2010). Examining the relationship between patient-centred care and outcomes. **Canadian Journal of Neuroscience Nursing**. Vol. 11, nº 4. p. 14-21.

POTTER, Patricia *et al* (2003). Identifying Nurse Staffing and Patient Outcome Relationships: A Guide for Change in Care Delivery. **Nursing Economics**. Vol. 21, nº 4. p. 158-166.

RECHEL, Bern *et al* (2009). How can health systems respond to population ageing?. **WHO**. Nº10 ISSN 1997-8073.

SIDANI, Souraya (2011). Self-care. In: DORAN, Diane. **Nursing Outcomes: The State of the Science**. Ontario: Jones & Bartlett Learning. p. 79-130.

SILVA, João (2006). **Quando a vida chegar ao fim: Expectativas do Idoso Hospitalizado e Família**. Loures: Lusociência.

Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (2007). **Orientações Gerais de Abordagem Multidisciplinar e Humanização em Cuidados Continuados Integrados**. Lisboa: Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados.

Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (2010). **Relatório de monitorização do desenvolvimento e da atividade da RNCCI 2009**. Lisboa: Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados.

Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (2011). **Relatório de monitorização do desenvolvimento e da atividade da RNCCI 2010**. Lisboa: Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados.

Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (2012). **Relatório de monitorização do desenvolvimento e da atividade da RNCCI 2011**. Lisboa: Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados.

WERLEY, H *et al* (1991). The Nursing Minimum Data Set: Abstraction Tool for Standardized, Comparable, Essential Data. **American Journal of Public Health**. Vol. 81, nº 4. p. 421 – 426.

World Health Organization (2009). **Self-care in the Context of the Primary Health Care**. New Delphi: World Health Organization.